



Facultad de Ciencias Económicas
Universidad de Buenos Aires



Tesis

Título:

“Desarrollo del costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud actuales en Argentina”

Autor:

✓ Cdor. Alejandro Eduardo Vattuone

Director de Tesis:

✓ Dr. Carlos Manuel Giménez

- *Maestría en Contabilidad Internacional*

- *Fecha de Entrega: 2 de Agosto de 2010*

*Facultad de Ciencias Económica de la
Universidad de Buenos Aires*

Índice

- Introducción	1
- Costos en clínicas privadas de salud.....	2
- Clasificación de costos.....	3
- Contabilidad de costos.....	6
➤ Capítulo I:	
“Descripción y desventajas de la aplicación de métodos de costeo tradicionales en clínicas privadas de salud”	10
- Sistemas de costos tradicionales posibles a utilizar por Clínicas privadas de salud.....	10
- Sistemas / modelos de costos históricos y estándar	10
- Sistemas de costos completos y directos.....	12
-Otros sistemas de costos tradicionales utilizados	29
- Descripción de la metodología de imputación de costos de INSALUD (España)	37
➤ Capítulo II:	
“Diseño del Sistema de información para la implementación del costeo basado en actividades”	39
- Aspectos a considerar en el sistema de información para la aplicación del modelo ABC	43
- Información relacionada con las unidades o centros de la organización	44
- Información relacionada con los pacientes	50
- Información de los procesos, prestaciones y actividades médicas / no médicas	57
- Información de precios	59

- Información relacionada con el tipo de financiación del paciente 59

- Requerimientos tecnológicos del sistema de información 61

➤ **Capítulo III:**

“Mapeo o listado de actividades médicas en relación a las patologías presentadas por los pacientes en clínicas “puras” “64

- La clínica privada de salud como una organización 65

- Prestaciones / Servicios / actividades médicas y no médicas 69

- Relación entre los servicios y su costeo 70

- Importancia de una clara visibilidad de la estructura de una clínica privada de salud..... 71

➤ **Capítulo IV**

“Homogeneización de actividades médicas / no médicas”74

➤ **Capítulo V**

“Asociación del nomenclador nacional de obras sociales y medicina prepaga a las actividades y procesos médicos realizadas en la clínica privada de salud” 83

- Nomenclador de prestaciones médicas 86

- Tipos de facturación de prestaciones médicas..... 92

- Formas de pago por parte del paciente94

- Sistema de Salud en Argentina 95

- Características del mercado de Salud Argentino 97

- Subsectores del Sistema de Salud Argentino 100

- Gastos de Salud en la República Argentina104

- Gastos de salud en el resto del mundo 105

- Programa médico obligatorio (PMO)..... 106

➤ **Capítulo VI**

“Implementación del costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud”	110
- La Clínica privada de Salud como empresa de servicio y su relación con el sistema de costeo basado en actividades.....	113
- Antecedentes del Sistema de Costeo basado en Actividades	115
- Marco teórico del Sistema ABC	120
- Aplicación del Sistema de costeo basado en actividades en una clínica privada de salud	122
- Gráfico Sistema de Costeo ABC	124
- Pasos elementales para la implementación del sistema de costeo basado en actividades	130
- Codificación en el sistema de costeo basado en actividades	134
- Breve descripción del concepto “Código de Barras”	135
- Costos de una clínica privada de salud	139
- Clasificación de costos	140
- Breve descripción de los tipos de costos más relevantes en una clínica	141
- Algunos costos Indirectos y sus posibles criterios de asignación	143
- Objetivo del sistema de costeo basado en actividades	145
- ¿Como calcular los costos mediante el sistema de costeo basado en actividades?	148
- Niveles de actividad	151
- Definición del precio de las prestaciones / servicios	153
- Aplicación del Time – driven ABC	153
- Técnicas de evaluación económica posibles de utilizar	158
- Evaluación del costo clínico	158
- Producto hospitalario	159
- Gestión del producto hospitalario	161
- Protocolos de tratamiento	165

- Métodos de medición a partir del Sistema de costeo ABC	165
- ¿Por qué implementar el sistema ABC?	177
- ABM (Activity Based Management)	178
- ¿Cómo obtener una asignación óptima de costos?	180
- Ejemplo ilustrativo de aplicación del sistema ABC en una clínica privada de salud	180
➤ Capítulo VII	
“Ilustración de una posible aplicación del ABC en una clínica privada de salud “pura””	194
- Descripción de la Clínica seleccionada	195
- Descripción del sistema de costeo aplicado	202
- Análisis del Sistema de Información de Clínica privada de Salud “La Sagrada Familia”	220
- Posibilidad de aplicación del sistema de costeo basado en actividades en la clínica “La Sagrada Familia”	221
➤ Conclusión	225
➤ ANEXO I	230
➤ ANEXO II	231
➤ ANEXO III	253
➤ ANEXO IV	256
➤ Bibliografía	257

Introducción

La Salud es un servicio, brindado a la sociedad, en donde la mayoría de las variables son difíciles de mensurar puesto que existen diversas regulaciones, procedimientos y políticas que deben tenerse en cuenta a la hora de decidir en base a un adecuado sistema de información.

Existen regulaciones y controles por parte del Estado, que obligan a las empresas de Salud a cumplir un rol social que no puede medirse solamente a través de la rentabilidad. Es importante tener presente que los servicios de salud incluyen el servicio de las Obras Sociales y las empresas de Medicina Prepagada, lo cual influye directamente en los costos y por lo tanto en la rentabilidad de cada una de las prestaciones médicas.

Un gran porcentaje de la población recurre a las clínicas privadas de salud para su atención médica. Esto dependerá de los recursos y de la importancia que cada persona le otorgue a la salud, ya que actualmente los hospitales públicos manejados por el estado, han deteriorado su nivel y calidad de atención a los pacientes. En lo que respecta al personal médico, en los hospitales públicos, existe alto nivel y prestigio, sin embargo el déficit de calidad en la atención del paciente se ha visto perjudicado a causa de la falta de recursos necesarios. Llamamos recursos necesarios a: la infraestructura / los materiales descartables y no descartables / los equipos y la tecnología. Para que un hospital público o clínica privada de salud pueda disponer de este tipo de recursos es necesario que existan inversiones y presupuesto asignado para poder llevarlas a cabo, lo cual estará definido por quien las dirige.

Por un lado, los médicos pretenden utilizar terapias modernas a través de equipos de alto nivel tecnológico, así como la utilización de las más recientes innovaciones en cirugía y diagnósticos apoyados en exámenes. Por otro lado, los usuarios esperan recibir servicios con un alto estándar de calidad, lo cual requiere en la mayoría de los casos de equipos de alta tecnología.

Debido a la existencia de recursos limitados, es necesario hacer esfuerzos significativos para lograr una adecuada asignación de los recursos que permitan realizar las intervenciones de salud correspondientes. Las intervenciones en el sector salud son todas las acciones donde se agregan valor para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de una persona, es decir, es toda actuación donde se asignen y administren recursos del sector.

Los médicos son los principales interesados en que la asignación de recursos se realice correctamente. En Argentina, los recursos utilizados en la atención a la salud son escasos y no existen recursos disponibles para todos los usos deseados, especialmente en el sector público.

Es importante evaluar económicamente las intervenciones en el sector salud dado que es una de las principales herramientas para tomar decisiones sobre cómo utilizar (asignar) los recursos disponibles entre diferentes opciones alternativas.

Costos en clínicas privadas de salud

Generalmente, las clínicas desarrollan presupuestos para cumplirlos en un determinado período de tiempo. Durante este período, deben realizar cálculos y controles de costos para verificar su cumplimiento. Lo mencionado forma parte del proceso de control presupuestario que conjuntamente con el proceso de cálculo de la rentabilidad hacen que el cálculo correcto de los costos sea un tema de relevancia. A través del presupuesto, las clínicas privadas pueden planificar acciones en un período de tiempo determinado. A partir del mismo pueden tomarse un conjunto de decisiones que derivan en planes para que la organización los lleve a cabo en el futuro. El presupuesto, generalmente, se estructura por centros de responsabilidad, representando un compromiso entre el responsable y la dirección del centro. El responsable es quien se compromete a cumplir lo expresado en el presupuesto, y la dirección a reconocer los resultados si este cumple satisfactoriamente.

Para poder desarrollar un correcto cálculo de costos, es necesario explicar ciertos conceptos relacionados con la contabilidad de costos. En primer lugar podemos definir la palabra costo como: "... un recurso sacrificado o perdido para alcanzar un objetivo específico. Un costo (tal como materiales o publicidad) se mide por lo general como la cantidad monetaria que debe pagarse para adquirir bienes y servicios". [Horngren Charles T., Datar Srikant M., Foster George;2007;pág. 27]

"Un costo real es el costo en el que se ha incurrido (un costo histórico o pasado), a diferencia de un costo presupuestado que es un costo predicho o pronosticado (costo futuro)". [Horngren Charles T., Datar Srikant M., Foster George; 2007; pág. 27]

En cualquier tipo de empresa o emprendimiento se debe saber cuanto cuesta algo particular (objeto de costo), es decir, todo aquello para lo que sea necesario una medida de costos. Para ello se diseñan sistemas de costos, que básicamente se componen de dos etapas:

1) - Acumulación del costo → es la recopilación de información de costos en forma organizada a través de un sistema contable.

2) - Asignación del costo → consta de dos fases: 1º) rastreo de costos acumulados que tienen relación directa con el objeto del costo y 2º) prorrateo de costos acumulados que tienen una relación indirecta con el objeto del costo.

Un sistema de costos no es más que un sistema de información dentro de la empresa de salud. Al ser considerado un sistema debe abarcar la totalidad de la empresa y relevar la totalidad de costos y gastos de la manera más real posible. El sistema de costos se fundamenta, frecuentemente, en la integridad de la estructura de la empresa, y puede decirse que es:

- ✓ *Dinámico*: cambia simultáneamente con los cambios de la empresa, fundamentalmente con los de estructura.
- ✓ *Oportuno*: aporta la información en el mismo momento que ocurren los hechos, siendo su principal fuente de información los registros.
- ✓ *Integral*: requiere de la permanente interrelación entre las áreas administrativas y asistenciales de la empresa (clínica de salud).

Clasificación de costos

La clasificación de costos a la que se debe prestar primordialmente atención es la siguiente:

- **Costos directos de un objeto del costo**: está relacionado con el objeto del costo en particular y pueden rastrearse de manera económicamente factible. Rastrear un costo representa la asignación de costos directos a un objeto del costo en particular.
- **Costos indirectos de un objeto de costeo**: se relacionan con el objeto del costo en particular, pero no pueden rastrearse a ese objeto de manera económicamente factible. El prorrateo del costo se utiliza para asignar los diversos costos indirectos a un objeto del costo en particular.

Existen ciertos factores que influyen en la clasificación de los costos directos e indirectos:

“

- ✓ Importancia del costo de que se trata: Mientras más pequeña sea la cantidad de un costo, es decir, mientras menor sea éste, menor será la probabilidad de que sea económicamente factible rastrearlo en un objeto del costo en particular.....
- ✓ Tecnología disponible para recopilar y registrar información: las mejoras en tecnología para recopilar información hacen posible que cada vez más costos puedan considerarse como directos.....
- ✓ Diseño de las operaciones: Resulta más fácil clasificar un costo como directo si las instalaciones de una compañía (o parte de ellas) se utilizan exclusivamente para un objeto del costo en particular, tal como un cliente o productos específicos.....”

[Hornrgren Charles T., Datar Srikant M., Foster George;2007;pág. 29]

La clasificación de costos directos/indirectos depende de la elección del objeto del costo. Mientras más amplia sea la definición del objeto del costo, mayor será la proporción de los costos totales directos y mayor confianza tendrá la administración en la precisión de los montos de los costos resultantes.

Los sistemas de costos registran los recursos adquiridos e identifican cómo se utilizan esos recursos para producir y vender productos o servicios. El registro de los costos de los recursos adquiridos y utilizados permite darse cuenta del comportamiento de los costos. Los comportamientos que pueden presentar los costos pueden ser:

- ✓ **Variable:** cambia en proporción a los cambios en el nivel relacionado o actividad total.
- ✓ **Fijo:** permanece sin cambios por un período dado, pese a grandes cambios en el nivel relacionado con la actividad o volumen totales.

Los costos se definen como variables o fijos con respecto a una actividad específica y por un período determinado. Los costos poseen diferentes causantes, los cuales consisten generalmente en una variable o factor, como el nivel de actividad, que afecta causalmente los

costos en un período determinado. Existe una relación de causa y efecto entre un cambio en el nivel de actividad o volumen y un cambio en el nivel de los costos totales. La causante de un costo variable es el nivel de actividad o de volumen cuyos cambios ocasionan cambios proporcionales en el mismo.

Los costos que son fijos a corto plazo no tienen una causante del costo a corto plazo, pero pueden tenerla a largo plazo. Por ello se debe tener en cuenta un rango relevante. Éste es el conjunto del nivel de actividad o de volumen normal en el que existe una relación entre el nivel de actividad o volumen y el costo en cuestión. Ejemplo: un costo fijo es fijo sólo en relación con un rango amplio dado de actividad o volumen total y sólo por un período determinado.

Los costos, simultáneamente pueden ser:

- a) Directos y variables
- b) Directos y fijos
- c) Indirectos y variables
- d) Indirectos y fijos

En los sistemas de costos se calculan **costos totales y unitarios**. Quienes toman decisiones deben pensar en términos totales y no de costos unitarios. Sin embargo, en muchos contextos de toma de decisiones, es esencial calcular un costo unitario.

Los sistemas contables, generalmente, presentan información tanto de los montos de los costos totales como de los montos del costo promedio por unidad. El costo unitario se calcula dividiendo el costo total entre el número de unidades. Aunque se utilicen los costos unitarios en los informes financieros y para la mezcla de productos y la toma de decisiones de fijación de precios, en muchas decisiones que deben tomarse, es necesario pensar en términos de costos totales.

En el rubro de servicios como en otros rubros, se debe conocer la siguiente de información relacionada con los costos:

- 1) **Costos del período:** son todos los costos que aparecen en el estado de resultados y son distintos al costo de la mercadería vendida. Se tratan como gastos del período contable en el que se efectuaron (percibido).

2) **Costos primos:** son todos los costos directos de fabricación o los consumidos en la prestación de los servicios. Mientras mayor sea la proporción de los costos primos en la estructura de costos de una empresa, mayor confianza se tendrá en la precisión de los costos de los productos / servicios. A medida que mejora la tecnología de recopilación de información, las compañías pueden agregar cada vez más categorías de costos directos y reducir, simultáneamente los indirectos.

3) **Costos de conversión:** son todos los costos de fabricación / prestación de servicios diferentes a los costos de recursos. Se encuentran representados por todos los costos en que se incurre para convertir los recursos directos en productos terminados / servicios finales.

La medición de costos requiere de criterio dado que existen formas alternas de definir y clasificar los costos. Las diferentes empresas, o en ocasiones incluso diferentes subunidades dentro de la misma compañía, pueden definir y clasificar los costos en forma distinta. Es recomendable que los distintos sectores de una misma empresa, mantengan el mismo criterio de medición de costo para poder llevar a cabo un control homogéneo de los recursos consumidos por la empresa.

El propósito de clasificar los costos de manera detallada consiste en asociar un costo individual con una causa o razón específica por la que se incurrió en él, y a partir de allí poder tomar decisiones. Puede decirse que el costo del producto / servicio es la suma de los costos asignados a un producto /servicio para un objetivo específico.

Contabilidad de Costos

Las características principales de la Contabilidad de costos y administración de costos son:

- I.El cálculo del costo de productos, servicios y otros objetos del costo: Cualquiera que sea el objetivo, el sistema de costos, perteneciente a la contabilidad de costos dentro de una empresa, rastrea los costos directos y asigna los costos indirectos a los productos / servicios.
- II.La obtención de información para la planeación, el control y la evaluación del desempeño: el presupuesto es una de las herramientas para la planeación y el control. El presupuesto obliga a tener un punto de referencia para evaluar el desempeño.

Al tomar decisiones, deben incluirse todos los costos por dos razones elementales: 1°) a la larga pueden administrarse más costos y menos costos se consideran fijos; 2°) a la larga un negocio no puede sobrevivir a menos que los precios de los productos y servicios que elige vender cubran necesariamente tanto los costos fijos como los variables.

Para poder confeccionar un sistema de costos deben tenerse presente ciertos conceptos principales:

- I. **Objeto de costo:** es lo que la empresa selecciona para que le sea asignada una medida de costo.
- II. **Costos directos e indirectos:** aquellos recursos consumidos que pueden asignarse directamente a un objeto de costo, y aquellos recursos consumidos que deben ser prorrateados entre los diversos objetos del costo por no poder asignarlos directamente.
- III. **Grupo de costos:** Es una agrupación de conceptos individuales de costo. Los grupos de costos pueden variar y se organizan, generalmente, en conjunto con las bases de asignación del costo.
- IV. **Base de asignación del costo / inductor de costo / cost-driver:** ejemplo: Horas-hombre. Vincula de manera sistemática un costo indirecto o un grupo de costos indirectos a un objeto del costo (centros, productos, actividades o servicios). Con frecuencia, las compañías utilizan la causante del costo de los costos indirectos como la base de asignación del costo debido al vínculo de causa y efecto entre cambios en el nivel de la causante del costo y cambios en los costos indirectos. Una base de asignación del costo puede ser financiera o no financiera.

Los principales objetos del costo de un sistema contable son los productos y servicios, aunque también pueden ser los centros de responsabilidad y las actividades. Los centros de costos consisten en partes, segmentos o subunidades de una organización que poseen personas responsables de actividades específicas. El centro de responsabilidad más común es un departamento. Al identificar los costos de un departamento, facilita el control de los costos por los cuales ciertas personas son responsables. También permite a los gerentes de alto nivel evaluar el desempeño de sus subordinados y de las subunidades como inversiones económicas.

El problema principal que se detecta en la contabilidad de costos es el reparto y asignación de los costos indirectos. Este problema puede resolverse mediante una base fundamentada o bien arbitrariamente. En la realidad no se ha encontrado ningún método de reparto infalible, por lo que el conocimiento cierto de los costos a través un método puramente objetivo no es verdadero. Es esta una de las razones por las que debe buscarse el método más conveniente y útil para la empresa que se este analizando.

Para poder asignar y acumular los costos de los productos / servicios y poder conocer los resultados periódicos de la empresa, aparece la necesidad de utilizar sistemas de costos. Estos sistemas sirven además para controlar la actuación de los responsables de cada área / sector o actividad y para dar información relevante que pueda ser utilizada para la toma de decisiones.

En el caso de los costos directos, los cuales mantienen una relación directa con los productos / servicios, no presentan dudas acerca de su asignación o reparto sobre los productos / servicios. Sin embargo, en el caso de los costos indirectos, no es fácil encontrar una explicación o justificación objetiva en su asignación a cada uno de los productos o servicios obtenidos. En muchas oportunidades, se renuncia al reparto de los costos indirectos sobre los productos / servicios, asignándolos al período como una asignación general relacionada con el nivel en que la empresa produzca o brinde productos / servicios. Es fundamental que la empresa se ocupe de la contabilidad de gestión, construyendo un sistema de costos que permita analizar tanto los ingresos como los costos, tratando de adaptar estos dos componentes a las exigencias del mercado.

“La contabilidad de gestión constituye un análisis multifocal de la realidad económico – financiera empresarial, proporcionando información relevante para diferentes propósitos, basada en la interpretación de las leyes que rigen el comportamiento económico, mediante la metodología contable pertinente, para llegar a outputs informativos depurados, expresables en lenguaje común y que sirvan a la dirección para tomar decisiones más adecuadas entre las alternativas posibles.” [Mallo Carlos, Kaplan Robert S., Meljem Sylvia y Giménez Carlos; 2000; pág. 244]

Es importante tener presente ciertos principios metodológicos generalmente aceptados en la contabilidad de gestión:

“

1. En todo modelo de costos debe perseguirse el máximo reparto y adscripción de costos, siempre que se base en el conocimiento efectivo de las relaciones funcionales que rigen la actividad económica empresarial; es decir, debe hacerse el esfuerzo de aplicar el principio de causalidad en máxima extensión.
2. Cualquier reparto o adscripción de costos que no tenga una base relativamente aceptable establecida sobre el conocimiento de la relación o relaciones funcionales que lo sustentan, será relacionado únicamente con el margen.
3. La aplicación del criterio de racionalidad económica llevará a obtener sólo aquella información cuya utilidad sea superior al costo de generarla.
4. El planteamiento de la información obtenida del modelo de costos se realizará bajo el principio de operatividad de forma agregativa, clasificada en función del conocimiento estimado de su fiabilidad.....
5. El modelo de costos debe ser diseñado para tratar la información del presupuesto anual y su desglose en estándares individuales, así como para dar respuesta continuada al grado de utilización de la capacidad productiva.”

[Mallo Carlos, Kaplan Robert S., Meljem Sylvia y Giménez Carlos; 2000; pág. 246]

Capítulo I:

Descripción y desventajas de la aplicación de métodos de costeo tradicionales en clínicas privadas de salud

En este primer capítulo, la hipótesis que planteo es la siguiente: *Si el modelo de costeo tradicional es utilizado por clínicas privadas de salud, no se logrará el nivel de detalle de información que permita tomar decisiones de manera óptima.*

El objetivo será describir los métodos tradicionales de costeo evaluando la forma en que son aplicados. Se trata de mostrar las ineficiencias que poseen los métodos tradicionales de costeo al ser utilizados por clínicas privadas de salud, ya que “los sistemas de costos tradicionales son baratos de aplicar, pero conducen a grandes distorsiones en la información de las actividades, procesos, servicios y clientes. En consecuencia, los directores pueden cometer serias equivocaciones en las decisiones tomadas sobre la base de esta información, los errores cuestan caro.” [Mallo Carlos, Kaplan Robert S., Meljem Sylvia y Giménez Carlos; 2000; pág. 372]

Sistemas de costos tradicionales posibles a utilizar por Clínicas privadas de salud

- Sistemas / modelos de costos históricos y estándar

Los sistemas o modelos de costos son “...construcciones lógicas inductivas que operan por agrupación acumulativa de fracciones de costos homogéneos y que pretenden sustanciar en información relevante el razonamiento económico que debe presidir la toma de decisiones empresariales” [Mallo Carlos, Kaplan Robert S., Meljem Sylvia y Giménez Carlos; 2000; pág. 247]

Estos Sistemas de costos pueden realizarse a valores históricos o con valores normalizados (estándares) mediante estándares unitarios y presupuestos globales de la empresa.

Los modelos de costos más utilizados actualmente son:

I. Modelos de costos históricos: $x^r h^r k^r$

II. Modelos de costos estándar: $x^r h^e k^e$

x^r : Producción real

h : Horas unitarias por producto

k : Tipo de costo horario

r : Real

^e: Estándar o Estimado

El objetivo principal de los **Modelos de costos históricos** es calcular el costo de los productos y servicios a efectos del resultado periódico. Es necesario precisar el costo de ciertas variables (costos ya consumidos) para estimar el precio y para administrar el nivel de utilización de la capacidad productiva o de prestación de servicios. Esto da origen a un conjunto de tasas de absorción de los gastos generales de una empresa. El modelo de costo histórico posee una función informativa menos amplia que un modelo de costo estándar, utilizando el siguiente cálculo: Costo real ($x^r h^r k^r$).

Por otro lado, los **Modelos de costos estándar** comparan el valor estándar de la actividad real con el valor real de la actividad real. Es decir, que realiza la siguiente comparación: Costo real ($x^r h^r k^r$) vs. Costo estándar ($x^r h^e k^e$). Los desvíos que se puedan producir entre los valores reales y los valores estándares es lo que se evalúa en este tipo de modelos de costos.

Podemos definir al costo estándar como lo que debería costar el producto, servicio o actividad. Se trata de un costo normativo realizado bajo un control de hipótesis que afectan al funcionamiento de la empresa.

Las etapas para la implementación de estándares son:

- I. Determinación de las cantidades y calidades de materiales, mano de obra y costos generales de fabricación / prestación de servicios.
- II. Fijación de los precios, costos y tasas de absorción de los costos generales de fabricación / prestación de servicios.
- III. Establecimiento de los costos globales e individualizados de las diversas producciones / prestaciones de servicios, especificando de forma desglosada el costo estándar de cada una de las tasas y de las secciones respectivas, según un criterio de utilización normal de la capacidad productiva.

Las ventajas de la utilización de los costos estándar son:

“

- a) *Oportunidad*: Los costos efectivos pueden calcularse al final de un proceso productivo o al cierre de un determinado período contable, pero siempre con sensible retraso.
- b) *Sencillez*: El hecho mismo de que las anotaciones y los cálculos se efectúen con datos fijos (estándar) evita la complicación provocada por la notable cantidad de

documentos que se tienen que tomar en consideración, valorar y calcular para obtener datos efectivos.

- c) *Indispensabilidad*: El problema de la valoración de los trabajos en curso es de solución muy difícil, y además no puede ser pasado por alto para un eficaz control económico de la marcha de la fabricación. El estándar evita la elaboración de datos efectivos de costo unitario y reduce los cálculos a base de anotaciones cuantitativas.”

[Furlan, S., y Provenzali, P.: Contabilidad de costos e informaciones extracontables, Deusto, Bilbao, 1977, págs. 291-292]

- Sistemas de costos completos y directos

La contabilidad se debe encargar de elaborar sistemas de costos para tomar decisiones. Generalmente, de acuerdo a lo mencionado en diferentes bibliografías, los sistemas de costeo más usuales son:

- ✓ Sistema de costos completos (full costing)
- ✓ Sistema de costos directos (Direct costing)

A continuación se realizará una explicación de cada uno de los sistemas de costos tradicionales que pueden ser utilizados en las clínicas privadas de salud.

Sistemas de costos completo (full costing)

En el sistema de costos completo o full costing se clasifican los costos entre los que se encuentran o no asociados al proceso productivo de los bienes / servicios. El sistema consiste básicamente en que todos los costos en los que incurre una institución dentro de su proceso productivo de bienes o servicios habituales sean costos de dicho proceso, y deben ser trasladados al costo final de los bienes producidos o servicios prestados. El principio básico de este sistema es que todo costo debe tener una unidad funcional causante que se haga responsable.

Este sistema de costos requiere que todos los costos de la cuenta de resultados se trasladen a los centros de costos, a fin de conocer el costo que corresponde a cada uno de los productos, a los pacientes atendidos o a los procesos desarrollados que apoyan la actividad

principal. Es un sistema “*top – down*”, donde los costos se desagregan de arriba hacia abajo hasta conocer el costo de los productos / servicios.

Para que una clínica pueda incorporar este tipo de sistema debe cumplir diversas etapas:

- 1) Establecer objetos y centros de costos.
- 2) Identificar y clasificar los costos en directos e indirectos.
- 3) Establecer criterios de reparto de los costos indirectos.
- 4) Obtener los costos de los productos / servicios
- 5) Estimar el costo de los pacientes (clientes de la clínica)
- 6) Calcular los costos de los procesos.

En pos de un mejor entendimiento, a continuación se tratara de realizar una breve explicación de cada uno de los puntos:

1 - Establecer objetos y centros de costos

El *objeto de costo* que debe determinarse puede consistir en por ejemplo: bienes, servicios, actividades, fases de un producto, pacientes, procedimientos, procesos, prestaciones médicas y otros. Lo que se desea conocer de estos objetos son sus costos con el objetivo de luego determinar la rentabilidad generada a través de sus ventas y tomar decisiones óptimas que favorezcan la gestión de la empresa.

La selección de los objetos del costo es considerablemente importante dado que a partir de este paso se deben seleccionar los centros de costos, establecer la metodología a seguir y condicionar el sistema de acumulación de costos con el fin de conseguir la información propuesta.

En lo que respecta al ámbito de clínicas privadas de salud y hospitales públicos, pueden considerarse como ejemplos los siguientes objetos de costo:

- ❖ Estadías hospitalarias (días de internación)
- ❖ Consultas externas (ejemplo: medicina general)
- ❖ Pruebas diagnósticas (ejemplo: radiodiagnóstico)
- ❖ Cirugía ambulatoria (ejemplo: varices)

- ❖ Tratamientos (ejemplo: rehabilitadores)
- ❖ Intervenciones quirúrgicas (ejemplo: reemplazos de caderas)
- ❖ Tratamientos de pacientes individualizados
- ❖ Procesos clínicos atendidos (ejemplo: neumonías)

Podemos definir como *centros de costos* a un conjunto constituido por recursos humanos y técnicos, encontrándose organizados con el fin de realizar una actividad común o conseguir un logro de un mismo fin concreto que puede delimitarse (modelos orgánicos) o no (modelos inorgánicos) en la estructura funcional de la organización (organigrama). Los centros de costos pueden presentarse de diversas maneras, como: centros de responsabilidad, unidades, secciones, servicios, departamentos, áreas de responsabilidad. La forma en que se presenten los centros de costos dependerá directamente de la estructura funcional de cada organización.

Un centro de costo estará compuesto por:

- ✚ Recursos humanos
- ✚ Recursos materiales
- ✚ Objetivos, metas, fines: consisten en tareas y actividades realizadas para cumplirlas.
- ✚ Responsabilidades bien definidas
- ✚ Localización dentro de la estructura general de la organización (modelo orgánico o inorgánico)
- ✚ Localización física dentro de la infraestructura de la empresa
- ✚ Presupuesto asignado

“En su conjunto, las instituciones sanitarias tienden a acomodar su estructura informativa al proceso productivo, lo que, en la mayoría de los casos, supone considerar la división real o administrativa de la organización, de modo que puedan desagregarse con la mayor sencillez y comodidad los costes que intervienen de forma directa o indirecta en el proceso productivo.” [Gimeno Juan A., Repullo José R., Rubio Santiago y Tamayo Pedro ; 2006; pags. 292 - 293]

Cada organización posee una estructura, la cual puede dividirse en orgánica (definidas formalmente en la estructura) e inorgánica (no definidas formalmente y creadas por

conveniencia de la organización). Los centros de costos pueden corresponder a ambos tipos de estructuras mencionadas.

Los centros de costos pueden ser clasificados en:

I. Principales u Operativos: las actividades se encuentran directamente relacionadas con las funciones sanitarias de atención, diagnóstico, tratamiento o apoyo directo, que dan lugar a productos /servicios potencialmente facturables.

II. Auxiliares, de apoyo o No Operativos: se trata de actividades generales como: directiva, de asesoraría, administrativa, comercial, técnica. Ejemplos: gerencia, control de gestión, contabilidad, informática o seguridad. Dentro de estos centros de costos se realizan actividades que son independientes a la actividad principal (asistencia sanitaria a los pacientes) y sólo sirve de soporte o auxilio a los centros principales u operativos. Los servicios que brindan no necesariamente son facturados de forma diferenciada, por lo que estos centros son solo emisores de costos. Se conocen también como centros estructurales.

A partir de la clasificación realizada, los centros de costos en una clínica privada de salud pueden ser:

❖ **Centros principales o finales:**

Son aquellos relacionados con la producción de bienes o la prestación de servicios que definen la actividad principal de la institución. Su actividad productiva sirve como criterio para la facturación exterior. Ejemplos: medicina general, oftalmología y neurología. Suelen ser sólo receptores de costos.

❖ **Centros auxiliares, de apoyo o intermedios:**

Son aquellos que prestan servicios de ayuda, soporte o cobertura funcional a los centros principales, o incluso a otros auxiliares, a quienes pueden facturar los costos de sus servicios. Pueden ser receptores y emisores de costos, pero no dan lugar a ingresos externos. Ejemplos: radiología, farmacia, laboratorio, bloque quirúrgico). A pesar de lo mencionado,

algunos de los centros auxiliares podrían prestar servicios potencialmente facturables a demandantes externos a la institución, en cuyo caso se comportarían como centros finales.

Existe la posibilidad de la creación de *centros de costos inorgánicos*. En estos se tratan de agrupar determinados costos de diferente naturaleza y que son de difícil clasificación, y para los que no se puede o no conviene crearse un centro de costos auxiliares diferenciado.

En un sistema de costos completo se pueden crear tantos centros de costos como sean necesarios o convengan a los intereses informativos de la institución. Se debe tener en cuenta que cuánto más centros de costos se consideren mayor será la precisión de los cálculos, aunque el costo administrativo de su desarrollo será mayor ya que habrá que recopilar suficiente información detallada para lograr la óptima gestión del mismo.

2 - Identificar y clasificar los costos en directos e indirectos

En el proceso de asignación de los costos, desde los diferentes costos a los objetos y a los centros de costos, se debe tratar de diferenciar los costos en función de su relación con tales objetos y centros.

Los costos pueden clasificarse en dos grupos:

✓ **Costos directos:** son aquellos que pueden ser afectados a un objeto o centro de costo de forma directa, exclusiva e inequívoca.

Ejemplos: consumos en reactivo → laboratorio / placas radiográficas → radiología / comestibles y bebidas → cocina / detergente → lavandería / salario de personal de enfermería → Enfermería.

✓ **Costos indirectos:** son conceptos que no presentan una clara relación de causalidad, no pudiendo ser afectados a una única unidad de costos y tampoco pueden ser alocados de forma exclusiva e inequívoca en un solo objeto o centro de costos. Por ello, para este tipo de costos, es necesario proceder a su distribución o prorrateo, mediante criterios de reparto (inductores de costos o cost-drivers), dado que pueden ser simultáneamente imputados a dos o más diferentes unidades de costo. Ejemplos: consumo de agua, seguridad del edificio, transportes, formación del personal, energía eléctrica consumida, metros cúbicos de gas

consumido. Los costos de los ejemplos mencionados no pueden ser asignados a una sola unidad funcional (objeto o centro de costo), salvo que disponga de sistemas de medición individualizada que permitan su desagregación hasta convertirlos en directos.

Para determinar si un costo es directo o indirecto, se debe responder a la siguiente pregunta: ¿si no existiera el centro de costo afectado, se suprimiría totalmente el costo? Si la respuesta es afirmativa, el costo es considerado directo respecto de ese centro de costo, de lo contrario será indirecto.

El problema principal que se puede plantear respecto de los costos indirectos deriva de la arbitrariedad que puede darse en el momento de distribuirlos. Si se definieran reglas y se utilizara la misma metodología, sería posible que los resultados de diferentes sistemas de costeo sean comparables. Si bien la imputación de los costos indirectos se realiza mediante criterios discretos, exactos y exhaustos, el proceso de acumulación de promedios y estimaciones debilita la precisión del análisis.

3 - Establecer criterios de reparto de los costos indirectos

Los criterios de reparto consisten en el establecimiento de elementos informativos que por su relación de causalidad con el costo indirecto considerado, permite llevar a cabo un reparto del mismo entre las diferentes unidades funcionales en la que ha sido desagregada la institución, siempre que estén afectadas por el costo que se desea repartir y a quienes corresponde, en mayor o menor cuantía, una parte proporcional de tales costos.

Formas de realizar esta distribución:

- ❖ **Implantar instrumentos de medida**, permitiendo la aproximación de los costos indirectos a los directos. Ejemplo: instalación de equipos para la medición del consumo del agua. Requiere un alto costo para poder llevarlo a cabo.
- ❖ **Estableciendo fórmulas de reparto consensuadas (inductores de costos o cost-drivers)**: permite distribuir los costos indirectos entre los centros de costos afectados. En este caso, la dificultad aparece en el

momento de elegir los criterios o bases de reparto para cada ítem de costo indirecto. El grado de arbitrariedad involucrado en la selección de los criterios debe ser minimizado lo máximo posible, tratando de que el fundamento de reparto sea lo suficientemente razonable y consistente como para atribuir a cada centro de costos con la mayor precisión y ecuanimidad posible. Ejemplos: superficie ocupada para los costos de limpieza, potencia instalada para los costos de energía eléctrica, el volumen ocupado para los costos de calefacción o aire acondicionado, los kilogramos de la ropa lavada para los costos de lavandería o el análisis de las necesidades de consumo para los costos de agua.

Los métodos de reparto consisten en procedimientos secuenciales de acuerdo a los cuales debe llevarse a cabo el traslado de los costos propios desde los centros operativos y los auxiliares (emisores) a los centros principales y auxiliares (receptores).

Los procedimientos de reparto más conocidos son:

I.Método de asignación directa (o de un paso): consiste en trasladar los costos ignorando los servicios mutuos entre los centros de costos principales, repartiéndose los costos de cada uno de los centros auxiliares o estructurales (emisores de costos) a los centros auxiliares o principales (receptores de costos), basándose en la proporcionalidad del criterio seleccionado. Asigna los costos de cada departamento de apoyo únicamente a los departamentos principales. Este método no asigna los costos de los departamentos de apoyo a otros departamentos de apoyo, por ello es de fácil uso. Con este método no hay necesidad de predecir el consumo de los servicios de los departamentos de apoyo por parte de los departamentos de apoyo. La desventaja es que ignora los servicios recíprocos proporcionados entre los departamentos de apoyo.

II.Método escalonado (o en cascada o de asignación reducida): consiste en repartir en forma secuencial, uno a uno, los costos de los centros emisores (estructurales) entre todos los demás centros, que van actuando como receptores, de forma que en cada escalón queden prorateados los costos de un centro concreto, hasta que todos los costos de los centros emisores hayan quedado distribuidos entre los centros auxiliares y principales. Características:

- el reparto se mueve siempre en la misma dirección, de forma que una vez que un centro haya terminado de repartir todos sus costos se supondrá “vaciado” y ya no recibirá costos de los demás / - los costos de los centros principales no son repartidos, ya que no son nunca centros emisores, sino sólo receptores de costos. Cabe aclarar que, se debe tener en cuenta el orden de la secuencia mediante la que deben ser repartidos los centros emisores, por lo que sería óptimo que el reparto comience por el centro emisor más general (el que debe repartirse entre un mayor número de centros) para finalizar con el menos general. Éste método requiere que los departamentos de apoyo se clasifiquen (secuencialmente) en el orden en que habrá de proceder la asignación consecutiva. Distintas secuencias darán como resultado diferentes asignaciones de costos de los departamentos de apoyo a los departamentos operativos. Una secuencia consecutiva empieza con el departamento de apoyo que proporciona el porcentaje más alto de sus servicios totales a otros departamentos de apoyo. La secuencia comienza con el departamento que proporciona el siguiente porcentaje más alto, y así sucesivamente, terminando con el departamento de apoyo que proporciona el porcentaje más bajo. Una vez que se han asignado costos de un departamento de apoyo, no se vuelven a asignar costos subsecuentes de departamento de apoyo. El método de asignación consecutivo de asignación no reconoce los servicios totales que se proporcionan entre sí los departamentos de apoyo.

III. Método simultáneo (o de asignación recíproca): consiste en atribuir una parte de los costos de cada uno de los centros estructurales o auxiliares (emisores de costos) a todos los centros (en todas las direcciones), ya sean estructurales, auxiliares o principales (receptores de costos, solos los principales no emiten). Las imputaciones de costos se realizan mediante ecuaciones lineales planteadas según la proporcionalidad o el coeficiente de reparto que determine el criterio elegido en cada caso. Este método también es conocido como “explosión de costos”. Asigna los costos de un departamento de apoyo a los departamentos principales reconociendo en forma total los servicios mutuos proporcionados entre todos los departamentos de apoyo. Incorpora en forma total las relaciones interdepartamentales dentro de las asignaciones del costo de departamento de apoyo. Una forma alternativa de implementar este método consiste en formular y resolver ecuaciones lineales, lo cual puede realizarse a través de los siguientes tres pasos: 1) Expresar los costos de

departamentos de apoyo y las relaciones recíprocas de los departamentos de apoyo bajo la forma de ecuaciones lineales / 2) Resolver el conjunto de ecuaciones lineales para obtener los costos recíprocos completos de departamentos de apoyo / 3) Asignar los costos recíprocos completos de cada departamento de apoyo a todos los demás departamentos (tanto departamentos de apoyo como principales) sobre la base de los porcentajes de consumo (con base en las unidades totales de servicios proporcionados a todos los departamentos).

La mayoría de las empresas distinguen los departamentos principales u operativos de los departamentos de apoyo. Un departamento principal, operativo o de producción añade directamente un valor a un producto o servicio. Un departamento de apoyo, auxiliar o de servicio proporciona los servicios que ayudan a otros departamentos internos (operativo u otros de apoyo) en una compañía.

Existen ciertos interrogantes en el momento de asignar los costos de un departamento de apoyo a los departamentos operativos:

- I. ¿los costos fijos de los departamentos de apoyo deberían asignarse a los departamentos operativos?
- II. Si los costos fijos se asignan, ¿deberían asignarse los costos fijos y variables de la misma manera?

Es habitual que las compañías consideren que los costos fijos de los departamentos de apoyo deberían asignarse porque tales departamentos necesitan incurrir en costos fijos para proporcionarles a las divisiones principales los servicios que requieren. Los administradores utilizan dos métodos básicos para asignar los costos de los departamentos de apoyo:

- 1) **Método de asignación del costo vía tasa única:** asigna los costos de cada grupo de costos (departamentos de apoyo) a los objetos del costo (departamentos operativos) usando la misma tasa por unidad de una sola base de asignación. No se realiza ninguna distinción entre costos fijos y costos variables en el grupo de costos.
- 2) **Método de asignación del costo vía tasa doble:** clasifica los costos de cada grupo de costos en dos grupos: un grupo de costos variables y un grupo de costos fijos. Cada grupo usa una base distinta de asignación del costo.

Con la utilización de cualquiera de los dos métodos, se pueden asignar los costos de los departamentos de apoyo a los departamentos principales.

- Asignación de costos basada en el consumo presupuestado

Cuando el consumo presupuestado es la base de asignación, los departamentos usuarios conocerán en forma anticipada sus costos asignados indistintamente del consumo real. Esta información ayuda al planeamiento a largo como a corto plazo. El consumo presupuestado mide las demandas a largo plazo de los departamentos usuarios de los servicios de los departamentos de apoyo.

La asignación de los costos fijos sobre la base del consumo presupuestado a largo plazo puede llevar a algunos administradores para que subestimen su consumo planeado. La subestimación dará como resultado que sus departamentos absorban un porcentaje más bajo de los costos fijos. Para desmotivar tales subestimaciones, algunas compañías ofrecen bonos u otras recompensas a los administradores que hacen pronósticos exactos acerca del consumo a largo plazo. Otras compañías imponen sanciones de costos por la subestimación del consumo a largo plazo, ejemplo: se carga una tasa más alta de costos después que una división excede su consumo presupuestado.

Los otros tipos de asignaciones que no presentan los problemas que se han mencionado son: - Asignación basada en el consumo real / Asignación basada en la capacidad práctica. Estos tipos de asignación no permiten realizar un planeamiento a largo plazo.

Posteriormente a clasificar y asignar los costos a los centros de costos, se realiza el proceso de imputación, el cual consiste en asignar los distintos costos del centro hospitalario entre las distintas unidades de la estructura funcional.

4- Obtener los costos de los productos / servicios

Los centros de costos finales o principales poseen outputs (salidas), los que pueden consistir en productos o servicios. El costo de estos outputs es lo que finalmente se debe determinar. En primer lugar, se debe decidir mediante qué procedimientos se realiza la imputación de los costos desde los centros operativos a los objetos de costos.

Un sistema de imputación es un procedimiento mediante el cual se determinan los costos de cada uno de los productos / servicios, lo que dependerá de la naturaleza homogénea o heterogénea de los mismos.

Pueden presentarse dos circunstancias:

- I. Todos los productos son iguales u homogéneos.
- II. Todos los productos son diferentes o heterogéneos.

En los casos de los centros en donde se obtengan productos homogéneos, el sistema de imputación es el siguiente: el costo buscado se obtiene dividiendo el total de los costos acumulados en los centros operativos entre el número de unidades homogéneas producidas (productos /servicios), obteniéndose el costo unitario de tales productos.

Fórmula:

[Costo unitario: Costos totales / Número total de productos o servicios]

En los casos de los centros en donde el output sean productos o servicios heterogéneos, el sistema de imputación de costos es diferente al explicado para los centros en donde se obtengan productos homogéneos. Cuando las unidades producidas son diferentes, se debe expresar los diferentes productos en términos de una unidad relativa, la cual debe ser seleccionada con la debida precaución.

Cada uno de los diferentes productos de un mismo centro de costo (o de toda la entidad) debe ser cuantitativamente ponderado mediante la atribución de valores de mutua equivalencia o con referencia a una unidad relativa de valor (u.r.v.). Esta unidad acostumbra a ser el producto más característico o habitual del centro de costo considerado. Ejemplos: hora de quirófano, estadía hospitalaria, placa de tórax, consulta sucesiva, almuerzo, kilogramo de ropa lavada o cualquier otra unidad de producto. Lo que se trata de realizar es relacionar los distintos productos con una misma unidad mediante el empleo de algún sistema de cálculo que tenga en cuenta de forma ponderada la estructura de costos del personal, los consumos, los suministros, las amortizaciones, y los demás costos atribuibles a la producción de cada bien o servicio.

Las unidades relativas de valor resultan útiles para facilitar el cálculo de los costos de los productos en áreas de gran diversificación. El costo de cada producto se obtiene transformando las diferentes unidades de productos en unidades relativas de valor y hallando su costo unitario, valor a tenerse en cuenta para la obtención de los costos de cada uno de los diferentes productos considerando el peso ponderado de cada uno de ellos.

Los pasos para determinar las unidades relativas de valor son los siguientes:

1. Identificar los productos: son los productos que pueden ser identificados y diferenciados en cada centro de costo.
2. Cuantificar los productos: se trata de cuantificar los productos que se han obtenido de cada clase.
3. Establecer los valores relativos de los productos mediante alguna técnica de microcostos: determinar el peso de cada uno de ellos respecto de la unidad de cálculo elegida.
4. Cálculo el total de unidades relativas producidas.
5. Valorar los costos totales asignados a la unidad considerada.
6. Determinar el costo de cada unidad relativa, dividiendo los costos totales entre las unidades relativas de valor producidas.
7. Fijar el costo de cada producto, multiplicando el peso de cada producto por el costo de cada u.r.v.
8. Comprobación final: verificar que el costo de cada producto por su número es igual al costo total de de la unidad de actividad considerada.

5- Estimar el costo de los pacientes (clientes de la clínica)

Los usuarios de las clínicas privadas de salud son los pacientes. Cada uno de estos emiten pedidos a la institución y por lo tanto pasan a ser portadores de costos, es decir, que sobre ellos se acumulan costos de los productos intermedios que, como consecuencia de la atención recibida, deben soportar y pueden serles asignados. Para calcular el costo total que corresponde a cada paciente se debe llevar a cabo un procedimiento de acumulación de los costos de los diferentes bienes consumidos y servicios prestados a los pacientes atendidos.

El procedimiento a seguir es el siguiente:

1. Abrir una ficha de control o de recolección de datos (hoja de costos) por cada paciente.
2. Anotar en las fichas los bienes y las prestaciones recibidas por cada paciente.
3. Registrar en las mismas los costos de los bienes y servicios.
4. Al finalizar el proceso (alta), sumar en los registros todas las cargas acumuladas, obteniéndose así el costo total a que ha ascendido la atención de cada paciente.

6 – Calcular los costos de los procesos

El cálculo de los costos de los procesos finales debe realizarse siguiendo el método de cálculo “top-down” (de arriba-abajo). El cálculo puede determinarse de dos maneras:

1) Procedimiento directo: determinación de los costos de los productos / servicios y posteriormente de las agregaciones de aquellos pacientes dados de alta y previamente clasificados según algún sistema. Una vez que se ha individualizado el costo de cada paciente o enfermo según el sistema de acumulación o agrupación de costos, el cálculo de los costos de los procesos se llevará a cabo considerando los bienes consumidos y los servicios prestados por cada uno de ellos, mediante una agrupación. Básicamente, consiste en registrar todas las prestaciones realizadas durante un período de ingreso o seguimiento de un paciente, y a su vez asignarlo en un determinado proceso, dentro del cual contribuye al cálculo del costo de su proceso o patología.

El costo unitario de cada proceso se obtiene dividiendo el costo agregado de todos los pacientes atendidos de un determinado proceso, entre el número de pacientes dados de alta de ese mismo proceso en unidad de tiempo (i).

Fórmula:

[Costo unitario proceso = Suma Costos pacientes proceso (i) / Total altas pacientes proceso (i)]

Requisitos para el desarrollo del procedimiento directo:

- Seguimiento de todos y cada uno de los pacientes por la institución.
- Conocimiento del costo de todos los productos / servicios.

- Clasificación de los pacientes en grupos clínica y económicamente coherentes.

2) Procedimiento indirecto: puede realizarse a partir de la aceptación de los pesos o ponderaciones atribuidos a los procesos. Para este procedimiento se requiere el conocimiento de:

- Los costos totales acumulados en un centro de costo
- El número de cada uno de los procesos registrados (altas)
- El peso ponderado de los procesos

Si se desconocen, por algún motivo, los pesos de cada proceso, transitoriamente se pueden emplear métodos de cálculos indirectos.

La fórmula a aplicarse para distribuir proporcionalmente los costos totales entre todos los procesos atendidos, en función de los pesos relativos establecidos y del número de altas de cada uno de ellos, es:

Fórmula:

[Costo total de los procesos = Costos totales x [(Altas (i) x Peso (i)) / (Total altas x Peso medio)]]

Fórmula para el costo unitario de cada proceso (i):

[Costo unitario proceso (i) = Costos procesos (i) / n° de altas (i)]

Cabe aclarar que el procedimiento indirecto puede proporcionar datos no tan cercanos a la realidad por ser un sistema estimativo.

El costo por proceso, independientemente del método seleccionado, permite:

- Determinar los recursos aplicados a cada procedimiento
- Investigar acerca de la variabilidad de las prácticas clínicas
- Fijar tarifas en los contratos programas y en las concertaciones con centros privados
- Conocer las necesidades de recursos

- Disponer de información para negociar con proveedores sanitarios y financieros

Sistemas de costos directos

Dentro del enfoque de contabilidad, el método de costos directos para tomar decisiones tiene su origen en Alemania por Schmalenbach. En la década del 1950 se da a conocer de forma general con el nombre de “*direct costing*”, modelo contrapuesto al “*full costing*”.

“El razonamiento del direct costing simple es expuesto en el 23 Research Series de la National Association o Cost Accountants, hoy reconvertida en National Association of Accountants (NAA) del 1 de abril de 1953. Esta exposición cuenta con los relevantes antecedentes de Schmalenbach en Alemania y Jonathan H. Harris, que publica en 1936 su conocido artículo “Qué ganamos el mes pasado”. Así el 23 Research Report (“NAA: direct costing 23 Research series, 1 de abril de 1953, 2° edición, pag 12.”) indica: los costos fijos dependen de los medios en estado de funcionamiento, independientemente del volumen real de la producción y de las ventas. Los edificios, las máquinas y una organización que incluya, por lo menos, el estado mayor de las persona de dirección, del departamento técnico y de control, son ejemplos de medios cuya utilización difícilmente pueden adaptarse a las variaciones de volumen a corto plazo. Existen costos fijos porque la dirección decide realizar gastos para publicidad, promoción de las ventas, formación del personal e investigación sin relación con las ventas o con el volumen de producción”. [Mallo Carlos, Kaplan Robert S., Meljem Sylvia y Giménez Carlos; 2000; pág. 324]

La cantidad de costos fijos es independiente de los cambios en el volumen de la actividad.

Las características esenciales del direct costing son, según Neckirk (Cómo puede ayudar a la Dirección el direct costing, Boletín de la NACA, enero de 1951, pág. 525), las siguientes: “El direct costing debe definirse como la separación de los costos de la manufactura entre los que son fijos y los que varían directamente con el volumen. Sólo los costos primarios más los costos variables industriales sirven para valorar el inventario y el costo de las ventas. Los restantes costos industriales van cargados directamente a pérdidas y ganancias del período corriente. Sin embargo, debe subrayarse que el direct costing es primeramente una separación de los costos fijos y variables, y secundariamente un método de valoración de inventarios”.

La sistemática de cálculo del direct costing es la siguiente:

“

- 1) Cálculo de los costos variables de producción de cada producto
- 2) Cálculo de los costos variables comerciales y de distribución de cada artículo.
- 3) Costos fijos: son considerados como costos del período que deben ser absorbidos por los márgenes de contribución de los productos en el período contable que se contraen.
- 4) El margen bruto total de un producto o línea de productos es la diferencia entre el ingreso total y los costos directos de esos productos.
- 5) Es posible relacionar con el margen bruto de los productos los costos fijos directos que se supone corresponden a un producto o línea de productos, apareciendo así el margen semibruto, que es la diferencia entre el margen bruto de cada producto o línea de productos y los costos fijos directos que se pueden adscribir. Esta relación entre los costos directos fijos y el costo de los productos también puede hacerse a través de costos por secciones.
- 6) El margen neto o beneficio se calcula por la diferencia entre la suma de márgenes brutos y los costos fijos o de estructura.
- 7) El resultado del ejercicio surge de la suma del margen neto y de los resultados ajenos a la explotación y extraordinarios del período.
- 8) El costo directo unitario resulta del cociente entre los costos variables de fabricación y el número de unidades producidas.
- 9) El margen bruto unitario de un producto se obtiene de la diferencia entre el precio de venta unitario y su costo directo en cada mercado.
- 10) Los costos fijos unitarios se obtienen dividiendo los costos fijos entre cada nivel de producción y venta.”

[Mallo Carlos, Kaplan Robert S., Meljem Sylvia y Giménez Carlos; 2000; pág. 325]

En resumen, el sistema de costos “direct costing” consiste en aquel que incorpora al producto o servicios sólo aquellos costos que puede afectarle directamente. Este sistema permite adoptar decisiones acerca de si continuar, aumentar, suspender o reducir la producción de una determinada línea de producto o servicio, sobre si aceptar o no una demanda concreta o sobre la conveniencia de sustituir o no un equipamiento. Además posibilita calcular la rentabilidad global o individualizada de cada área o sector mediante la determinación del volumen óptimo de las actividades, y mediante el conocimiento de la estructura de costos e ingresos generados por cada uno de los centros de costos. Esto es con el fin de observar el rendimiento en función del volumen de productos o servicios desarrollados en una unidad de tiempo.

Este tipo de sistemas está enfocado principalmente a la toma de decisiones en el corto plazo. Las ventajas que posee son las siguientes:

- Simplicidad en relación con el sistema de costes completo, evitando el prorrateo de costos indirectos, lo cual se realiza muchas veces con criterios poco objetivos.
- Expone mejor la sensibilidad de los costos frente a las variaciones del volumen de actividad.

A su vez, este sistema presenta ciertas desventajas, a saber:

- Utilidad sólo en el corto plazo
- Interpretación poco clara entre costos fijos y variables a causa de la existencia de costos mixtos que deben desagregarse en las dos clases de costes mencionados.
- No contempla la totalidad de costos en los que se incurre para poder llevar a cabo la/las actividad/des.

Otros sistemas de costos tradicionales utilizados

Otros sistemas de costos que son utilizados por las clínicas privadas de salud son los siguientes:

- a) **Por órdenes de trabajo**
- b) **Por procesos**
- c) **Costos conjuntos**
- d) **Estándar**
- e) **Híbrido**

Algunas empresas no utilizan únicamente costeo por órdenes de trabajo ni costeo por procesos, sino que contienen elementos de ambos. Los sistemas de costeo pueden implementar una combinación de metodologías de costeo para lograr una mayor calidad en la toma de decisiones.

A continuación se detallarán estos tipos de sistemas de costeo:

a) Costeo por órdenes de trabajo

En este sistema, el objeto del costo es una unidad o múltiples unidades de un producto o servicio distinto llamado trabajo. Cada trabajo utiliza una cantidad diferente de recursos. El producto o servicio es con frecuencia una sola unidad. (ejemplo: máquina especializada). Este tipo de costeo también se utiliza para costear múltiples unidades de un producto diferente. Puesto que estos productos y servicios son distintos, el sistema de costeo por órdenes de trabajo acumula costos por separado para cada producto o servicio. Este tipo de costeo puede ser aplicable a una clínica privada de salud donde cada prestación brindada al paciente esté representada por un número de órdenes y que en esta se registren la acumulación de costos de los diversos recursos consumidos más una proporción de los costos indirectos.

Los pasos para realizar órdenes de trabajo son:

1. Identificar el trabajo que es el objeto del costo elegido
2. Identificar los costos directos del trabajo: materiales directos + mano de obra directa
3. Seleccionar las bases de asignación del costo (inductores de costos / cost – drivers) que se utilizarán para asignar los costos indirectos del trabajo.
4. Identificar los costos indirectos relacionados con cada base de asignación del costo.
5. Calcular la tasa unitaria de cada base de asignación del costo con que se asignan los costos indirectos al trabajo.
6. Calcular los costos indirectos asignados al trabajo.
7. Calcular el costo total del trabajo al sumar todos los costos directos e indirectos asignados al trabajo.

Para poder distribuir los costos indirectos, deben utilizarse “tasas de costos indirectos”:

Fórmula:

[Cantidad utilizada por la orden / cantidad total utilizada por toda de la empresa]

- 1- Numerador (grupo de costos indirectos): Mientras más corto sea el período, mayor será la influencia de los patrones estacionales sobre el importe de los costos. Los niveles de los costos indirectos totales resultan también afectados por los costos irregulares no relacionados con las estaciones del año. Agrupar todos los costos indirectos en el transcurso de un año y calcular una sola tasa

anual de costos indirectos modera algunos saltos irregulares en los costos que se asocian con períodos más cortos.

- 2- Denominador (cantidad de la base de asignación): Otra razón para calcular la tasa en períodos más largos es la necesidad de distribuir los costos indirectos fijos entre niveles fluctuantes de producción mensual. Algunos costos indirectos pueden ser variables cada mes con respecto a la base de asignación del costo, mientras que otros costos indirectos son fijos cada mes.

Por lo explicado anteriormente, en la mayoría de los casos, resulta de mayor confiabilidad el cálculo de las tasas basándose en información anual. Sin embargo, si los costos indirectos presentan estabilidad o baja fluctuación durante el período anual, también puede ser recomendable calcular las tasas mensualmente.

Puede ser conveniente el uso de tasas presupuestadas de costos indirectos y del costeo normal en vez del costeo histórico ya que posee la ventaja de que los costos indirectos se pueden asignar a los trabajos únicos de manera continua y oportuna, en vez de hacerlo sólo al final del ejercicio fiscal cuando se conozcan los costos reales. Es poco probable que las tasas presupuestadas sean iguales a las tasas reales debido a que se basan en estimados realizados hasta doce meses antes de que se incurra en los costos reales.

Los ajustes se tienen que realizar cuando, al final del ejercicio fiscal, los costos indirectos asignados difieren de los costos indirectos en que se incurrió. Los costos indirectos pueden estar:

- a) Subasignados / subaplicados / subabsorvidos: representan la cantidad asignada de costos indirectos en un período contable que es menor a la cantidad real (en que se incurrió) ejercida en dicho período.
- b) Sobreasignados / sobreaplicados / sobreabsorvidos: constituyen la cantidad asignada de costos indirectos en un período contable que es mayor a la cantidad real (en que se incurrió) ejercida en dicho período.

Existen diversos enfoques en cuanto a la realización de ajustes como resultados de la utilización de las tasas presupuestadas:

- **Enfoque de la tasa de asignación ajustada:** rehace todos los asientos de los gastos indirectos de fabricación en el libro mayor y en los auxiliares al utilizar tasas de costo

real en lugar de tasas de costo presupuestado. Primero se calcula la tasa real de indirectos de fabricación asignados a cada trabajo durante el año fiscal. Posteriormente, los gastos indirectos de fabricación asignados a cada trabajo durante el ejercicio se vuelven a calcular utilizando la tasa real de gastos indirectos de fabricación. Por último, se realizan asientos de cierre de fin de ejercicio. El resultado es que al final del ejercicio, cada registro de costeo por órdenes de trabajo y productos terminados representan con precisión los gastos reales indirectos de fabricación en que se incurrió.

- **Enfoque de prorrateo:** Distribuye los gastos indirectos de fabricación subasignados o sobreasignados entre la producción en proceso, los productos / servicios finalizados, y el costo de la mercancía vendida.
- **Enfoque de cancelación contra el costo de mercadería vendida:** Incluye los gastos indirectos de fabricación totales subasignados o sobreasignados en la cuenta de costo de mercadería vendida de este ejercicio.

Para seleccionar el enfoque adecuado, deben determinarse las causas de la subasignación o la sobreasignación y la manera en que se va a utilizar la información resultante.

La decisión de si se debe utilizar tasas presupuestadas o tasas reales de costos afectan el nivel de incertidumbre al que se enfrentan los usuarios. Cuando las asignaciones de costos se hacen usando tasas presupuestadas, los administradores de los departamentos a los cuales se asignan los costos conocen con certeza las tasas que deberán usarse en el período presupuestado. Los usuarios pueden determinar entonces el monto del servicio que deberá requerirse y si deberá usarse como fuente de suministro un departamento interno o un proveedor externo. Sin embargo, cuando se utilizan tasas reales para las asignaciones de costos, los departamentos de los usuarios no conocerán las tasas a ser empleadas sino hasta el final del período presupuestado.

b) Costeo por procesos

En este sistema, el objeto del costo son unidades idénticas o similares de un producto o servicio. El costo unitario se determina agrupando la totalidad de los costos de cada proceso (departamento o centro de costos) y dividiendo su monto por la totalidad de unidades. Este

costo unitario es un promedio que se aplica a cada una de las unidades idénticas o similares producidas en ese período.

Para poder utilizar este sistema de costeo, la empresa debe disponer de la siguiente información:

- ❖ *Movimiento de las unidades:* se trata de información de rutina relacionada con el movimiento de las unidades, es decir, información acerca de las unidades terminadas en cada departamento para cada período, su estado y el destino al que se trasladaron, cuanta producción queda en proceso en cada centro y el grado de avance respecto de cada elemento del costo.
- ❖ *Unidades equivalentes a terminadas:* es el porcentaje en que cada producto ha recibido elementos del costo en relación con lo que debería haber recibido una vez finalizado el proceso en el departamento respectivo. Se lo conoce como grado de avance y posibilita homogeneizar la unidad de medida para todas las unidades, a pesar de que aún no hallan sido terminadas.
- ❖ *Producción procesada:* es la cantidad de unidades que recibieron proceso en un departamento. Sirve para asignar costos de los distintos elementos a los diversos productos.
- ❖ *Producción procesada computable:* cantidad de unidades por las que se divide los costos totales del proceso para determinar el costo unitario del período de un departamento (Fórmula: Producción en buen estado + Existencia de producción en proceso – Existencia inicial de producción en proceso).
- ❖ *Desechos:* son unidades en mal estado que han recibido costo de conversión hasta que se vuelto en mal estado. Cabe aclarar que el desecho no posee valor de recupero, no pudiendo ser considerado un producto de calidad inferior.
- ❖ *Desechos en la producción procesada computable:* son desechos normales e inevitables. Por esto, el valor de los insumos incorporados a las unidades que luego se convierten en desecho normal es costo de las unidades en buen estado.
- ❖ *Costo global del producto:* es la suma de las materias primas o materiales + Mano de obra directa + Costos indirectos generales.

Al relacionar este tipo de sistema de costos con una clínica privada de salud, en algunos sectores de la misma se brindan servicios similares entre si, lo que puede consistir en un proceso al cual debe asignársele una denominación o nombre. Para obtener el costo unitario de una prestación médica llevada a cabo por un proceso, se debe dividir el costo total del mismo por el número de prestaciones realizadas. Esto quiere decir que cada unidad recibe las mismas cantidades o cantidades similares de costos de materiales directos, costos de mano de obra directa, y costos indirectos generales.

c) Costos conjuntos

Los costos conjuntos representan los costos de un proceso de producción que da lugar a múltiples productos de manera simultánea. El punto de separación es la confluencia de un proceso de producción conjunto cuando dos o más productos / servicios se vuelven identificables en forma separada.

Los costos separables son todos los costos en que se incurre más allá del punto de separación y que son asignables a cada uno de los productos / servicios específicos identificados en el punto de separación.

Los productos / servicios finales de un proceso de producción conjunto se pueden clasificar en dos categorías generales: productos / servicios que tienen un valor positivo de ventas y productos / servicios que tienen un valor de ventas de cero. El valor total de ventas puede ser alto o bajo. Cuando un proceso de producción conjunto da lugar a un producto / servicio que tiene un valor total de ventas alto, en comparación con los valores totales de ventas de otros productos / servicios del proceso, ese producto recibe el nombre de “producto / servicio principal”. Cuando un proceso de producción conjunto da lugar a dos o más productos / servicios que tienen altos valores totales de ventas en comparación con los valores totales de ventas de otros productos, esos productos / servicios se denominan “coproductos”. Los productos / servicios resultantes de un proceso de producción conjuntos que tienen bajos valores totales de ventas al compararlos con el valor total de ventas del producto principal o de los coproductos reciben el nombre de “subproductos”.

Se utilizan dos enfoques para asignar los costos conjuntos:

I. Asignar los costos conjuntos usando datos basados en el mercado, tales como los ingresos. Ejemplos de métodos: método del valor de ventas en el punto de

separación, método del valor neto de realización y método del porcentaje constante de margen bruto del VNR.

II. Asignar los costos conjuntos usando medidas físicas, tales como el peso o el volumen de los coproductos.

En las clínicas privadas de salud es posible que se presente este tipo de costeo dentro de algunos sectores o áreas específicas como en el laboratorio o en el sector de diagnóstico e imágenes, en donde los productos / servicios que brindan poseen características similares al inicio aunque en determinado punto del proceso se diferencian, ejemplo: el informe sobre un análisis de sangre es el caso en el que el proceso de análisis comienza igual para los distintos informes y luego en determinado punto, de acuerdo a los objetivos del informe, se separa el análisis dando lugar a informes diferentes (servicio final).

d) Sistemas de costos estándar

Previamente a implementar este tipo de sistema de costos, se debe estudiar minuciosamente las diversas actividades de la empresa, determinando cuales son los componentes de los productos y servicios. Estos componentes son, fundamentalmente, las materias primas, la mano de obra y diversos gastos o costos generales con las respectivas tasas de absorción.

Si la empresa bajo análisis posee una mayor especialización de la producción o en la oferta de servicios, el procedimiento de costos estándar es de mejor aplicación. A través de este sistema, la dirección de la empresa puede controlar la gestión mediante el análisis de las desviaciones. En el caso de que se demostrara que los estándares no constituyen una medida eficiente, se deberá proceder a su revisión.

Las personas que llevan este tipo de sistemas deberán medir la producción real o tareas reales para brindar servicios, los consumos de materiales o materias primas, la mano de obra directa y los gastos generales, para luego poder comparar el importe estándar con el valor real.

El sistema de costos estándar debe permitir: tomar decisiones, controlar la actuación de los centros / sectores o áreas mediante la separación de los costos controlables y no controlables, y explicar las variaciones o desviaciones, con la posibilidad de distinguir las que

se producen por errores o desacuerdos en la estimación de las previsiones de las que son causadas por aumentos o disminuciones del rendimiento previsto.

Materiales → Existen tres factores que determinan el costo estándar del material:

- I. Especificaciones del producto / servicio: consiste en el diseño de lo que la empresa se encuentra ofreciendo al cliente.
- II. Cantidades: se refiere a los consumos necesarios de los diversos materiales
- III. Precio: depende de la estructura de costos y del margen (mark up) asignado a cada producto o servicio.

Establecer un sistema de costos estándares requiere determinar las necesidades de las cantidades a utilizar y los precios relacionados.

Mano de Obra → Existen tres factores principales que afectan al estándar de la mano de obra:

- I. Métodos de trabajo
- II. Horas necesarias (eficiencia)
- III. Costo x hora/jornal/mes

Debe tenerse en cuenta que el estándar de mano de obra variará de una empresa a otra, aunque si poseen estructura similar, deberían también tener un estándar similar. El aspecto de mayor importancia son los tiempos en que el personal o mano de obra realiza sus tareas. Antes de estandarizar los tiempos, es necesaria la estandarización de las condiciones de trabajo, de los productos o servicios y las cantidades de lo que se va a ofrecer.

La tarifa o costo unitario a asignar para este costo estándar puede ser determinada según distintas bases tales como precios contratados con los trabajadores o con los sindicatos, los promedios de valores pasados, las estimaciones subjetivas en base a la experiencia, etc..

Para los gastos generales se utilizan tasas estándares, las cuales pueden incluir costos que están estrictamente relacionadas con la producción u oferta de servicios, o costos incurridos en el período de que se trate, exista o no producción u oferta de servicios. (ejemplo: alquiler, impuestos varios, etc.). Para establecer los estándares de estos costos indirectos, se deben determinar dos factores: 1) Capacidad estándar (capacidad presupuestada de producción u oferta de servicios expresada en unidades físicas + costo de materiales directos +

costo u hora de mano de obra directa o de horas máquina) y 2) costos estándares indirectos de esa capacidad (costos indirectos derivados de mantener en funcionamiento la empresa en la capacidad presupuestada). A través de estos conceptos se pueden obtener tasas predeterminadas → Fórmula “Tasa predeterminada” = Gastos generales indirectos presupuestados / Producción u oferta de servicios presupuestada.

Los desvíos que se pueden presentar en este sistema de costos pueden ser los siguientes:

- a) Desviaciones en materiales o en materias primas → desviaciones en cantidad o técnicas / en precios o económicas
- b) Desviaciones en mano de obra o en personal → desviaciones en tiempo o técnicas / en precios o económicas
- c) Desviaciones en gastos generales → desviaciones en cantidad o eficiencia / en capacidad o actividad / en precio o presupuesto.

e) Sistemas de costos híbrido

Los sistemas de costeo considerados híbridos son aquellos que mezclan las características de los sistemas de costeo por órdenes de trabajo como el costeo por procesos. Los sistemas de costeo por procesos, generalmente se diseñan de tal manera que se ajustan a las características particulares de la empresa que lo diseña y que lo utiliza. A pesar de ello, algunas compañías poseen características que hace que se las clasifique como híbridas, teniendo que combinar características de diversos sistemas de costeo. Las empresas que tienden a este tipo de sistemas son aquellas que fabrican / brindan una variedad amplia de productos / servicios estandarizados estrechamente relacionados (ejemplo: lavarropas, televisiones, etc).

Descripción de la metodología de imputación de costos de INSALUD (España)

El Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, España, en el año 2001 desarrolló un proyecto basado, entre otras cosas, en el análisis de la estructura de costos para organizaciones sanitarias.

Recomienda diferenciar los siguientes niveles dentro de la estructura hospitalaria:

- *Grupos funcionales homogéneos (GFH):* constituidos por unidades mínimas de gestión, capaces de elaborar un determinado tipo producción diferenciado.

- *Servicios funcionales (SF)*: engloba uno o varios GFH con prestaciones homogéneas y responsable común.
- *Áreas funcionales (AF)*: agrupan uno o varios SF
- *Divisiones funcionales (DF)*: agregan uno o más AF

A su vez, define centro de coste como una agrupación de medios que sirven para un mismo fin, y que en definitiva son subconjuntos de las funciones de la entidad.

La clasificación de los costos que considera para desarrollar el costeo es la de costos directos e indirectos. La estructura de costos en los centros hospitalarios incluyen los siguientes tipos de costos:

- a) *Costos propios*: costos inmediatamente asignados de forma directa a un centro de costos, más los correspondientes al prorrateo de los indirectos que se pueden acumular en el mismo. Dentro de estos, se pueden diferenciar: los del personal y los de funcionamiento (consumo de bienes y servicios corrientes, suministros y amortizaciones). En general, suponen los costos asociados a los consumos del centro de costos. Son los costos asignados directamente a los GFH por los gestores de gasto y generalmente asociados a los consumos del centro de costo.
- b) *Costos repercutidos*: costos que llegan a los centros principales (o finales) procedentes de los centros de costos auxiliares o intermedios. Son aquellos costos imputados o facturados por otros GFH por la prestación de servicios vinculados a la actividad principal. Ejemplos: hospitalización, laboratorio, radiología.
- c) *Costos estructurales*: costos que de forma estimativa y proporcional al volumen de actividad o de costos de cada GFH son imputados a los centros principales y auxiliares.

Si bien el proyecto describe una especie de método de cálculo de costos por procesos y actividades, hace referencia al método tradicional de imputación de costos utilizados actualmente en la mayoría de los centros hospitalarios. Éste método se realiza mediante un sistema de reparto en cascada a través de coeficientes de reparto. Los costos de los GFH, de la administración, dirección y medicina preventiva son asignados a los GFH intermedios y luego pasan a los GFH Finales. Se hace mención a que en España, la mayoría de los centros hospitalarios utilizan este sistema de reparto en cascada, el cual distribuye los costos entre los

distintos GFHs del centro hospitalario. El sistema exige el establecimiento de una secuencia de imputación que no permite retroceder en la secuencia, ejemplo: aquellos GFHs que reparten sus costos en primer lugar no pueden percibir costos de un GFH posterior. Los costos se reparten entre GFHs mediante criterios de reparto definidos por cada centro hospitalario, encontrándose diferencias entre los distintos centros hospitalarios. Los costos de los GFH estructurales se conciben como un todo global que mediante un criterio de reparto se imputa a los diferentes centros de costos.

Capítulo II:

Diseño del Sistema de información para la implementación del costeo basado en actividades

Las clínicas privadas de salud se encuentran inmersas en un contexto altamente competitivo, por lo que requiere que las prestaciones de servicios se realicen de forma altamente eficiente. Por ello, constantemente se deben plantear mejoras tanto a nivel organizacional como a nivel de actividades desarrolladas dentro de la clínica. Para poder conseguir lo mencionado y además poder desarrollar un sistema de costeo apto para la toma de decisiones, es esencial contar con un sistema de información que sea capaz de recopilar, analizar y transmitir toda aquella información necesaria para dirigir los servicios, permitir su control y adecuarlos a las nuevas oportunidades que se presenten. Si bien debe contarse con un modelo contable que sea capaz de captar, medir, y valorar los hechos contables que afectan al patrimonio, además es sustancial la utilización de una contabilidad analítica o de costos que represente la herramienta para la contabilidad de gestión. Este tipo de contabilidad es de suma importancia en el momento de implementar un sistema de información con un alto grado de detalle.

La principal percepción que se presenta, al intentar implementar un sistema de costeo basado en actividades, es la dificultad de diseñar un sistema de información apto para que sea considerado la fuente principal de datos que alimente el modelo ABC. La información a incluir puede ser de diversos tipos, ejemplo: datos sobre el tipo de diagnóstico, habitación utilizada, médicos y tecnólogos participantes en el diagnóstico, materiales y equipos utilizados y cualquier otro dato de relevancia que dependerá principalmente del paciente al que se le preste el servicio y de la clínica a la que halla asistido.

Antes de describir cómo debe estar compuesto el sistema de información de una clínica privada de salud, debe hacerse referencia a su definición. Un **sistema de información** incluye un proceso estadístico de datos y la salida de unos resultados en forma de indicadores que permiten medir los resultados y los productos. Se trata de un conjunto de instrucciones organizadas, sistematizadas y lógicas que se relacionan entre sí por medio de un lenguaje con el fin de obtener información, analizarla, relacionarla y generar nueva información para satisfacer las necesidades de las áreas administrativas, y operativas de una organización en general.

El sistema de información de una clínica privada de salud debe contener información similar a la que posee un sistema de información hospitalario, el cual está orientado a satisfacer las necesidades de generación de información, para almacenar, procesar y reinterpretar datos médico-administrativos. Todo sistema de información hospitalario genera reportes e informes dependiendo del área o servicio para el cual se requiera.

El sistema de información de una clínica debe contener una estructura que se destine principalmente a recolectar, elaborar, analizar y transmitir la información necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios. Los tipos de sistemas de información que podemos encontrar en una clínica son los siguientes:

- I. *Sistemas Económicos – Financiero*: dentro de este sistema se incluyen los sistemas de nómina y de personal; de manejo de materiales; de cargos y cobros; de pagos; y de contabilidad.
- II. *Sistemas Administrativos*: se incluyen los sistemas de registro central de pacientes; de admisión, altas y transferencia de pacientes; de control de citas y programación de servicios; de procesamiento y edición de documentos (historias clínicas, reportes, informes).
- III. *Sistemas para Registro Central de Pacientes*: permite tener una base de datos de tipo demográfico, información de asegurados, datos clínicos, estadísticos y otro tipo de datos de interés administrativos.
- IV. *Sistema de Manejo de materiales*: en este tipo de sistema se incluyen cotizaciones, información de precios, proveedores, registro de proveedores, contratos, tasa de inflación y decisiones de concurso para aprobar la compra de uno o más artículos.

Para la correcta implementación de un sistema de información se debe cumplir con los siguientes aspectos:

- a) Evaluación de lo que se realiza diariamente en la clínica mediante entrevistas o formularios que completen los empleados de la misma.
- b) Análisis de la estructura organizacional, pudiendo observar y constatar, a través del organigrama los centros / departamentos / sectores o áreas que posee la clínica.
- c) Diseño del sistema de información
- d) Programación, a través de la confección de bases de datos capaz de ser consultadas fácilmente.
- e) Implementación del sistema de información por parte de los propios empleados de la clínica.

La creación o mejora del sistema de información de una clínica permitirá la realización de un sistema de costeo apto para la toma de decisiones. La propuesta de la presente tesis es la implementación del costeo basado en actividades (ABC) en clínicas privadas de salud, por lo que a continuación se detallará toda la información suficiente y necesaria para el desarrollo de este tipo sistema de costeo.

La información como recurso, dentro de una clínica privada de salud, es abundante. Puede identificársela en cuatro áreas: información externa, información financiera interna, información administrativa y de gestión, e información clínica.

A su vez, toda la información que se genera en una clínica puede clasificarse en:

- *Administrativa*: relacionada con la gestión de recursos del hospital (humanos, materiales y monetarios)
- *Médico administrativa*: relacionada con la gestión de los pacientes, la cual consiste en los datos que genera el paciente como usuario de los servicios de la clínica.
- *Clínica*: hace referencia al estado de salud o de enfermedad del paciente, la cual se refleja en la historia clínica. Ejemplos: antecedentes personales y familiares, patología actual según diagnósticos, tratamientos efectuados, resultados de pruebas de diagnósticos.

El sistema de información hospitalario o de una clínica privada de salud posee determinados objetivos:

- I. Establecer una base de datos capaz de proporcionar un registro médico integrado de datos asistenciales para todos los pacientes, y que sea accesible para todos los profesionales médicos y de la salud debidamente autorizados.
- II. Posibilidad de comunicar los datos del paciente a / desde todos los servicios administrativos y clínicos del hospital.
- III. Soportar todas las funciones del proveedor de asistencia sanitaria (entrada de órdenes, informes de resultados, historia del paciente, informes de procedimientos) y comunicar datos individuales del paciente a los profesionales médicos.
- IV. Proporcionar apoyo en la toma de decisiones clínica y administrativa.
- V. Establecer y mantener ficheros para las funciones administrativas y de gestión hospitalaria.
- VI. Ayuda en la evaluación de calidad, acreditación y requisitos reguladores.
- VII. Apoyo a la investigación y educación.

El sistema de información debe contener un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), los cuales deben estar referidos a diversos aspectos de:

- Cada una de las unidades o centros de la organización, lo que incluye a las unidades o centros principales y auxiliares o de apoyo.
- Cada uno de los pacientes que ha ingresado y han sido dados de alta por diversas circunstancias (Historia clínica estándar para todos los pacientes)
- Procesos, actividades y prestaciones médicas y no médicas.
- Precios establecidos en el mercado referidos a los servicios de salud.
- Tipo de financiación de cada paciente: Obras sociales, prepagas y particular.

Toda la información que se incluya dentro del sistema de información podrá formar parte de una base de datos computarizada, a la que tendrán acceso todas aquellas personas autorizadas. En pos del manejo correcto de la información y como parte del control interno de una clínica, se debe diseñar un manual de roles en donde se especifique a que transacciones de la base de datos tiene acceso cada una de las personas que ocupen un puesto dentro de la clínica. Ejemplo: un médico pediatra sólo podrá tener acceso a la parte de la base de datos correspondiente al centro o la unidad de pediatría.

La clínica debe disponer de un sistema de información integrado que permita, entre otras cosas, conseguir un correcto cálculo y control de los costos, presupuestos clínicos, planificación sanitaria a partir de la medida del producto hospitalario.

El objetivo es lograr un sistema de registro de todos los servicios que recibe el paciente, conjuntamente con los recursos que se consumen en su paso por la clínica.

Aspectos a considerar en el sistema de información para la aplicación del modelo ABC

Existen algunos aspectos que deben considerarse para la aplicación del costeo basado en actividades a partir de la implementación del sistema de información adecuado, entre los cuales pueden mencionarse los siguientes:

- Identificación de los productos y/o servicios que ofrece la clínica, para lo cual es necesario información. Esta se obtiene por medio de la observación, entrevistas, revisión de antecedentes históricos y opiniones del personal médico y no médico experto en la clínica.
- La información a recolectarse incluyen datos relacionados con el problema que se quiere resolver, ejemplo: tipo de exámenes, materiales consumidos, tecnología utilizada, habitación ocupada, etc.
- Selección del número adecuado de generadores de costos o cost-drivers, el cual debe estar en equilibrio con el costo de diseño y mantenimiento del modelo ABC.
- Tener presente que las actividades médicas pueden ser entregadas con distinta intensidad, utilizando una mayor o menor cantidad de recursos dependiendo de las características del paciente.
- Al diseñar el modelo ABC y el sistema de información del cuál se alimentará, se debe trabajar en conjunto con los gerentes, jefes, supervisores y demás empleados claves para determinar el grado de detalle para construir el modelo. El detalle con el que cuenten las actividades debe ineludiblemente satisfacer el uso que se les dará a los datos, ya que si las actividades se encuentran muy detalladas, el modelo se puede transformar innecesariamente en algo complejo y no totalmente útil.

Al diseñar el sistema de información, es imprescindible conocer para qué se utilizará la información, es decir, el objetivo que posee el registro de cada uno de los datos. Para ello es sustancial conocer los pasos básicos para el desarrollo del modelo ABC: 1) Identificar las principales actividades, prestaciones, procesos y centros de costos ; 2) Diagramar las actividades en una secuencia ilustrada (flujograma); 3) Analizar, definir y asignar un valor de tiempo a las actividades, y 4) Costear las actividades.

Información relacionada con las unidades o centros de la organización

Para poder implementar un costeo basado en actividades en una clínica privada de salud, es fundamental disponer de un sistema de información que incluya datos detallados de cada una de las unidades o centros que constituyen la estructura de la misma. Básicamente, se trata de que el sistema de información disponga de un detalle de la organización.

Denomino “Clínicas privadas de salud puras” a aquellas que brindan servicios médicos generales sin disponer de una especialización particular. Este tipo de Clínicas posee una estructura determinada compuesta por centros / unidades / sectores / áreas / o departamentos, que dependen unos de otros y que en su conjunto permiten la realización de la totalidad de las prestaciones y actividades médicas, permitiendo así brindar a los pacientes los distintos servicios médicos.

Debe tenerse presente qué tipo de datos son necesarios recopilar respecto de los centros de las clínicas, para que luego de procesarlos poder extraer del sistema de información lo que se requiera al momento de desarrollar y actualizar el sistema o modelo de costeo basado en actividades. Para poder determinar cuál es la información que debe disponer de forma imprescindible, deben relevarse los siguientes aspectos en cada uno de los centros / sectores / áreas o departamentos de una clínica:

1. Nombre y breve descripción del centro / área o departamento. Incluye conocer en dónde se posiciona dentro de la estructura de la empresa (Organigrama), si tiene centros / áreas o departamentos a cargo, de qué unidad depende, y cuál es la razón de su existencia o responsabilidad definida.
2. Roles, puestos y funciones de cada uno de los empleados (nombre y apellido). Si en la clínica existe un manual de funciones, será de gran utilidad para recopilar esta información;

3. Estudios (universitarios y no universitarios) con los que cuentan cada uno de los empleados. Este punto es de gran utilidad para tener conocimiento acerca de las especialidades con las que la clínica cuenta;
4. Procesos, prestaciones y actividades médicas y/o administrativos que se realizan;
5. Tiempo de duración de cada proceso, prestación y actividad médica;
6. Equipos, herramientas y tecnología que se utilizan en la realización de prestaciones y actividades médicas;
7. Materiales y/o insumos que se consumen al llevar a cabo los procesos, prestaciones y actividades médicas y/o administrativas;
8. Inductores de costos o cost-drivers a definir para cada una de las actividades

De los ítems mencionados, es de gran relevancia conocer tanto la descripción como el costo (total + unitario) que implica cada uno de ellos con un alto grado de detalle.

En la estructura de una clínica pueden diferenciarse dos tipos de **centros / áreas o departamentos**: principales o auxiliares / de apoyo. Se denominan centros principales a aquellos en donde se brindan servicios médicos relacionados con el diagnóstico determinado al paciente, ejemplos: pediatría, cardiología. Por otro lado, los centros auxiliares o de apoyo son aquellos que ayudan o que prestan colaboración a los centros principales, ejemplos: enfermería, administración. Es importante registrar en el sistema de información el tipo de centro, siendo clave para determinar los costos (directos e indirectos) a distribuir sobre los centros principales.

- ✚ En una clínica pueden identificarse las siguientes estructuras genéricas y servicios:
- ✚ Servicios administrativos: administración, finanzas
- ✚ Unidades médicas: consultorios externos, emergencias, servicios clínicos, servicios quirúrgicos
- ✚ Unidades médico – técnico (servicios de diagnóstico): laboratorio, hematología / hemoterapia, bacteriología / virología, inmunología, patología / citología, diagnóstico por imágenes, estudios funcionales
- ✚ Administración de la información: archivos, procesamiento de datos, estadísticas, comunicaciones
- ✚ Unidades de insumos: farmacia y almacén
- ✚ Logística: cocina, lavadero, seguridad y mantenimiento.

Disponer de la información relacionada con las funciones, roles y puestos de los empleados (incluyendo nombres y apellidos) que se desempeñan dentro de cada uno de los centros de la clínica permite conocer cuál es el costo relacionado y qué profesiones son necesarias para afrontar el desarrollo habitual de las actividades y prestaciones médicas.

Registrar en el sistema los **estudios** universitarios / no universitarios y profesiones de cada uno de los empleados de la clínica permite conocer cuáles son los recursos con los que cuenta la clínica para poder brindar los distintos servicios. A su vez, permite identificar cuál es el costo que posee cada uno de ellos pudiendo realizar las comparaciones necesarias en el mercado.

Es importante para el desarrollo del costeo ABC conocer: qué actividades se realizan en cada uno de los centros / áreas o departamentos de la organización, cuánto cuesta realizarlas, en cuánto tiempo se realizan, y qué parte o cantidad de las mismas requieren los servicios que se les presta a los clientes (pacientes).

La correcta confección de un sistema de información permite que el sistema ABC proporcione "... a las empresas un mapa económico de sus operaciones que pone de relieve el coste existente y el previsto de las actividades y procesos empresariales, lo que a su vez conduce al conocimiento del coste y la rentabilidad de productos, servicios, clientes y unidades productivas." [Kaplan R. y Cooper R.; 1999; pág. 90].

En relación al relevamiento de actividades, si bien es difícil abarcar la totalidad de las actividades médicas y no médicas que se realizan o pueden realizarse dentro de la clínica, es imprescindible la confección de un "*diccionario de actividades*". Antes de desarrollar el ABC, la propia organización debe identificar las actividades que realizan sus factores productivos indirectos y de apoyo. A cada una de las actividades, es conveniente describirlas por medio de verbos y objetos asociados (ejemplo: analizar al paciente, leer un estudio realizado al paciente, etc.). Para el armado del diccionario, pueden colaborar los propios empleados de la clínica o llevar a cabo un análisis por parte de personal externo. Desde mi punto de vista, es conveniente que se realice el diccionario de actividades por parte de los empleados de la clínica, con el objetivo de lograr que se involucren en la construcción del sistema de información y que genere confianza en el modelo o sistema ABC a implementar. El número o cantidad de actividades a determinar dependerá fundamentalmente del propósito del modelo, y del tamaño y complejidad del centro / área o departamento de la organización que se esté estudiando o analizando.

El relevamiento de costos incurridos se encuentra relacionado con conocer cuáles son los costos directos e indirectos que se generan en toda la organización, y que en forma directa o indirecta son asignados a cada uno de los centros / áreas y departamentos de la organización.

En primer lugar, se deben relevar aquellos costos que son generados en cada uno de los centros, y en segundo lugar aquellos que son incurridos por la clínica en su totalidad sin poder identificar el centro que los ha ocasionado. Estos últimos son los que se denominan costos indirectos, los cuales deben ser relevados con el mismo grado de detalle que aquellos considerados directos, correspondientes a un centro particular.

Una de las maneras factibles de conocer el peso relativo de los procesos, prestaciones y actividades médicas, es la realización de encuestas a los empleados que realizan los trabajos periódicamente, solicitándoles que estimen el porcentaje de tiempo que invierten en cada proceso, prestación y actividad médica en donde intervienen.

Una vez identificadas las actividades médicas que se realizan en la clínica, puede determinarse en el sistema de información una jerarquía de las mismas. Es decir, las actividades se pueden clasificar en:

- *Actividades a nivel de unidad:* “son las actividades que han de ser realizadas para cada unidad de producto o servicio prestado. La cantidad de actividades realizadas a nivel de unidad, es proporcional a los volúmenes de producción y de ventas.” [Kaplan R. y Cooper R.; 1999; pág. 98]. Cabe destacar que los sistemas de costes tradicionales dependen exclusivamente de los inductores de costes a nivel de unidad.
- *Actividades a nivel de lote:* “son las actividades que han de realizarse para cada lote”. “Los recursos necesarios para una actividad a nivel de lote son independientes del número de unidades en el lote”. [Kaplan R. y Cooper R.; 1999; pág. 99]. Un lote está constituido por un conjunto de unidades.
- *Actividades de apoyo del producto:* “se llevan a cabo para permitir que se realice la producción de productos (o servicios) individuales. La extensión de esta noción fuera de la fábrica conduce a actividades de apoyo a clientes que permiten a la empresa vender a un cliente individual pero que son independientes del volumen y del mix de productos (y servicios) vendidos y

entregados al cliente. Estas actividades de apoyo al producto y al cliente incluyen el mantenimiento y actualización de las especificaciones de los productos, comprobación y herramientas especiales para productos y servicios individuales y el apoyo técnico proporcionado a productos individuales y para servir a clientes individuales". [Kaplan R. y Cooper R.; 1999; pág. 99-100].

Puede decirse que las actividades con su correspondiente inductor de costo, son la unidad básica de análisis en el sistema ABC, por lo que es primordial la identificación y máximo detalle de cada una de ellas en el sistema de información.

Es clave codificar la siguiente información:

- Prestaciones médicas y/o administrativas que se realizan;
- Procesos médicos y/o administrativos que se realizan;
- Actividades médicas y/o administrativas que se realizan;

La codificación permite el registro y análisis de la información de manera rápida y segura, reduciendo de esta manera el riesgo de error en la toma de decisiones al extraer información del sistema.

Para el desarrollo del sistema de costeo ABC, considero de suma importancia, incluir en el sistema de información, la duración / tiempo en el que se realizan las diferentes prestaciones, procesos y actividades médicas. De esta manera, una vez identificados los costos incurridos, podrá conocerse el costo por tiempo (día, hora, minuto). El tiempo que se demora una prestación, proceso y actividad incide en la cantidad de recursos consumidos. Es por ello que la implementación de un sistema de información con este tipo de datos sería de gran utilidad, además de tener la posibilidad de crear indicadores operativos como por ejemplo: tiempo en el que el/la recepcionista registra a un paciente al ingresar en la clínica.

En cada uno de los centros se utilizan generalmente diversos equipos y herramientas destinadas a uso médico y no médico. Se trata de bienes elementales que poseen un costo asociado (amortización, mantenimiento y consumo energético) que debe ser distribuido entre las distintas actividades que se desarrollan en cada centro o sector. Para que el costeo sea más preciso es indispensable que en el sistema de información se registre cada uno de los bienes utilizados en la clínica asignándoles un código. A cada código se le asignará el valor de compra

o de origen junto con los costos de amortización, mantenimiento y otros gastos asociados. De esta manera, en cada uno de los centros se conocerá con exactitud los costos generados por la utilización de equipos, herramientas y tecnología.

Es habitual que en las clínicas privadas de salud se utilice constantemente materiales y/o insumos descartables y no descartables en las prestaciones y actividades médicas / no médicas. Es probable que cada uno de los centros utilice insumos y/o materiales distintos, y puede que la clínica posea un stock de los mismos para su utilización diaria. Es aconsejable codificar todos los materiales e insumos que se utilicen en la clínica determinando, mediante algún método, el costo unitario (FIFO, LIFO, PPP). Si en alguno de los procesos, prestaciones y actividades médicas / no médicas que se realizan en un centro utilizan materiales e insumos, calcular el costo unitario multiplicado por la cantidad utilizada es elemental para conocer el costo directo generado. Es a causa de lo mencionado que en el sistema de información debería estar incluida el código, descripción, cantidad y costo unitario de cada uno de los materiales e insumos que se utilizan. Los mismos empleados de cada uno de los sectores, áreas o centros deberían ser los responsables de registrar o informar la cantidad consumida de materiales e insumos en el desarrollo de las actividades y prestaciones médicas / no médicas.

Los inductores de costos o cost – drivers son importantes para lograr la vinculación entre actividades y objetos de costos. Es una medida cuantitativa del resultado de una actividad, ejemplo: analizar físicamente al paciente → inductor de costo: cantidad de pacientes analizados.

Como cost-driver para distribuir los costos indirectos, es posible que una clínica determine el peso relativo de cada actividad que realiza en función al tiempo de duración de la misma. Cabe aclarar que para ciertos sectores o centros de la clínica esto sería imposible dada la imposibilidad de tener actividades médicas rutinarias. Es decir, aquellos sectores o centros en los que las actividades médicas son distintas día a día no sería factible la determinación del peso relativo de las mismas en función del tiempo.

Según mencionan Robert Kaplan y Robin Cooper [Kaplan R. y Cooper R.;1999; pág. 104-106], los inductores de costos pueden clasificarse en:

- ❖ *De Transacción:* cuentan la frecuencia con que se realiza una actividad. Pueden utilizarse cuando todos los resultados requieren esencialmente las mismas demandas de la actividad. Su utilización no es óptima ya que asume que se necesita la misma cantidad de recursos cada vez que se realiza una actividad.

- ❖ *De Duración:* representan la cantidad de tiempo necesario para realizar una actividad. Deberían utilizarse cuando existen variaciones significativas en la cantidad de actividad requerida para productos o servicios diferentes. Este tipo de inductores son considerados más caros de poner en práctica dado que exige una estimación de la duración cada vez que se realiza una actividad.
- ❖ *De Intensidad:* se realiza un cargo directo de los recursos utilizados cada vez que se realiza una actividad. Si bien son los inductores de mayor exactitud son los más caros de llevar a la práctica, por ello es conveniente utilizarlos sólo para aquellos recursos que asociados a la realización de una actividad son caros y variables, cada vez que se realiza esa actividad.

Una vez que los empleados de la clínica hayan determinado, establecido y registrado los inductores de costos o cost-drivers en el sistema de información, deben hacerse actualizaciones periódicas para que la distribución de los costos indirectos sea realizada de la mejor manera posible.

Ejemplos de Cost-drivers:

Recurso	Cost-Driver
Remuneración	Horas hombre
Alimentación	n° raciones
Lavandería	Kilos de ropa
Insumos clínicos	cantidad de insumos
Artículos de librería	cantidad de artículo
Fármacos	n° de medicamentos
Exámenes de Laboratorio	n° de exámenes
Agua	metros cuadrados
Luz	metros cuadrados
Teléfono	Minutos utilizado
Gas	metros cuadrados
Depreciación Edificio	metros cuadrados
Depreciación Equipos	Duración actividad

Información relacionada con los pacientes

Desde que el paciente ingresa a la clínica hasta que se retira de la misma debe registrarse, en el sistema de información, determinados datos, a saber:

- 1) Nombre y Apellido;
- 2) Documento nacional de identidad;
- 3) Sexo;

- 4) Estado civil;
- 5) Fecha de nacimiento;
- 6) Domicilio;
- 7) Grupo sanguíneo;
- 8) Asignación de código al paciente *. Ejemplo: P-1, P-2, P3, etc.;
- 9) Fecha de ingreso: es el momento de admisión del paciente a la clínica. Puede agregarse además el tipo de ingreso que se trata, ejemplo: ingreso urgente (es aquel que se realiza habitualmente en la áreas de urgencias, aunque su indicación puede llevarse a cabo desde el área de consultas externas, o haber sido establecido en el transcurso de un procedimiento ambulatorio o una prueba diagnóstica) e ingreso no urgente (es aquel ingreso concertado con fecha anterior a la urgencia, independientemente de si el paciente está en lista de espera o procede de un área o servicio que no tiene demora de ingreso, se realiza habitualmente con una orden de ingreso programada);
- 10) Número de visita en la clínica;
- 11) Financiación en cada visita *: particular, obra social o prepaga (independientemente de que la clínica trabaje o no con la respectiva obra social o prepaga que posee el cliente). Se refiere a la entidad o institución que financia el episodio del paciente;
- 12) Circunstancia de ingreso en cada visita *;
- 13) Diagnósticos principales y secundarios que el paciente presenta en cada visita *: están referidos a la afectación detectada en el paciente luego de la realización de los estudios necesarios. Se establece como la causa del ingreso hospitalario o del episodio ambulatorio, de acuerdo con el criterio clínico que atendió al paciente, aunque durante su episodio asistencial hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afectaciones independientes, las cuales incluso se consignarán como diagnósticos secundarios. Se recogerán los diagnósticos que coexisten con el principal, en el momento del ingreso hospitalario o del episodio ambulatorio, y aquellos que se desarrollen a los largo del episodio asistencial, que influyen en la duración del mismo o en el tratamiento administrado;
- 14) Enfermedad detectada en cada visita *;
- 15) Centros / áreas o sectores de la clínica por las que atraviesa *;
- 16) Procesos médicos / no médicos realizados, incluyendo el centro o área donde se realizan y el tiempo de duración de los mismos *;
- 17) Prestaciones y actividades médicas / no médicas realizadas, incluyendo el centro o área donde se realizan y el tiempo de duración de las mismas *;

- 18) Materiales descartables y no descartables / insumos / fármacos consumidos * ;
- 19) Identificación de médico/os que atendieron al paciente: Nombre, apellido y especialidad de los médicos que realizaron las prestaciones médicas, incluyendo el centro o área donde actúa *;
- 20) Circunstancia o causa en el momento del alta * con identificación del médico responsable del alta, permitiendo la identificación del facultativo responsable del proceso asistencial;
- 21) Duración de la estancia; y
- 22) Fecha de alta

Aclaración: * Todos estos datos deberán estar codificados para que el ingreso de este tipo de información en el sistema fuera realizado con mayor facilidad y rapidez. El proceso de codificación constituye el núcleo fundamental del sistema de información.

Los ítems mencionados forman parte, entre otros, del conjunto mínimo básico de datos referido a los pacientes de una clínica. La implementación del registro de una historia clínica completa permite la existencia de una historia clínica única por paciente, lo cual garantiza que se realice para todos los pacientes dados de alta en la clínica, una adecuada extracción, codificación y verificación de datos, y asegurar un adecuado análisis de la información.

Los puntos 1 al 7 hacen mención a datos personales del paciente, mientras que los puntos 8 al 22 corresponden a información que debe registrarse cada vez que el paciente ingresa a la clínica, pase por una o más unidades o centros, y finalmente sea dado de alta.

Los datos de los pacientes pueden entonces clasificarse en:

- ❖ *Administrativos:* permanecen constantes, es decir, se mantienen independientemente de la cantidad de veces que el paciente ingresa a la clínica;
- ❖ *Asistenciales o clínicos:* son propios y característicos de cada episodio, y por consiguiente cambiantes cada vez que ingresa y es dado de alta en la clínica.

Cada uno de los puntos deberá ser registrado por las siguientes personas:

- 1 al 11, 21 y 22 → Recepcionistas / personal administrativo
- 12 al 20 → Personal médico / asistentes del personal médico

La historia clínica constituye el documento primario, que para incluirse dentro del sistema de información debe de sufrir un análisis documental.

Para el punto 14) “Enfermedad detectada”, el personal médico deberá registrar en la base de datos la clase de enfermedad que posee el paciente. Para clasificar las enfermedades y por ende realizar un sistema de clasificación de pacientes, la clínica puede utilizar la “Clasificación internacional de Enfermedades (CIE - 10)”, utilizada actualmente en Argentina. Esta clasificación permite el uso del agrupador de pacientes, como lo es GRD: “Grupos Relacionados por el Diagnóstico”. El diseño y desarrollo de los GRD comenzó a finales de los años sesenta en la Universidad de Yale. Se desarrollaron con el objetivo de analizar la calidad de la asistencia médica y la utilización de los servicios en el entorno hospitalario. A partir de su creación comenzaron a sufrir modificaciones tratando de mejorar la clasificación inicial de enfermedades que se había realizado. Los GRD consisten en un sistema de clasificación de los pacientes ingresan en un hospital, a partir de la información contenida en la hoja de cierre de la historia clínica (CMDB), conformando grupos homogéneos en cuanto a consumo de recursos y con coherencia. El desarrollo de los GRD proporcionó el primer sistema operativo para definir y medir la complejidad del case mix de un hospital.

El término de complejidad del case mix hace referencia a un conjunto interrelacionado pero bien distinto de atributos de los pacientes que incluyen:

- *Gravedad de la enfermedad*: nivel relativo de pérdida de función y/o índice de mortalidad de los pacientes con una enfermedad determinada.
- *Pronóstico*: evolución probable de una enfermedad, incluyendo la posibilidad de mejoría o deterioro de la gravedad de la misma, las posibilidades de recaída y la estimación del tiempo de supervivencia.
- *Dificultad de tratamiento*: problemas de atención médica que representan los pacientes que padecen una enfermedad particular. Dichos problemas se asocian a enfermedades sin un patrón sintomático claro, enfermedades que requieren procedimientos sofisticados y técnicamente difíciles, y enfermedades que necesitan de un seguimiento y supervisión continuados.
- *Necesidad de actuación médica*: consecuencias en términos de gravedad de la enfermedad que podrían derivarse de la falta de una atención médica inmediata o continuada.

- *Intensidad de consumo de recursos:* número y tipo de servicios diagnósticos, terapéuticos y de enfermería utilizados en el tratamiento de una enfermedad determinada.

La complejidad casuística hace referencia a uno o a varios aspectos de la complejidad clínica. Una mayor complejidad del case mix significa una mayor gravedad de la enfermedad, mayor dificultad de tratamiento, peor pronóstico o una mayor necesidad de actuación asistencial. De acuerdo a lo mencionado, la complejidad del case mix hace referencia a la situación de los pacientes tratados y a la dificultad del tratamiento asociado a la asistencia médica.

La complejidad del case mix es primordial para indicar que los pacientes tratados precisan de más recursos, lo cual representa un costo más alto de la asistencia médica. La finalidad que posee los GRD es relacionar la casuística del hospital con la demanda de recursos y costos asociados incurridos por el hospital.

Para que la clínica pueda utilizar los GRD, en relación al punto 14 de información del paciente, es necesario desarrollar un sistema operativo que determine el tipo de pacientes tratados y que relacione cada tipo de paciente con los recursos que consumen. Si bien cada paciente es único, pueden formarse grupos de pacientes con atributos comunes: demográficos, diagnósticos y terapéuticos que determinan su intensidad de consumo de recursos. De esta manera, mediante el desarrollo de grupo de pacientes clínicamente similares y con una intensidad de recursos parecida, podemos distribuir a los pacientes en grupos significativos. Los GRD se desarrollan para que la clínica pueda poseer un sistema de clasificación de pacientes formado por grupos de pacientes similares, tanto en términos clínicos como de consumo de recursos hospitalarios.

El consumo de recursos de los pacientes en cada GRD debe ser similar para poder establecer una relación entre el case mix del hospital y los recursos que consume. Los pacientes en cada GRD deben ser similares desde un punto de vista clínico.

Los GRD se incluyen en el sistema de información de tipo clínico – asistencial que permite agrupar a los pacientes y conocer la producción y case mix hospitalario. Además, dentro del sistema de información general de la clínica, deberá incluir el sistema de información de contabilidad analítica donde se registran y asignan costos, información a utilizar en el desarrollo del costeo ABC. Para la administración y gestión se requiere de

sistemas que relacionen las características clínicas de los pacientes con los costos incurridos y que los sistemas sean factibles de aplicar a todos los pacientes hospitalizados.

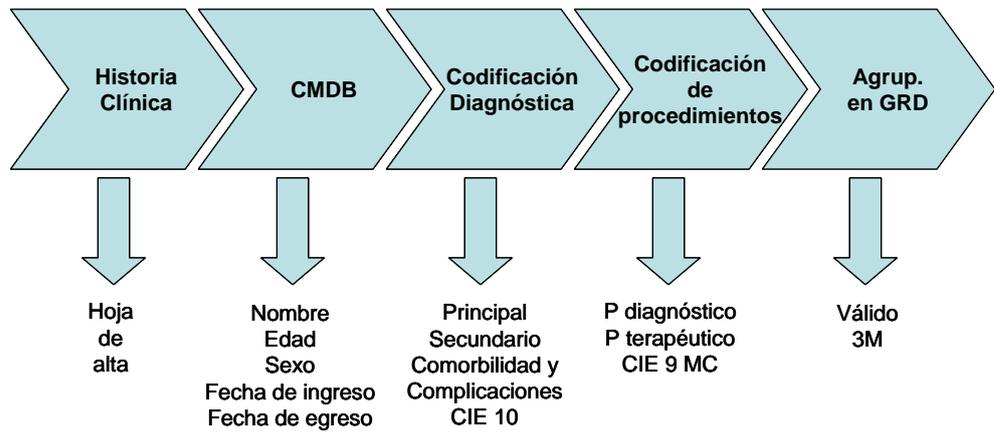
Es fundamental, que para la utilización de los GRD, existan ciertas condiciones, a saber:

- Información utilizada para la clasificación:* debe obtenerse de registros rutinarios en la clínica;
- Características del paciente utilizadas en la definición de los GRD:* deberían limitarse a la información recopilada de forma habitual en los informes del hospital;
- Número manejable de GRD:* Permite análisis comparativos con mayor facilidad;
- Contenido de la clasificación GRD:* pacientes con un patrón similar de consumo de recursos, y que fueran similares desde un punto de vista clínico (incluye procedimientos quirúrgicos realizados). El consumo de recursos de los pacientes en cada GRD debe ser similar para poder establecer una relación entre el case mix del hospital y los recursos que consume. Una intensidad de recursos similar significa que los recursos utilizados son relativamente parecidos para los pacientes en cada GRD.

Sin embargo, siempre existirá cierta variación en el consumo de recursos entre los pacientes de un GRD. Asimismo, los pacientes en cada GRD deben ser similares desde un punto de vista clínico. La coherencia clínica requiere que las características del paciente incluidas en la definición de cada GRD estén relacionadas con un sistema orgánico o una etiología común, y que sea una especialidad médica determinada la que normalmente proporcione la asistencia a los pacientes en dicho GRD. Deberán incluirse también todas las características disponibles de los pacientes que podrían llegar a afectar a la intensidad de recursos médicos empleados.

El proceso de obtención de los GRD es la historia clínica y el conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB). Se codifican los diagnósticos al egreso del paciente según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y los procedimientos con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Edición, Modificaciones Clínicas (CIE 9 MC), editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. La CIE – 9 utiliza tanto la etiología (causa y origen de la patología) como la forma de manifestarse la enfermedad, e identifica para cada enfermedad los procesos clínicos y la práctica hospitalaria necesaria.

- *Proceso de Obtención del GRD* [Revista Médica del Uruguay; 2008; Págs. 260 y 261]



De cada GRD se analiza la cantidad de egresos, el número de pacientes, la estancia (EM) en la clínica, el peso relativo del estándar (PRE) y los días/cama/ocupados (DCO).

- Composición del número IR-GRD

1-23		0-9	1-99		0, 1-3
1	2	3	4	5	6

- Primeros dos dígitos → 1-23: Categoría Diagnóstica Mayor (CDM). (Ver Anexo I)
- Tercer dígito → 0-9: tipo de IR-GRD.
- Cuarto + Quinto dígito → 0-99: números únicos de GRD para la CDM y el tipo de GRD.
- Sexto dígito → 0, 1, 2 y 3: subclase de severidad.

Ejemplos:

- 84171 HM (Hospitalizado Médico) Problemas médicos de la espalda
- 61131 HQ (Hospitalizado con procedimiento quirúrgico) Procedimientos sobre apéndice
- 174131 HM (Hospitalizado Médico) Quimioterapia.
- 64171 HM (Hospitalizado Médico) Dolor abdominal y otras gastroenteritis.

Si bien no representa la base para el desarrollo del costeo por actividades, es fundamental para el sistema de información la utilización de los GRD, ya que representa un método de agrupación de pacientes basado en las características significativas de los diagnósticos emitidos al momento del ingreso, los cuales permiten predecir el nivel de recursos que consumen los diagnósticos y tratamientos posteriores hasta el momento del alta. Las características significativas del diagnóstico provienen del paciente y de la enfermedad. Por

ello, un grupo de diagnóstico relacionado representa un conjunto de pacientes con una enfermedad clasificada etiológicamente (por su causa y sus manifestaciones), que demanda diagnósticos y tratamientos similares y consume cantidades similares de recursos.

Información de los procesos, prestaciones y actividades médicas / no médicas

Dentro de cada parte de la estructura de una clínica privada de salud se desarrollan periódicamente determinados procesos, actividades y prestaciones médicas / no médicas, que en su conjunto forman parte de los diversos servicios ofrecidos por la clínica al paciente – cliente. Cabe aclarar que los procesos, prestaciones y actividades no médicas son aquellas que hacen posible que los procesos, prestaciones y actividades médicas puedan llevarse a cabo, ejemplos: tareas administrativas, de limpieza, de seguridad, de mantenimiento, de recepción, etc.

Constituir un sistema de información apto para el desarrollo del costeo ABC implica incluir el detalle de todas las actividades que se desarrollan en cada una de las áreas, centros o sectores de la clínica. Cada clínica debería confeccionar una especie de manual de actualización periódica, en donde se establezca qué procesos, prestaciones y actividades se realizan en toda la estructura de una clínica. Estas pueden ser llevadas a cabo en centros principales o auxiliares y por personal médico o no médico. Considero fundamental que cada una de las actividades médicas y no médicas se encuentren registradas mediante un código que las identifique, teniendo en cuenta el sector que las realice, ejemplo: P-A1 (Centro Pediatría, actividad 1 = anamnesis) , C-A1 (Centro Cardiología, actividad 1 = anamnesis). La codificación de las actividades y prestaciones lo puede definir cada clínica individualmente, aunque sería ideal una estandarización general que posibilite en un futuro la realización de análisis comparativos.

Una vez definidos la totalidad de los códigos relacionados con cada uno de los procesos, prestaciones y actividades, la clínica debe plasmar todos estos datos en el sistema de información, es decir, conformar una base de datos en un sistema computarizado que permita a todos los empleados de la clínica a consultar y registrar lo que realizan diariamente. De esta manera, en el momento de costear los procesos, prestaciones y actividades médicas / no médicas, se dispondrá de información acerca de la cantidad (q) de veces que fueron realizadas cada una. Al conocer la variable “q” se pueden realizar distintos análisis, los que incluyen la creación y confección de indicadores de gestión. A su vez, será útil en el caso de que se considere necesario determinar un inductor de costos o cost-driver a través del peso relativo

que posee cada proceso, prestación o actividad dentro de cada uno de los centros o sectores de la clínica. El peso relativo se calculará de la siguiente manera: [Cantidad de veces realizada la actividad "n" del centro "x" / \sum cantidad de veces realizadas la totalidad de actividades del centro "x"] = % actividad "n" en el centro "x"

En el rubro de "servicios de salud", existe una cantidad inmensa y diversa de prestaciones y actividades médicas y no médicas que son difíciles de abarcar y codificar totalmente, sería algo muy costoso y de larga duración poder codificar la totalidad. Es por ello que es conveniente agrupar las actividades médicas y no médicas de acuerdo a características similares en común, ejemplo: por la cantidad y el costo de los recursos consumidos. Dentro de un mismo centro hay probabilidad de que existan prestaciones y actividades médicas similares, por lo que deberían estar agrupadas bajo un mismo código.

A su vez, en los diferentes centros existen actividades similares entre si por lo que se las puede identificar con el objetivo de compararlas al momento de asignar los costos directos e indirectos. Puede ocurrir que el mismo tipo de actividad, realizada en dos centros distintos, se diferencie de otro a causa de la remuneración del empleado médico / no médico que la realice, es por ello que este tipo de factores deberían estar identificados.

En cada uno de los centros de la clínica se presentan:

- Prestaciones
- Procesos
- Actividades

Estos ítems pueden ser médicos o no médicos (administrativos, seguridad, limpieza, etc.). Para la codificación de los mismos, los empleados del centro deberán en primer lugar identificar las **actividades** y registrarlas con su respectivo código en el sistema de información. En segundo lugar, se debe analizar las actividades codificadas y determinar a que **prestación** general corresponden. Por último y en tercer lugar, la totalidad de prestaciones realizadas en un centro deben ser identificadas con la denominación de un **proceso** que las identifique. De esta manera la cadena de información se presentará de la siguiente forma:

1° - Identificación + asignación de Código de los Procesos → 2° - Identificación + asignación de Código de las Prestaciones → 3° - Identificación + asignación de Código de las Actividades.

El nombre del proceso es el que va a representar el nombre del centro, y a partir del mismo se desprenderán diversas prestaciones, las que para poder llevarlas a cabo se deberán realizar una o más actividades.

Información de precios

La clínica deberá establecer el precio de cada una de las prestaciones que ofrece al paciente en cada uno de los centros de su estructura. El precio de la prestación estará asociado con el código asignado previamente a la misma. Como cada prestación está compuesta por diversas actividades (codificadas), la sumatoria del costo de cada una de ellas más un componente de ganancia (utilidad) debería resultar el precio de la prestación. La suma del costo y margen de utilidad de las prestaciones resultarán el costo y precio del proceso.

El paciente, al ingresar en la clínica, puede recibir una o más prestaciones, compuesta por una o más actividades. En el caso que el paciente reciba más de una prestación y por ende más de una actividad, el precio que la clínica debería calcular y cobrar es: $\sum (\text{Precio prestación } n \times \text{Cantidad Prestación } n)$. Con el objetivo de disponer de esta información surge la necesidad de determinar el precio por cada una de las prestaciones y en consecuencia el costo correspondiente.

Información relacionada con el tipo de financiación del paciente

En Argentina, la mayoría de personas que visitan una clínica, un hospital o un médico particular se financian a través de: obra social, prepaga o particular. Porcentualmente, en Argentina, es mayor la cantidad de personas que disponen del tipo de cobertura obra social o prepaga que aquellos que hacen frente al pago de los servicios, relacionados con la salud, en forma particular.

Dado el contexto actual de Argentina, es imprescindible incluir en el sistema de información el dato de si el cliente / paciente dispone o no de obra social / prepaga o si afronta los gastos en servicios médicos en forma particular. Si bien el costo de cada prestación o actividad médica no difiere en función de este tipo de variable es importante tenerlo en cuenta a la hora de calcular la rentabilidad esperada.

En Argentina, como en muchos otros países, existe un nomenclador nacional, en el que se presenta una codificación de todas las prestaciones y actividades médicas con el respectivo

precio que una clínica, hospital o médico particular debería cobrar cuando el paciente recibe el servicio. Es una estandarización de los precios de mercado, lo cual posibilita que no haya diferencias de precios entre una clínica y otra. El análisis de si es conveniente o no para las clínicas el uso del nomenclador será un aspecto a evaluar particularmente en cada una.

Es menester decir, que la clínica al determinar el precio de las prestaciones y actividades médicas, a través de la determinación del costo más el margen de utilidad, será necesaria su comparación con el precio que impone el nomenclador nacional de obras sociales y prepagas. Puede que los precios difieran en mayor o menor medida, aunque es el análisis el que vale la pena realizar para entender cuáles son las prestaciones y actividades médicas que son o no rentables para la clínica, la cual en definitiva es una empresa que busca permanentemente maximizar la ganancia. A pesar de lo mencionado, la mayoría de clínicas tienen presente, al ofrecer la prestación y actividad médica, el factor social y no sólo los aspectos económicos y financieros.

Para poder realizar el análisis de rentabilidad correspondiente, es sustancial que en el sistema de información se registre:

- I. Código del nomenclador nacional de la prestación/actividad médica que recibe el paciente.
- II. Precio asociado, establecido por el nomenclador. Al colocar el código del nomenclador en el sistema puede que de forma automática aparezca el importe o precio asociado.
- III. Obra social o prepaga a la que pertenece el paciente. Puede asignarse un código por tipo de obra social o prepaga además de codificar el plan al que pertenece el paciente. También registrar si el paciente paga en forma particular.
- IV. Definir en cada uno de los centros que componen a la clínica, el código del nomenclador que se asocia al código de proceso / prestación / actividad médica definido preliminarmente por la clínica. Si bien es una tarea difícil de realizar, se trata de revisar mediante un equipo interdisciplinario de médicos las prestaciones codificadas por el nomenclador en contraste con las codificadas por la propia clínica. Es posible y sería óptimo clasificar los códigos establecidos por el nomenclador en algún código de proceso / prestación / actividad médica definido previamente por la clínica.

Desde mi punto de vista, el nomenclador nacional no ofrece homogeneidad en las prestaciones y actividades médicas, aspecto que si debería ofrecer la codificación presentada

por las clínicas privadas de salud. Se trata de simplificar al máximo posible aquellas prestaciones y actividades médicas de naturaleza similar. La variable que puede definir la homogeneización, tema a tratar en el siguiente capítulo, puede ser la cantidad y tipo de recursos que consume cada una de las prestaciones y actividades médicas.

Requerimientos tecnológicos del sistema de información

Para que el sistema de información funcione adecuadamente, requiere de:

- 1) Redes de comunicaciones: tipos de redes (intranet e Internet).
- 2) Equipos de cómputo (hardware)
- 3) Software de base: selección de programa con el que se programará el sistema, que debe ser amigable al usuario.

La función de un sistema de información es la de apoyar las actividades en los niveles operativos, tácticos y estratégicos dentro de una clínica. Con este objetivo se utilizan computadoras para recolectar, almacenar, procesar y comunicar información clínica y administrativa.

Los sistemas de información dentro de una clínica pueden ser de:

- FrontOffice: son los que apoyan a prestar servicios de salud. Son el conjunto de aplicativos enfocados al exterior de la empresa – institución, que están en contacto directo con el cliente – paciente.
- BackOffice: son los que soportan el funcionamiento de las diferentes áreas de la clínica. Son el conjunto de aplicativos enfocados al interior de la empresa – institución, que no están en contacto directo con el cliente – paciente.
- Sistemas clínicos: son los que automáticamente recaban datos clínicos del paciente.

Elaborar sistemas con alto grado de eficiencia y eficacia permite disponer de una herramienta fundamental para el respaldo de la toma de decisiones. Una vez que el sistema de información se encuentre computarizado, es elemental la continuidad de los registros.

El proceso de incorporación de tecnología en los sistemas de información permite dar soporte a:

- *Administración y finanzas*
- *Administración de la información:* permite tener toda la información necesaria sobre recursos para tomar decisiones estratégicas para la institución.
- *Gerenciamiento de procesos:* es en función del pleno control sobre cada una de las partes involucradas en los procesos de atención de la salud, tener la capacidad de actuar oportunamente para mejorar, apoyar y proteger los procesos decisivos de la institución con un programa de gerenciamiento de los recursos.

Los elementos claves que deben estar registrados dentro del sistema son: los elementos económicos o recursos que son utilizados para realizar actividades, el conjunto de labores y tareas elementales (actividades) cuya realización determina los productos finales de producción, y los generadores de costos (cost – drivers) que consisten en el elemento que explica por qué varía la cantidad de costos en la que se ha incurrido en el centro de costo o actividad.

El nivel de tecnología a instalar dentro de las clínicas dependerá de los recursos que tenga disponible cada una para invertir en este tipo de herramienta. En función de la tecnología instalada, el sistema de información podrá contener mayor cantidad de datos procesados a través de un software que se elija a conveniencia de la clínica. Será elemental la selección de softwares que posibilite:

- ◆ Ingreso constante de datos
- ◆ Codificación de datos
- ◆ Armado de base de datos
- ◆ Realización de consultas rápidas por parte del personal de la clínica
- ◆ Confeción de informes
- ◆ Confeción de indicadores a partir del cruce de información
- ◆ Seguridad de la información

Es elemental tener presente, en el momento de diseñar el sistema de información, que brindar un servicio de salud no es uniforme, es decir, varía en el sentido de que una actividad puede ser entregada con distinta intensidad (utilización de mayor o menor cantidad de recursos) dependiendo de las características del paciente. Cabe aclarar que, se debe simplificar el análisis de la información ya que un nivel de detalle excesivo hace que sea más compleja la

revisión y evaluación de todo tipo de información, y además no es conveniente desde un punto de vista de relación costo beneficio. Por ello, para que el sistema de información presente total utilidad se requiere la participación y experiencia de toda la organización, que constituye la clínica privada de salud.

Capítulo III:

Mapeo o listado de actividades médicas en relación a las patologías presentadas por los pacientes en clínicas privadas de salud “puras”

El objetivo del presente capítulo es *identificar o mapear las prestaciones y actividades médicas, para que el siguiente paso sea homogeneizarlas y conformar grupos de prestaciones y actividades médicas que se realicen para afrontar las patologías o síndromes que afectan a los pacientes.*

Las clínicas prestan sus servicios a pacientes que presentan diferentes patologías o síndromes, para las cuales deben ser identificadas las actividades o prestaciones médicas dentro de cada sector/área. Deberá evaluarse cuáles son las prestaciones / actividades médicas prevalentes en cada uno de los sectores para luego agruparlas u homogeneizarlas. La realización de las prestaciones y actividades médicas es en un tiempo promedio determinado, el cual debe ser medido a través de relevamientos que los mismos médicos deberán realizar.

Fundamentalmente, se detallará cómo mapear las prestaciones y actividades médicas que habitualmente se presentan en las clínicas privadas de salud con características “puras”. Estas prestaciones o actividades médicas forman parte del trabajo realizado por la clínica para afrontar las patologías o síndromes que los pacientes presentan. Es decir que, ante la presencia de una patología o síndrome en el paciente, la clínica deberá conocer con exactitud cuales son las actividades y prestaciones médicas que el paciente (cliente) necesita. Esto implica determinar los componentes de cada una de las actividades y prestaciones médicas: tipo de médicos que deben atender al paciente, los estudios a realizarse, la atención de enfermería necesaria, tiempos de cama promedio por paciente (medición de la unidad de tiempo), los medicamentos e insumos a consumir y la relación existente con el contratista del servicio (obras sociales, prepagas y particulares), aspectos que poseen una relación directa con la calidad del servicio. En esta etapa se detallarán las actividades y prestaciones médicas que cada uno de los centros de costos realiza, en forma independiente o en conjunto con otro/s centro/s de costo/s, lo que permitirá visualizar posteriormente con mayor claridad el costo de cada una de ellas.

A su vez, es importante determinar cómo clasificar las prestaciones y actividades médicas, asignándoles códigos que permitan realizar un listado o manual actualizable de las mismas y sus costos asociados. Es importante en esta etapa, determinar cómo clasificar las actividades y prestaciones médicas de acuerdo a su complejidad: alta, media y baja.

La clínica privada de salud como una organización

El análisis de una organización, como lo es una clínica privada de salud, involucra el examen de los tipos de relación entre las diversas áreas que la integran, los flujos de información que la caracterizan, la división interna del trabajo que presenta, y los grados de coordinación y jerarquización de funciones desde el punto de vista técnico-administrativo.

Las clínicas privadas de salud poseen ciertos conceptos que la caracterizan como organización, a saber:

- **Estructura organizativa:** es el esquema o soporte estructural de la organización. Incluye: organigramas, niveles de responsabilidad y decisión, y la delimitación de áreas y responsabilidades. Este tipo de organización se ha caracterizado históricamente por tener una estructura vertical, es decir, especializada y orientada hacia las unidades y servicios, buscando de esta manera una mayor eficiencia y efectividad en el desarrollo de sus tareas y actividades. Generalmente la estructura no permite tener una visión integradora de la organización, lo que genera que los administradores no conozcan muy bien cuál es la cartera de servicios y cuáles son sus tareas. No conocen con el suficiente nivel de detalle cómo la clínica desarrolla su actividad asistencial o si al flujo de pacientes se le prestan adecuadamente los servicios, es decir, pueden desconocer en gran medida como se diseña y ejecuta la cadena asistencial dentro de la organización.
- **Gestión administrativa:** supone las articulaciones y conexiones entre las partes de la estructura. Se encuentra expresado en las normas de procedimiento, los procesos de comunicación, la delegación de tareas y responsabilidades, la estructura, misiones y funciones, y los esquemas para toma de decisiones.
- **Sistema de información:** Recogen organizadamente los datos que se generan en los distintos lugares de la estructura, los codifican y estandarizan, los elaboran y los comunican transformándolos en información para la estadística, el control y la toma de decisiones. La contabilidad de costos y la contabilidad analítica deben cumplir con lo mencionado dentro de la clínica.

La empresa, clínica privada de salud, involucra un proceso de toma de decisiones por parte de profesionales con diferentes técnicas y formaciones, sobre la base de sus conocimientos y experiencias, que se toman individualmente ante cada paciente (cliente), con el nivel de incertidumbre y riesgo asociado que esto conlleva. Lo mencionado se ha ido acotando mediante protocolos de diagnóstico y tratamiento y metodologías de medición del producto hospitalario (case mix), ya que debe convivir con el proceso administrativo necesario para la supervivencia de la empresa.

Los sectores o centros de costos de las clínicas, tales como laboratorio, radiología, cardiología, o farmacia, se caracterizan por generar productos (servicios) perfectamente identificados y tipificados, que se utilizan como entrada al proceso clínico (diagnóstico, tratamiento o rehabilitación).

La función primordial de la clínica es el proceso clínico, y solamente abarcando la totalidad de este proceso será posible diseñar un modelo que permita organizar debidamente la empresa y controlar su gestión a través de la medición del producto que genera, y asignar correctamente los costos a los centros de responsabilidad pertinente. Para llevar adelante el sistema de información contable y posteriormente lograr confeccionar un costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud, es necesario conocer las distintas prestaciones y/o actividades médicas que se prestan a los pacientes por parte de los distintos centros de la clínica privada de salud.

Si bien es conveniente mapear la totalidad de prestaciones y/o actividades, esta tarea es realmente difícil dada la posibilidad de presentarse alguna enfermedad no tratada con anterioridad, y que a su vez requiera actividades y/o prestaciones médicas especiales. Por lo mencionado, es importante relevar, a través de encuestas, entrevistas y del sistema disponible las prestaciones / actividades médicas realizadas hasta el momento del relevamiento. Cabe aclarar que las actividades no médicas se pueden relevar con mayor facilidad si se consulta al personal y directorio de la clínica, ya que son generalmente las que no varían o no se modifican a lo largo del tiempo.

Al realizar el mapeo de las actividades y prestaciones médicas, primeramente se debe tener claridad acerca de los centros de costos o sectores de la clínica. Una vez determinado el organigrama (estructura de la clínica), se podrán visualizar las áreas de la clínica o los centros de costos que la componen. Para cada centro de costo se deberá detallar un listado de las prestaciones y actividades médicas que se llevan a cabo y que en definitiva constituyen los servicios brindados a los pacientes. Cada sector o centro de costo puede estar asociado al tratamiento de determinadas patologías, o bien a diagnosticar o cumplir la función del centro de costo auxiliar o de apoyo (ej.: Enfermería).

Como centro de costo se entiende a la unidad mínima de gestión que se caracteriza por tener actividades, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos propios, una responsabilidad definida y un código identificativo. La creación de centros de costos está atada a las características mencionadas anteriormente, siendo esencial que su creación sea

únicamente cuando sea necesario y con el único fin de poder calcular el costo del servicio que brindan.

Centro de Costo	Requisitos
1	Actividad/es
2	Único Responsable
3	Ubicación Física
4	Obejtivos Propios
5	Responsabilidad definida
6	Código Identificativo

Todos los servicios prestados por los centros de costos son los existentes en la clínica, los cuales pueden ser principales o auxiliares. Es claro que no se puede crear un centro de costo cuando sólo contiene un único costo (ej.: agua, luz).

Cada uno de los centros de costos contará con la prestación de uno o varios servicios, a otros centros de costos, al cliente (paciente) o a ambos. Dichos servicios, que con carácter general se constituyen como servicios clínicos, realizan una producción clínica final o intermedia (traslados de pacientes, Interconsulta, pruebas especiales). Los servicios intermedios como tales dejan de existir para dar paso a servicios finales, constituyéndose, por lo tanto, en servicios clínicos.

Los centros de costos pueden clasificarse en:

- ❖ **Estructural:** Aquellos que realizan una función de dirección y administración, y no generan un producto definido y facturable.
- ❖ **Intermedio / auxiliar / o de apoyo:** realizan una función asistencial, y poseen un producto definido y medible, pudiendo facturar internamente.
- ❖ **Finales o principal:** realizan una actividad principal, es decir, actividades y prestaciones clínicas dirigidas a los pacientes.
- ❖ **Intermedios / finales:** realizan actividades con función asistencial a otros centros y además actividades principales.

Ejemplo:

El centro de costo administrativo es un centro estructural que brinda asesoramiento a los demás centros. Finalmente, su costos (directos e indirectos) formarán parte de los costos de los demás centros.

Es importante que cada clínica defina sus centros de costos a partir de la correcta definición del organigrama y su organización productiva.

Pueden existir diversos problemas relacionados con la identificación clara de la estructura de una clínica, como por ejemplo:

- ❖ Los centros de costos no se hallan claramente delimitados o expresados en un organigrama, resultando de difícil identificación.
- ❖ Falta de procesos o modalidades claras en cuanto a la delegación de tareas, responsabilidades y autoridad.
- ❖ Ausencia de una definición clara de las actividades.
- ❖ Falencias en el proceso de facturación y cobranza: desconocimiento de la capacidad de facturación potencial y el bajo nivel de confianza real existente, debido a la inexistencia de normas claras, control de gestión y personal especializado y responsable de estas tareas.
- ❖ Falencias en el proceso de compras y gestión de inventarios: compra de insumos y materiales (descartables y no descartables) cuyo consumo no posee trazabilidad. Otro problema que puede presentarse es que la compra se realice en función de la disponibilidad presupuestaria y no de las necesidades reales, por lo que no se aprovechan las oportunidades del mercado y el poder negociador con los diversos proveedores.
- ❖ Falta de planificación y de políticas en la gestión de inventarios (o stocks), advirtiéndose una falta de relación causal entre este proceso y el de compras.
- ❖ Sistemas de información que no brindan información sistemática, oportuna, homogénea y comparable.

Prestaciones / Servicios / actividades médicas y no médicas

Al ingresar un paciente en una clínica privada de salud, precisa de las actuaciones coordinadas de muchos profesionales, muchas de las cuales son actividades o tareas directas, pero otras muchas son indirectas y las realizan profesionales que no se encuentran en relación directa con el paciente, pero que son imprescindibles para asegurar la atención del proceso. En el caso de que las actividades no se encuentren coordinadas, creará ineficiencias en la calidad del servicio.

En el organigrama se puede visualizar la distribución funcional de la clínica, mientras que los procesos, compuestos por actividades, requieren de la combinación de diversas funciones para poder ofrecer al paciente el servicio adecuado.

Es por lo mencionado que se requiere una visión horizontal o de sistema de la clínica para poder conocer cómo se desarrollan los procesos a través de los cuales se producen los distintos servicios. Es decir, que la clínica debe ser entendida como un conjunto de procesos que producen resultados de valor para los pacientes, en vez de cómo un conjunto de funciones separadas entre sí que intentan optimizar sus resultados sin tener en cuenta los objetivos finales de la organización.

Esta visión incluye factores como cliente, resultado del servicio y flujo de actividades o proceso. Si se considera a la clínica como un sistema, se debe pensar en la existencia de la interdependencia o relación directa e indirecta entre los centros de costos / procesos y actividades. La interacción entre cada una de las partes hace a la estructura del sistema y del conjunto de sus componentes. Si bien es importante conocer cómo están organizados estos componentes, las funciones que contienen, los objetivos, el entorno en el que actúan, y las metas que desean alcanzar, es aún mayor la importancia de los procesos y actividades que se realizan para alcanzar las metas que han sido establecidas.

Los servicios que brinda una clínica privada de salud son ampliamente variados. Esto dependerá también de la especialización que tenga cada una o si se trata de una clínica pura.

INSALUD (Instituto Nacional de la Salud – Madrid, España) menciona y normaliza determinados servicios que generalmente prestan los hospitales. Este listado de servicios puede ser utilizado como guía o base para desarrollar el listado o mapeo de actividades y procesos médicos en las clínicas privadas de salud. En el **Anexo II** se detallarán los servicios mencionados por INSALUD como servicios normalizados.

A efectos del costeo, se hace imprescindible que cada servicio o proceso médico sea asignado a un centro de costo y que cada uno disponga de una lista de actividades. Es conveniente que, tanto los centros de costos y actividades estén codificados en el sistema de información de la clínica.

Relación entre los servicios y su costeo

La función de la clínica es la prevención, el cuidado, y la cura del paciente. Pero cada paciente es diferente a otro y por lo tanto es diferente su proceso, aunque tenga la misma enfermedad o patología; pero existen otros motivos que hacen diferente un mismo proceso en distintas personas, como puede ser la edad, sexo, si se le realiza un procedimiento quirúrgico o tiene co-morbilidades asociadas.

La mayor parte de las prestaciones / actividades (médicas / no médicas) que se realizan en una clínica se dirigen directamente a los pacientes (clientes). Es al paciente a quien se le aplica un tratamiento clínico. La medición de cada tratamiento es compleja ya que incluye la valoración de cada una de las actividades llevadas a cabo y ofrecidas a un paciente. Además existe un volumen elevado de diferentes pacientes lo que genera que las actividades varíen y no se logre su estandarización.

Para poder enfrentar el problema mencionado, es necesario determinar cuales son las actividades que se realizan dentro de cada centro de costo conociendo el costo que cada una conlleva. Si bien, no es posible listar todas las actividades existentes, es imprescindible lograr cierta homogeneidad entre las mismas y así una simplificación en el costeo. A la inversa, puede también listarse las actividades que se llevan a cabo en los centros de costos para luego agruparlas en procesos / servicios (homogeneización).

Una vez listados los procesos / servicios de los que se encarga cada centro de costo, se deben listar las actividades que se realizan y que forman parte de los mismos (homogeneización). Esto es necesario para que en el momento de analizar los costos, sea posible conocer el costo de cada centro de costo (principal o auxiliar) y el costo que implica la realización de cada una de las actividades y por ende el de los procesos. Por último, al conocer el costo de cada actividad, se podrá calcular el costo por paciente mediante la suma de costos de cada una de las actividades que se le prestó en uno o varios centros de costos, y que constituyen uno o más procesos.

La historia clínica de cada paciente que se registra en el sistema de información es substancial para realizar el seguimiento de las actividades y su costo. Esta historia clínica representa un conjunto de formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud de una persona, suministrando al sistema de información, datos de la programación, control y evaluación de las actividades de salud que se realizan en la clínica.

La historia clínica es la base para conocer el costo incurrido por paciente, por ello se hace imprescindible un detalle exhaustivo de las actividades médicas (costos y tiempos) prestadas al paciente, desde el ingreso a la clínica hasta su egreso. Es por lo mencionado que, en la clínica, surge la necesidad de establecer normas formales, actualizables y conocidas por todo el personal sobre el cuidado en el registro de la información y archivo de las historias clínicas de uso en la clínica. Debe existir una sola historia clínica por paciente en la clínica, debiendo incorporar todo los datos relativos a la salud y prestaciones realizadas. Debe existir un diseño único para toda la documentación que forma la historia clínica.

Importancia de una clara visibilidad de la estructura de una clínica privada de salud

Para mantener actualizada la lista de procesos y actividades médicas que se realizan en la clínica privada de salud, es imprescindible poseer una estructura que permita visualizar la organización en forma clara y ordenada. Esto es posible a través de los organigramas y manuales de funciones. Generalmente, en las clínicas, la estructura es relevada y representada en una oportunidad o en un momento dado, mostrando en la actualidad una descripción desactualizada. El cambio es habitual en estos tiempos, por lo que los organigramas y manuales de funciones deben ser actualizados periódicamente. Los niveles de dirección y ejecución médicos y administrativos utilizarán estas dos fuentes para el estudio de las actividades médicas y no médicas que se realizan, de la forma en que está dividido el trabajo, quiénes lo realizan, de quiénes dependen, quiénes dependen de ellos, y qué información necesitan para poder decidir y hacer el trabajo diario. Esto servirá para realizar los cambios necesarios y dedicar los recursos necesarios para mantener actualizada la estructura organizacional de la clínica.

Para poder cumplir y dejar establecida una estructura organizacional actualizada, existen diversas técnicas, entre las que se pueden mencionar:

- ✓ *Diagramas de flujo de trabajo:* modelo basado en la disposición orgánica de los elementos componentes de un sistema administrativo, mostrando un flujo básico de la información y de los procedimientos operativos, detallando elementos de entrada, archivos, salidas que lo componen y en forma sintética los procesos que los vinculan.
- ✓ *Cursogramas:* representan por medios gráficos y con una simbología universal un sistema administrativo, atravesando todos los sectores por donde la

información se traslada, detallando los sectores involucrados, las personas que actúan como emisores y receptores de la información.

En lo que respecta a la determinación de costos en una clínica, es importante contar con un buen sistema contable que represente la totalidad de la estructura. El cambio constante en el mercado, hace que la clínica se vea obligada a reexaminar el sistema que utilizan para determinar los costos producidos en la atención a los pacientes, y analizar el comportamiento de costos incurridos en los diferentes servicios. El costeo basado en actividades, contrariamente al costeo tradicional, permite analizar en mayor detalle los costos haciendo foco en las actividades médicas y no médicas de mayor y menor influencia. Para reducir costos o lograr que los mismos se mantengan en equilibrio con el margen de ganancia esperada, los directivos de una clínica deben disponer de información clara, detallada y actualizada en relación a la totalidad de los costos.

El mapeo de actividades médicas y no médicas, conjuntamente con los centros de costos asociados, debe permitir conocer el costo con una adecuada desagregación dependiendo de la variabilidad de sus componentes. Esto permite, a su vez, poder asignar la responsabilidad sobre los costos a los que tienen efectivamente el control de los mismos, y estructurar centros de responsabilidad (centros de costos) adecuados para ofrecerles a estos individuos el incentivo apropiado para que se sumen al esfuerzo de controlar los costos, analizando todas las actividades dependientes del mismo.

El sistema de contabilidad de costos debe permitir el seguimiento de cada paciente durante su tratamiento, registrando todos los procesos, las actividades y los recursos que se utilizaron. De esta manera, suministra cifras de costos por cada actividad y agrupa costos por procesos, brindando a los responsables información oportuna para la toma de decisiones.

Para finalizar, es fundamental tener presente que el mapeo de actividades realizado en cada centro de costo de una clínica se hará con la ayuda del responsable y demás personal de cada uno de ellos.

Capítulo IV:

Homogeneización de actividades médicas / no médicas

En el presente capítulo se fundamentará la siguiente hipótesis: *Homogeneizar las prestaciones o actividades médicas llevadas a cabo dentro de cada uno de los centros de costos de la clínica, de acuerdo a las patologías o síndromes que presentan los pacientes, facilitará la aplicación del modelo de costeo ABC.* Las prestaciones o actividades médicas son aquellas brindadas a los pacientes en forma directa o indirecta en la clínica, y de las cuales debe poseerse información estadística en el sistema de información (posible fuente: Ficha médica o Historia clínica). Las patologías o síndromes, que afectan a los pacientes, deberán estar asociadas a actividades médicas que fueron llevadas a cabo para combatirlas.

En la clínica se realizan una serie de actividades médicas y no médicas en distintos centros de costos, los cuales deben ser identificados con el fin de entender en donde se

origina, continúa y finaliza un proceso. Es decir, que cuando a un paciente se le diagnostica una patología al ingresar en una clínica, será útil conocer cuáles son las actividades médicas y no médicas asociadas que serán realizadas, que procesos constituyen y cuáles serán los costos relacionados. Por otro lado, ya se ha mencionado que la clínica es una estructura compuesta por centros de costos y que dichos centros poseen diversas actividades, por lo que para formar un proceso se debe reunir a un conjunto de actividades médicas y/o no médicas.

Las clínicas prestan sus servicios a pacientes que presentan diferentes patologías o síndromes, para las cuales deben ser identificadas las actividades médicas y no médicas dentro de cada centro de costo que permitan brindar el proceso o servicio médico que combata la enfermedad. Deberá evaluarse cuáles son las actividades necesarias para cumplir con un proceso completo y así poder agruparlas.

La realización de actividades médicas y no médicas requiere la utilización de recursos, directos e indirectos, ejemplo: materiales (descartables y no descartables), horas de utilización de los equipos, horas de personal médico, energía, estructura, etc. Cada actividad que se realiza para conseguir la prestación de un servicio hacia el cliente (paciente) representa un costo determinado. Si se quiere conocer el costo total de un proceso será necesario sumar los costos de cada una de las actividades que lo componen. Cuando un paciente sea atendido por ejemplo en el centro de costo medicina general y se le realice el proceso diagnóstico, para conocer el costo atribuible al paciente se deberá sumar el costo total (directo e indirecto) de cada una de las actividades concernientes a dicho proceso.

La homogeneización de actividades para formar procesos permitirá de manera sencilla llegar a un costo aproximado por paciente y por tiempo, lo que posibilitará la toma de decisiones con rapidez. En la homogeneización de actividades también se deberán identificar las características de las actividades, como por ejemplo: costos, objetivos / metas, complejidad, tiempos promedio y otras características, formando así un grupo homogéneo que se denomina proceso.

Un proceso puede ser definido como un conjunto de actividades lógicamente interrelacionadas y ordenadas que actúan sobre unas entradas y que van a generar un resultado preestablecido para unos usuarios identificados. Consiste en unas entradas, unas tareas que se realizan para alcanzar las metas que han sido establecidas.

Los procesos estarán definidos entre cada centro de costo de la clínica y serán ofrecidos o prestados a diferentes pacientes. Estos procesos podrán clasificarse en:

- **Primarios:** son las actividades asistenciales que se realizan directamente sobre los enfermos con el propósito de prevención, promoción o mantenimiento de la salud, ejemplos: diagnóstico, cuidados, tratamiento, rehabilitación.
- **De apoyo:** son aquellos esenciales para una gestión efectiva de la organización, ejemplos: presupuestación, reclutamiento de personal, mantenimiento.
- **De Gestión:** son aquellas actividades realizadas por los administradores para mantener los procesos de apoyo, ejemplos: distribución de recursos, establecimiento de objetivos, auditorías, controles.

Los procesos primarios, que constituyen los servicios de asistencia, son los procesos básicos de la clínica y sin ellos la clínica no tendría motivo de existencia. En función de estos procesos se mueve la totalidad de la estructura organizativa, teniendo en consideración los siguientes aspectos:

- ✚ **Paciente:** constituye la entrada que inicia el proceso, el elemento donde se realizan las actividades y el cliente que valora el resultado.
- ✚ **Proceso:** secuencia de etapas o flujo de actividades para diagnosticar, cuidar o tratar una enfermedad. Todas las actividades que se realizan para completar el proceso deben ser necesarias para conseguir el resultado deseado.
- ✚ **Tecnología, instalaciones, equipos y materiales:** además pueden incluirse otros recursos necesarios para conseguir el resultado deseado.
- ✚ **Profesionales:** realizan las actividades que proveen la asistencia.
- ✚ **Resultados:** en términos de estado de salud, satisfacción y costos.
- ✚ **Otros clientes:** familias, administradores y otros grupos interesados en los resultados.

Los procesos poseen determinadas características, a saber:

- 1º. Definible → El proceso debe ser documentado, incluyendo: descripción y código de las actividades que lo componen, métodos para realizar actividades de acuerdo al manual de funciones, planes de control, metas, clientes, necesidades que intenta satisfacer, especificaciones de las entradas y de los

resultados, quién es responsable o autoridad para modificar el proceso, relación o interrelación con otros procesos.

- 2º. Ejecutable → poder de llevarlo a cabo respetando su secuencia y logrando los resultados para el que fue creado.
- 3º. Predecible → en relación a los resultados finales.
- 4º. Codificable → El proceso debe tener asociado un código para que su registración en el sistema de información sea realizado con mayor facilidad.

Para que la clínica funcione como un sistema integrado será necesario que los procesos estén integrados. Pueden existir procesos primarios interfuncionales ya que interviene la función médica, la de enfermería, los servicios de apoyo y la de gestión. Es decir que, un proceso puede estar compuesto por actividades que se desarrollan en distintos centros de costos o que se llevan a cabo dentro de un solo centro de costos. En la realización de un proceso pueden participar uno o más centros de costos, lo que requiere de una integración a nivel clínica.

Para el caso de los procesos interfuncionales se hace necesario conocer las relaciones internas entre los centros de costos, debiéndose consensuar y definir los requisitos y estándares que deben regir todas las interacciones que se producen con el fin de que el resultado final sea el previsto. Entre los centros de costos se establece una relación proveedor-cliente, pudiendo cumplir una doble función: proveedor y cliente en un mismo proceso.

En este tipo de procesos participan distintos profesionales y centros de costos, lo que hace esencial que todas las personas que trabajan conjuntamente deben estar comunicadas y coordinadas entre sí, tal que la información fluya libremente independientemente del centro de costo al que pertenezcan. Con el objetivo de que la organización se encuentre integrada de forma correcta se debe conocer con detalle como son las relaciones internas que se establecen para cada proceso.

Es menester decir que cada proceso está compuesto por actividades, y que el resultado de cada actividad condiciona la realización de la siguiente actividad. Cada actividad posee un responsable de ejecutarla y el resultado que consiga obtener influirá en la siguiente actividad a realizar con la cual se encuentra relacionada. De esta manera, dentro del proceso se establece una cadena de proveedores y clientes internos.

Ejemplo → Diagnóstico de un enfermo: El médico clínico responsable (dentro del centro de costo “Medicina General”) pide a Laboratorio la realización de una prueba. El médico actúa como proveedor del laboratorio que es su cliente. Laboratorio le informa de los requisitos que debe cumplir la petición, con el fin de que el resultado de su actividad sea de acuerdo con lo que está previsto. Una vez realizada la prueba, el laboratorio envía al médico clínico los resultados. En esta última situación, el laboratorio es el proveedor y el médico clínico el cliente. El médico clínico como cliente espera que el informe de los resultados de la prueba cumpla con unos requisitos en cuanto a certeza, precisión, tiempo, claridad.

En el ejemplo mencionado, cada participante posee un doble rol: es proveedor y cliente. Con el objetivo de que las actividades se realicen correctamente, se deben consensuar y definir los requisitos y estándares que deben regir todas las interacciones que se producen a nivel de la organización, con el fin de que el resultado final sea el que se tenía previsto. Si se cumple lo antedicho el proceso estará integrado.

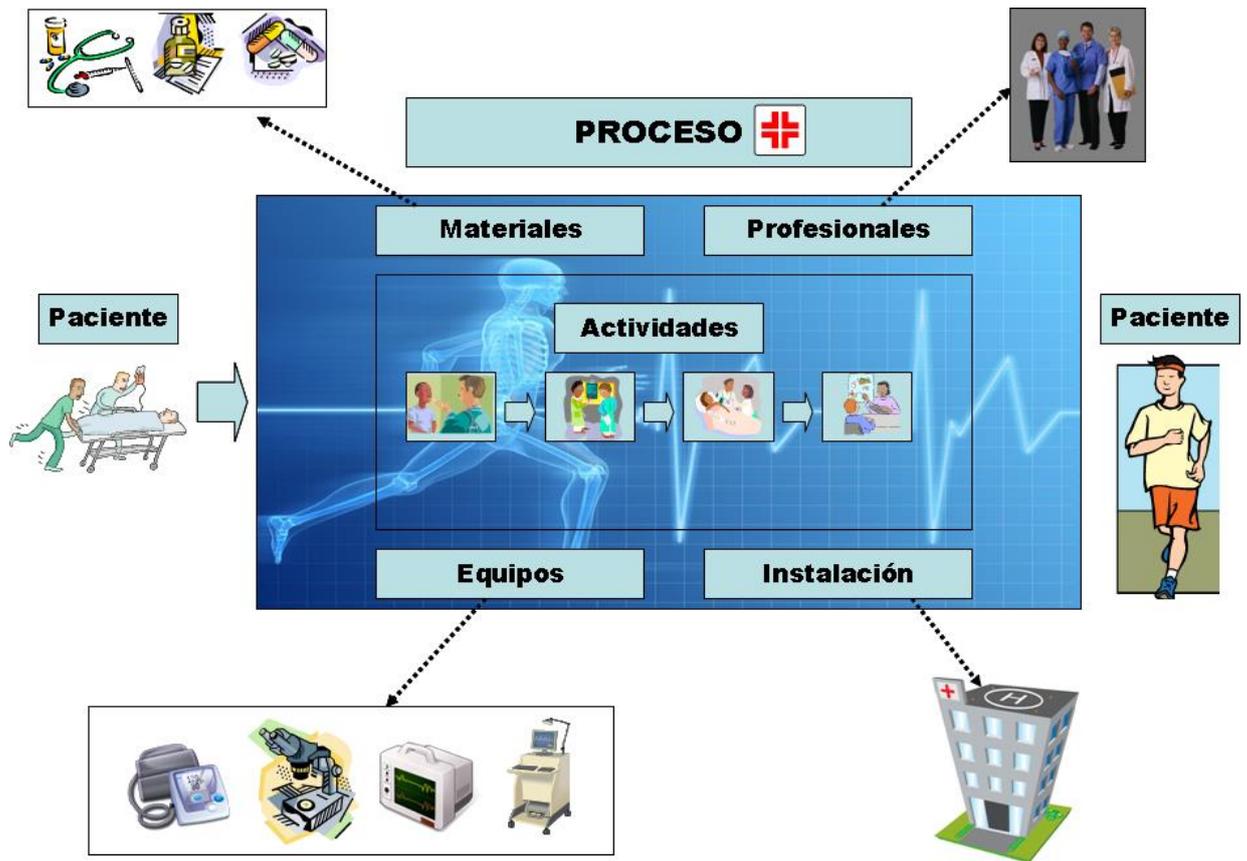
El diseño de un proceso para representar la secuencia de actividades con las que está compuesto, se puede realizar mediante herramientas como: Diagrama de flujo o Mapa de proceso.

- **Fujograma:** es el primer nivel de información del proceso. Debe ser elaborado para todos los procesos y para todos los niveles de jerarquía del proceso. Los elementos que se deben introducir en el Flujograma son la secuencia de actividades que se realizan y las personas o equipos que realizan estas actividades.

- **Mapa de un proceso:** es una representación del Flujograma del proceso, al que se le añaden los centros de costos participantes, y las metas e indicadores a medir y conseguir en cada uno de los puntos críticos del proceso. Para elaborar este mapa se requiere cumplir con las siguientes etapas: 1) Identificación de los centros de costos que participan, ejemplo: para un proceso asistencial incluir todos los centros (medico, enfermería y de gestión) y personas intervinientes. Además se deben identificar todas las entradas y salidas del proceso. / 2) Determinar la secuencia temporal de las actividades y el centro que la realiza. / 3) Puntos de inspección y medición, junto con los indicadores a construir y las metas a alcanzar. / 4) Nombre del proceso: breve descripción de lo que hace el proceso y quién es el responsable del proceso. /

5) Cuándo se inicia, que incluye, y cuando finaliza. / 6) Relaciones con otros procesos, y con otros clientes.

Gráfico de Proceso

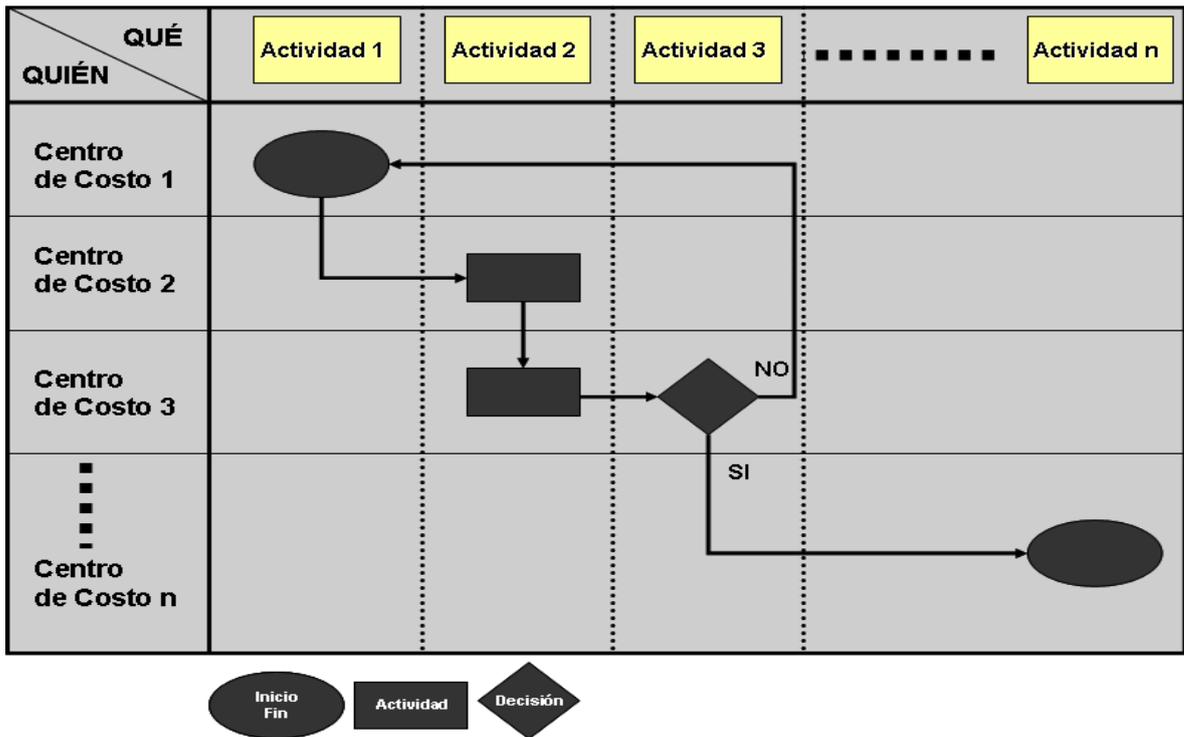


En este gráfico se pueden visualizar los elementos que componen cada proceso:

- ⇒ Materiales
- ⇒ Profesionales: médicos y no médicos
- ⇒ Actividades
- ⇒ Equipos
- ⇒ Instalación

El paciente atraviesa por el proceso para recibir la prestación de los servicios que ha solicitado o requerido de acuerdo a la patología que presenta.

Gráfico del Mapa del proceso:



Para documentar el proceso pueden utilizarse ambas herramientas, tanto el flujograma como el mapa del proceso. Un proceso puede consistir en un conjunto de actividades diagnósticas, de tratamiento y organizativas que son específicas para un conjunto homogéneo de pacientes que presentan la misma condición clínica. En el proceso se debe especificar el centro de costo que es responsable de la realización de cada actividad, la duración de las actividades y los resultados que se desean conseguir. Para definir o agrupar el conjunto homogéneo de pacientes es útil la registración en la historia o ficha clínica de los GRDs (grupos relacionados de diagnóstico), a través de los cuales se define la condición clínica de los mismos.

Existen ciertos aspectos a tener en consideración en el momento de preparar el diagrama de flujo o mapa del proceso:

- ✚ Todos los participantes del proceso deben conocer el proceso, el peso relativo e importancia que tienen las actividades para conseguir el resultado deseado.
- ✚ Fijar las necesidades de cooperación entre todos los participantes del proceso.
- ✚ Establecer por escrito los procedimientos o instrucciones de cómo realizar cada una de las actividades incluidas en el proceso.

Los componentes esenciales de un proceso son:

- I. Personal con sus características particulares
- II. Equipos
- III. Instalaciones
- IV. Materiales descartables y no descartables
- V. Estructura
- VI. Información
- VII. Métodos para la realización de las actividades y tareas
- VIII. Condiciones de trabajo

Estos componentes poseen un grado de variabilidad y es necesario cierto grado de control sobre ellos. Se debe crear un control del proceso basado en la vigilancia de la variabilidad de los componentes y en la retroalimentación cuando el proceso excede de las tolerancias permitidas. El análisis de la variación en la práctica clínica es fundamental para la gestión de la calidad, aunque esta variación muchas veces es defendida como parte de la medicina, de su autonomía profesional. Es importante tener en cuenta que la variación sin justificación es el origen de los costos de no calidad. Toda variación existente debe tener una explicación, la cual deberá ser registrada en el sistema de información desarrollado en la clínica.

El mapeo de los procesos y el registro de la ejecución de los mismos lleva a la optimización de cada una de las actividades que componen al proceso, pudiendo conseguir resultados óptimos tanto para el usuario como para los profesionales implicados y los restantes grupos interesados en el servicio.

Para la consecución de una mejor optimización de los procesos, se requiere el análisis de cada una de las actividades que componen el proceso y seleccionar aquellas consideradas críticas o claves para la obtención de resultados (características de salud, satisfacción y costos). La identificación de las actividades significativas o claves permite conocer con claridad las tareas que se realizan en la clínica, determinando los costos afectados a las mismas y la forma en que se ejecutan. La integración de las actividades que conforman un proceso ejecutado en uno o varios centros de costos conduce a mejorar continuamente la oferta de servicios o productos que satisfacen al cliente interno y externo.

Una buena metodología a implementar es el desarrollo de protocolos clínicos, asimilable a un manual de procedimientos en los que se relacionan los pasos a seguir para la

realización de cada proceso. El objetivo de los protocolos es el desarrollo de mejores prácticas para los procesos realizados y asegurar una alta calidad de atención. Estos protocolos incluyen una descripción de los recursos consumidos por un proceso determinado. El sistema de costeo basado en actividades permite el desarrollo de protocolos como parte integrante de un sistema de gestión.

Asimismo, en relación a las actividades que componen cada proceso, se debe tener en cuenta al **nomenclador nacional de obras sociales y prepagas (Plan médico obligatorio – PMO - Argentina)**, el cual presenta una lista de estudios médicos que pueden realizarse al paciente en los distintos centros de costos y a través de diversas actividades. La asociación de estos estudios / prácticas con actividades y posteriormente con procesos es esencial para que luego pueda lograrse el conocimiento integral de la información de la clínica. Se trata de buscar la relación existente entre cada estudio / práctica con la actividad o directamente con el proceso correspondiente. Es una forma de relacionar la facturación con el costo.

Capítulo V:

Asociación del nomenclador nacional de obras sociales y medicina prepaga a las actividades y procesos médicos realizadas en la clínica privada de salud

La hipótesis a analizar en el presente capítulo es la siguiente: *La asociación del nomenclador nacional de obras sociales con las actividades y procesos médicos que se realizan en una clínica privada de salud, posibilitará comparar la facturación / cobro por servicio con el costo que su realización implica.*

Actualmente en Argentina, las clínicas privadas de salud poseen distintos tipos de financiación disponibles para los pacientes (clientes), los cuales se describen a continuación:

- **Efectivo:** El menor % de los cobros se realiza de esta forma. La atención al paciente privado es aquel que no tiene ninguna cobertura, o en su caso, es el profesional quien no atiende a través de sistemas prepagos o de obras sociales. El paciente no pertenece a ninguna obra social ni sistema prepago, por lo que la atención es directa.

La mayoría de la población en la Argentina posee obra social y medicina prepaga, dado que los precios o tarifas de las prestaciones médicas son elevados en relación al poder adquisitivo de los habitantes. Cada persona dispone, con el pago mensual de la obra social y medicina prepaga, de una cobertura médica que difícilmente le sea accesible mediante el pago en efectivo.

- **Obra social y medicina prepaga:** El pago mensual de una cuota permite a las personas disponer de obra social y medicina prepaga. En el caso de que se trate de un trabajador en relación de dependencia, existe la obligación por parte del empleador de retener (retención efectuada sobre el sueldo bruto del empleado) y contribuir (carga asumida por el empleador y calculada sobre el sueldo bruto del empleado) a favor de una obra social y medicina prepaga seleccionada por el empleado. Las clínicas privadas de salud reciben la mayor parte de sus cobros mediante este tipo de financiación.

Las empresas de medicina prepaga facturan a sus clientes un canon mensual. El médico le factura a la prepaga según el método convenido. El paciente está afiliado a un servicio de medicina prepaga, por lo cual, la facturación se hará a esta, lo cual puede ser reemplazado por una liquidación.

Generalmente las empresas de medicina prepaga otorgan un reintegro por las prestaciones que ellas no brinden o bien por utilizar servicios que no están en cartilla. Se suelen denominar sistemas abiertos.

La ley 18.610 del 23 de febrero de 1970, instituyó el sistema de obras sociales basado en la asistencia mutual solidaria, a partir de las agrupaciones laborales de los sindicatos, como

también desde las agrupaciones de empresarios para los empleados que estuvieran fuera de los convenios colectivos de trabajo, profesionales y empresarios independientes.

En el caso de trabajadores en relación de dependencia, existen obras sociales reguladas actualmente por las leyes 23.660 (obras sociales) y 23.661 (seguro nacional de salud). Se trata de asociaciones sin fines de lucro, creadas para permitir el acceso a coberturas de salud a los trabajadores activos del país, en relación de dependencia, con aportes obligatorios determinados por ley. Este sistema se encuentra fiscalizado por la Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSal), organismo de control y nivelador de problemas financieros de las obras sociales a través de un fondo compensador creado con un porcentaje de los aportes obligatorios al sistema.

Los empleadores aportan obligatoriamente al sistema de obras sociales el 6 % de los haberes sujetos a aportes y contribuciones (sueldo bruto). Por otro lado, el 3 % de los haberes sujetos a aportes y contribuciones (sueldo bruto) es retenido a los empleados. De la suma del 9 %, el 90 % se destina a la obra social y el 10 % restante a la ANSSal.

En el caso de trabajadores autónomos o sin relación de dependencia no existe obligación de aportes al seguro de salud, salvo los realizados al PAMI, a través del pago de los aportes jubilatorios obligatorios. Si no optan voluntariamente por contribuir a una organización de salud, no cuentan con seguro para contingencias.

Las organizaciones que permiten gozar de servicios de salud a estos trabajadores son:

- Obras sociales
- Empresas de medicina prepaga: empresas organizadas como sociedades comerciales, salvo las que dependen de fundaciones o asociaciones profesionales médico asistenciales (sin fines de lucro).
- Institutos provinciales: especialmente familiares de los empleados provinciales.

En lo que respecta a los jubilados y pensionados, se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) "PAMI". Este instituto se financia con los aportes obligatorios de los trabajadores activos en relación de dependencia o sin ella, como también de contribuciones de los propios jubilados y pensionados.

Financiación del PAMI →

Financiamiento	%
Aporte empleador	2%
Aporte empleado	3%
Autónomos	5%
Aporte Jubilado	3%

Para los jubilados y pensionados existen aportes de los trabajadores activos. Un 2 % del total de haberes sujetos a aportes y contribuciones está a cargo de los empleadores y un 3% de los empleados. Los trabajadores autónomos depositan un 5 % de acuerdo a la categoría y escala determinada por la Dirección General Impositiva (DGI). Los jubilados y pensionados hacen un 3 % de contribución de sus haberes.

Los beneficiarios del sistema son los siguientes:

- 1- Hospitales Públicos
- 2 - Institutos provinciales
- 3 - Obras sociales
- 4 - Prepagas
- 5 - PAMI

La clínica privada de salud puede tener clientes (pacientes) que se financian de diferentes formas:

- ✚ Asociación directa a la clínica con una tarjeta médica propia
- ✚ Asociación a tarjetas de medicina prepaga que incluyen algunos de los servicios brindados por la clínica dentro de la cartilla médica. Incluye adhesión a obra social.
- ✚ Convenio con algunas empresas de la zona, para atención de urgencias, medicina prelaboral y laboral.

Para los casos en los que el paciente (cliente) efectúe su pago mediante obra social y medicina prepaga, a nivel nacional existe un nomenclador en el cual se determinan los valores estándares de cada estudio / práctica.

Nomenclador de prestaciones médicas

El Nomenclador de prestaciones médicas es el catálogo de nombres de técnicas médicas destinadas al tratamiento de una enfermedad o patología. No implica la adición de un significado de cada técnica ni la descripción de los procedimientos de la misma.

❖ Origen

- ✓ La sanción de la ley de obras sociales (23.660) establece un piso obligatorio para el impuesto al salario, dejando su administración a cargo de los sindicatos respectivos e impartiendo en sus anexos normativos y obligaciones para su seguimiento por las obras sociales.
- ✓ Como autoridad de aplicación de la citada ley en su artículo 25 se crea la dirección nacional de obras sociales – DINOS - que verifica la aplicación de la respectiva ley.
- ✓ Se faculta a la Administración Nacional del Seguro de Salud – ANSSAL – como autoridad de aplicación del sistema nacional de seguro de salud – y la faculta para dictar las normas y procedimientos para aplicar sanciones por incumplimiento de las obligaciones de las obras sociales.
- ✓ Se crea el Instituto Nacional de Obras Sociales – INOS – como organismo regulador de todo el sistema y administrador del fondo de redistribución.

❖ Función del nomenclador

Para poder cumplir con el objetivo principal que es la regulación de todo el sistema de Obras Sociales, se diseña y se aplica el nomenclador de prestaciones médicas como uno de los instrumentos para controlar el cumplimiento de las obras sociales de sus obligaciones médicas asistenciales estableciendo en el mismo las pautas a tener en cuenta al momento de:

- Listar, clasificar y describir las prestaciones médico-asistenciales
- Individualizar unívocamente una prestación
- Valorar una prestación
- Asociar procedimientos, pautas y entidades relacionadas a la valorización y normas de cobertura e interpretación de una prestación médica-asistencial.

❖ Estructura del Nomenclador

Una prestación médico asistencial es cualquier prestación médica simple o compleja que se realiza a una persona como parte de un tratamiento. En general y salvo excepciones,

son las que no son divisibles en el tiempo de ejecución. Ejemplo: Consulta, electrocardiograma, sesión de fisioterapia respiratoria. Estas prestaciones no se pueden realizar en partes; o sea no se puede hacer media consulta (o cobrarla). Por lo tanto, en el nomenclador nacional están representadas todas las prestaciones medico-asistenciales simples enumeradas según un código único para cada una de ellas.

El nomenclador consta de:

- *Secciones principales:* son las destinadas a clasificar e identificar las prestaciones médicas (Análisis clínicos, Quirúrgicas, Odontológicas, Especializadas).
- *Secciones secundarias:* permiten la consulta de aspectos relativos a las 4 secciones principales.

En las 4 secciones principales se han agrupado a las prestaciones médicas individuales según el sistema orgánico a tratar o según la patología o la especialidad del profesional que realiza cada práctica adoptando para clasificarlas el método decimal posicional de seis dígitos. Es decir, que se ha codificado cada práctica con un número de 6 cifras en el cual los dos primeros representan el grupo de prácticas relacionadas con el sistema orgánico a tratar, las dos segundas cifras corresponden a un subgrupo dentro del mismo y las dos últimas particularizan la prestación propiamente dicha; pudiendo existir este tipo de subgrupos o no en cada grupo según la diversidad de prácticas a clasificar dentro de los mismos.

Ejemplos:

⇒ 08.05.24 - *Apendicectomía*

08	05	24
Operaciones en el aparato digestivo y abdomen	Operaciones en el colon y el recto	Apendicectomía

⇒ 08.02.03 - *Hernioplastia inguinal, crural, epigástrica, umbilical, obturatriz, etc.*

08	02	03
Operaciones en el aparato digestivo y abdomen	Operaciones en la pared del abdomen, peritoneo y retroperitoneo	Hernioplastia

⇒ 10.07.09 - *Postioplastia (fimosis) incluye frenulotomía. Escisión de cuerda ventral.*

10	07	09
Operaciones en el aparato urinario y genital masculino	Operaciones en el testículo vaginal, cordón espermático y escroto	Fimosis

❖ **Partes que conforman la definición de una prestación médica**

Existen ciertas entidades o partes que participan en una prestación médica

Ejemplos:

- Consulta → es una práctica única e indivisible en el tiempo. Sólo necesita de un componente o entidad: habilidad del especialista para realizarla.
- Electrocardiograma → depende de la habilidad del médico y de que exista un aparato para realizarlo. Es decir, para esta práctica existen dos entidades.
- Un día de internación en piso → servicio de hospedaje que brinda el sanatorio a un paciente internado. Al no intervenir un especialista y sólo se brinda como prestación este hospedaje, sólo interviene una entidad que es el sanatorio.
- Una práctica quirúrgica → se requiere que intervenga un especialista con su habilidad y conocimiento, uno o más ayudantes, uno o más anestésista y la institución que provee el quirófano para realizar la práctica en condiciones controladas y obligatorias. Esta práctica es indivisible en el tiempo debido al tipo de complejidad o procedimientos depende para su ejecución de varias entidades.

❖ **Honorarios**

Las entidades que realizan las prácticas necesitan una retribución por su participación. Las entidades humanas reciben una retribución a cambio de su habilidad y conocimiento, la cual habitualmente se denomina “Honorarios”.

❖ Estructura general de una práctica en el Nomenclador

El valor o arancel de las prestaciones médico-asistenciales del nomenclador está definido por la suma de los honorarios y gastos requeridos por sus participantes necesarios.

Ejemplos:

- ⇒ La Consulta médica: 42.01.01 → En ella participa sólo el especialista y su habilidad para realizarla, por lo que se puede decir que no se necesita más que los honorarios para tener el valor total de la prestación.

- ⇒ Un día de internación (una cama en habitación de dos con baño privado): 43.01.01
→ La única entidad participe en la provisión de esta prestación es la Institución que aloja al paciente, que como entidad valoriza su arancel como gasto.

- ⇒ En algunos casos, para las prestaciones sólo están arancelados los gastos, en otros pueden estar arancelados los honorarios y proporción de estos valores varía según el tipo de prestación, ya que en algunas el gasto es más significativo y en otras el / los honorarios.

❖ Utilización de unidades en el nomenclador

Al diseñar el nomenclador nacional de prestaciones se instituyeron **Unidades** como denominación general para medir la habilidad requerida, conocimiento y recursos utilizados para realizar una prestación, partiendo de valorar la prestación más común que es la consulta y asignándole a la misma el valor de 10 Unidades, a partir de esta prestación y según acuerdos entre el INOS y representantes profesionales y especialistas de cada rubro o colegio o asociación implicada se llegó a discriminar y valorizar en UNIDADES la complejidad (Honorarios) y costo (gasto) de cada prestación.

Es decir que, es la unidad con que se mide la complejidad y costo de una prestación médica independiente de su valor monetario actual en el ámbito de salud.

❖ **Juego de Valores**

Las unidades de las prestaciones del nomenclador eran insuficientes para determinar el valor monetario de cada prestación en cada momento desde su creación hasta ahora, así que se definió un valor monetario para cada unidad que sería redefinible en cualquier momento por un decreto o ley y actualizaría automáticamente el valor monetario de todas las prestaciones del nomenclador sin que por eso se cambiaran las pautas de complejidad que definía a cada prestación. El cálculo sería simple, tomar el valor vigente de la unidad y multiplicarlo por la cantidad de unidades de la práctica.

$$\text{Cálculo} = \text{Cantidad de unidades} * \text{Valor monetario de la unidad}$$

Se optó por crear un Juego de Valores que son tomados de a pares. Un valor para multiplicar por las unidades de honorarios y otro multiplicador por las unidades de gastos de cada prestación según la sección y el rubro al que pertenece la prestación. El juego de valores es el grupo de valores monetarios definidos para ser usados en la valoración de las unidades de una prestación.

La última definición del Juego de Valores Oficial data del año 1991 y se llama Juego de Valores I.N.O.S.

Juego de Valores INOS para Honorarios

Nombre	Valor Monetario
Galeno	\$ 0.2326
Honorario Odontológico	\$ 0.1123
Honorario Bioquímica	\$ 0.1315

Juego de Valores INOS para Gastos

Nombre	Valor Monetario
Gasto Quirúrgico	\$ 0.4927
Gasto Odontológico	\$ 0.1123
Gasto Odont. Prótesis	\$ 0.2548
Gasto Bioquímica	\$ 0.9702
Gasto Radiológico	\$ 0.3496
Pensión Sanatorial	\$ 0.5634
Otros Gastos	\$ 0.1226

En cada sección del nomenclador se utiliza un par de estos valores para multiplicarlos por las unidades de cada prestación.

❖ **Servicios establecidos en el nomenclador**

En el nomenclador existe una cantidad determinada de servicios o prácticas que se asocian a una especialidad determinada. Algunas especialidades a las que el nomenclador se relaciona son las que se mencionan a continuación:

			Desde	Hasta
Intervenciones quirúrgicas	01	Sistema nervioso	01.01.01	01.08.01
	02	Aparato de la visión	02.01.01	02.09.07
	03	Otorrinolaringológicas	03.01.01	03.13.13
	04	Endocrinologías	04.01.01	04.03.01
	05	Torácicas	05.01.01	05.05.01
	06	De mama	06.01.01	06.01.12
	07	Cardiovasculares	07.01.01	07.10.02
	08	Aparato digestivo	08.01.01	08.10.03
	09	Sistema linfático	09.01.01	09.01.08
	10	Urológicas	10.01.01	10.11.02
	11	Ginecológicas	11.01.01	11.05.03
	12	Traumatológicas	12.01.01	12.20.02
	13	En la piel y tejido subcu	13.01.01	13.03.04
Prácticas especializadas	14	Alergia	14.01.01	14.01.04
	15	Anatomía patológica	15.01.01	15.02.03
	16	Anestesiología	16.01.01	16.01.05
	17	Cardiología	17.01.01	17.03.01
	18	Ecografías	18.01.01	18.06.01
	19	Endocrinología	19.01.01	19.01.03
	20	Gastroenterología	20.01.01	20.06.01
	21	Genética	21.01.01	21.02.07
	22	Ginecología	22.01.01	22.04.01
	23	Hematología	23.01.01	23.02.19
	24	Hemoterapia	24.01.01	24.12.03
	25	Rehabilitación médica	25.01.01	25.01.06
	26	Medicia nuclear	26.01.01	26.05.32
	27	Nefrología	27.01.01	27.02.02
	28	Neumonología	28.01.01	28.01.11
	29	Neurología	29.01.01	29.02.03
	30	Oftalmología	30.01.01	30.02.05
	31	Otorrinolaringología	31.01.01	31.01.25
	32	Pediatría	32.01.04	
	33	Psiquiatría	33.01.01	33.03.02
34	Radiología	34.01.01	34.20.14	
35	Terapia radiante	35.01.01	35.03.15	
36	Urología	36.01.01	36.01.12	
37	Síndromes clínicos	37.01.01	37.01.06	
38	Tratamientos Espec.	38.01.01	38.02.01	
40	Asistencia en internac.	40.01.01	41.01.01	
42	Asist en Cons y Dom	42.01.01	42.04.03	
43	Prest Sanat y de Enf	43.01.01	43.11.07	
Prácticas odontológicas	01	Consultas	01.01	01.04
	02	Operatoria Dental	02.01	02.09
	03	Endodoncia	03.01	03.06
	04	Protesis	04.01.01	04.04.12
	05	Preventiva	05.01	05.06
	06	Ortodoncia	06.01	06.04
	07	Odonto Pediatría	07.01	07.06.04
	08	Periodoncia	08.01	08.06
	09	Radiología	09.01	09.06
	10	Cirugía Bucal	10.01	10.16
Prácticas Bioquímicas	66	Baja Complejidad	66.00.01	66.09.99
	66	Alta Complejidad	66.10.01	66.11.95

En el **Anexo III** se pueden observar algunos de los códigos junto con su descripción relacionados con las prestaciones médicas obligatorias.

Tipos de facturación de prestaciones médicas:

En las clínicas, la tarea de facturación de las prestaciones médicas o servicios médicos brindados a los pacientes es algo compleja. Esta tarea se realiza mediante la clasificación de las unidades de servicio efectuadas a los pacientes, ya sea por tipo de práctica como se encuentra establecido en el nomenclador nacional, o por grupo de diagnóstico relacionado (GRD). Se trata de modalidades de arancelamiento de las prestaciones médicas asistenciales,

cuyos requerimientos administrativos deben ser tenidos en cuenta en el diseño del subsistema de facturación.

- ✓ **Nomenclador nacional de prestaciones médicas:** arancel establecido teniendo como base las unidades de servicio brindadas a cada paciente por el prestador, definidas y cuantificadas. Las unidades de servicios son por ejemplo: una consulta, una radiografía, un día cama. El monto a pagar por el prestatario al prestador depende de la complejidad de la patología atendida, la cantidad de consultas, el número de prácticas de diagnóstico y tratamiento que se realiza, y los días de internación, los medicamentos y material descartable que se utilizan por cada paciente. El nomenclador nacional de obras sociales se utiliza para uniformar la descripción de las prestaciones. Para poder llevar adelante este método, las clínicas deben contar con un sistema de facturación que permita detallar todas las prestaciones / servicios brindados al paciente, información que debe aparecer en los registros médicos, los cuales deben servir como soporte de la información, y como elemento de control del prestador y prestatario.

- ✓ **Capitación:** el prestatario abona una cuota fija mensual al prestador por la atención médica de un número determinado de personas, una cápita, sin considerar la utilización de servicios de salud que hagan las personas comprendidas en la cápita. El monto a pagar se puede establecer por beneficiario, definiéndose el alcance de la cobertura médica a prestar. El sistema de costos a utilizar debe permitir identificar, costear y controlar todos los servicios incurridos por la cápita, ya que existe un gran riesgo sobre los resultados económicos. En Argentina, este sistema es utilizado por el PAMI en la contratación de servicios médicos.

- ✓ **Monto fijo o módulo:** el prestatario abona una suma fija por una cantidad de unidades de servicio a un paciente, que es pactada de antemano, por la atención médica a recibir, y que incluye los honorarios profesionales, gastos de internación, medicamentos y materiales médicos quirúrgicos. Este monto puede ser calculado por patología, por procedimientos, por paciente día, por consulta, por cama, etc. El cálculo del monto a facturar dependerá de lo que acuerden las partes, y se realiza en base a estándares de utilización, y requiere que se identifiquen, describan y tipifiquen las unidades de servicio que componen las diferentes prácticas incluidas.

El diseño de cualquiera de los sistemas de facturación mencionados se realiza con mayor facilidad si se parte del sistema de costeo basado en actividades ya que a través de este se cuenta con una gran base de información disponible. Las diferentes modalidades de arancelamiento y requerimientos que poseen los diferentes prestatarios hacen que se diseñen distintos tipos de sistemas de facturación. Ejemplo: la forma de presentación para facturar a una entidad de medicina prepaga es diferente a lo que necesita una obra social o un sistema capitalizado, por lo que la clínica debe contar con distintos subsistemas de facturación, que se diseñaron a partir de su implementación.

Formas de pago por parte del paciente

El pago de una prestación se debe efectuar sobre la base de la unidad de producto y de acuerdo con lo establecido en el contrato entre el financiador y el prestador. Las prácticas en general se contratan libremente por acuerdo de partes. Como respaldo documental de la prestación, la clínica privada de salud debe disponer de las historias clínicas.

“La historia clínica es la relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores, personales y familiares como actuales, el interrogatorio clínico (anamnesis), así como los diagnósticos presuntivos, diferenciales y de certeza, consentimiento informado, negativa respecto al tratamiento, terapias o tratamientos a aplicar, interconsultas, evolución del paciente, medicación indicada y suministrada, controles de enfermería, resultados de los exámenes complementarios realizados al paciente, ya sea en forma ambulatoria o internados, el protocolo quirúrgico y anestésico en su caso, la vista preanestésica, la ubicación o reubicación del paciente dentro del centro asistencial, los datos del personal médico y auxiliar que lo atendió, las fechas y las horas de las atenciones; en fin, todos los datos que de una manera precisa y completa detallan las prestaciones y auxiliares brindadas al paciente.” [Comisión de Salud del CPCECABA; 2006; Pág. 32]

La conservación y propiedad de la Historia Clínica se encuentra establecido en el decreto 6216/67, inciso m) del art. 40. Este prescribe como deber del Director Médico el “adoptar las medidas necesarias para una adecuada conservación y archivo de las historias clínicas y de que no se vulnere el secreto profesional”.

La Resolución 648/86 del Ministerio de Salud prescribe el plazo de conservación de la historia clínica en 15 años para los distintos establecimientos asistenciales privados autorizados por la Autoridad Asistencial Nacional. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el

mismo plazo fue fijado por el decreto 4182/85. En las jurisdicciones provinciales que no exista normativa al respecto, la resolución nacional puede aplicarse por analogía o, en su defecto, aplicarse el plazo de prescripción decenal para las acciones por responsabilidad profesional. Los plazos señalados se cuentan a partir de ocurrido el fallecimiento o del alta del paciente. La Resolución 648/86 tiene carácter administrativo. En cuanto a la responsabilidad profesional, en virtud del vínculo contractual médico-paciente, rige el plazo de prescripción, que es de 10 años.

Sistema de Salud en Argentina

En Argentina, constitucionalmente, la atención de la salud es competencia de las provincias, dado que entre los poderes expresamente delegados al gobierno federal no se la menciona. Las provincias poseen un papel relevante dentro del sector salud ya que realizan, con sus propios recursos y con los transferidos por la Nación, más del 80 % del gasto público sectorial. En las constituciones provinciales se asigna a los habitantes el derecho de ser protegido en materia de salud. La escasa planificación entre Nación-Provincias en materia de salud se manifiesta en superposiciones en las prestaciones, baja coordinación en materia de regulación y fiscalización, así como en las normatizaciones y acreditaciones (ejemplo: nomencladores).

El gasto privado en salud varía de acuerdo al contexto económico del país dado que en momentos de crisis económica de nivel nacional se ha generado el virtual estado de quiebra de muchas obras sociales, lo cual ha hecho necesario un aumento de las erogaciones privadas por parte de sectores sociales con capacidad de afrontarlas. La instalación de numerosas empresas de seguro de salud (medicina prepaga) aparece como un indicio del crecimiento del sector privado de salud, frente al deterioro sufrido por los servicios estatales como por el sistema de obras sociales.

El sistema de atención médica organizada – SAMO – fue creado por el decreto-Ley 8.801 de 1977. Este sistema representa la introducción del arancelamiento de los servicios hospitalarios con el objetivo de incrementar los recursos propios del sector de la salud. El mismo es aplicable únicamente a la población que no logra justificar su condición de pobreza mediante una certificación, por lo que sólo los sectores no pudientes continuarían accediendo en forma gratuita a los servicios hospitalarios públicos.

Para la prestación de servicios de salud, en Argentina intervienen tres subsectores: el Estado, las Obras Sociales y el Sector Privado.

Estos tres subsectores tienden generalmente a repartirse la demanda de los servicios de salud de la población desde el punto de vista de sus condiciones socioeconómicas:

I.Estado: se orienta preferentemente a cubrir las necesidades de los sectores de más bajos ingresos e indigentes.

II.Obras sociales: surgieron como expresión de seguridad social de los asalariados, atendiendo a la salud de las clases trabajadoras y medias.

III.Sector privado: se reserva fundamentalmente a la demanda de servicios de los sectores de ingresos medios o altos.

Desde los años 80 hasta la actualidad, el subsector privado experimentó un considerable crecimiento mediante la multiplicación de los centros de atención médica y de sistemas de medicina prepaga. Las obras sociales sufrieron los impactos derivados de la merma de aportantes y de los ingresos percibidos, lo que las enfrentó en algunos períodos a una situación de quiebra virtual. Por otro lado, el sector estatal de la salud ha visto aumentar su “clientela” ya que se han incorporado nuevos sectores, como: clases medias y nuevos pobres, motivados principalmente por la caída de ingresos.

En lo que respecta al subsector público, el Estado Nacional administra en forma directa algunos hospitales, a pesar del traspaso de un importante número de los mismos a jurisdicción provincial desde 1978. El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación incluye el organismo de gestión de Obras Sociales Nacionales, ANSSAL, creado por la ley 23.660/89. Por la ley 23.661/89 se crea el Sistema Nacional del Seguro de la Salud de la Nación, cuya autoridad de aplicación será la Secretaría de la Nación. Las provincias, por su parte, son las principales gestoras de servicios públicos de salud, así como las administradoras de obras sociales. En la provincia de Buenos Aires, la obra social de mayor peso es IOMA. Los municipios gestionan la mayor parte de la atención primaria que se desarrolla en unidades sanitarias, aunque su coordinación con los establecimientos provinciales o nacionales se realiza sin un contexto organizativo expreso.

Dentro del subsector de obras sociales, la mayor cobertura es realizada por obras sociales administradas por la ANSSAL, y el resto por obras sociales provinciales, municipales,

del poder judicial, Congreso de la Nación y del Personal de Fuerzas Armadas y de Seguridad, que se rigen por normas legales específicas.

En el subsector privado, los hospitales o clínicas privadas prestan servicios a particulares y fundamentalmente a beneficiarios del sistema de obras sociales. La situación virtual de quiebra de muchas obras sociales provocaba un peso cada vez mayor del pago directo (en efectivo) por parte de pacientes. En la actualidad, existen entidades de medicina prepaga, a las cuales se afilian en forma individual, familiar o a través de empresas. De este tipo de entidades existen una gran cantidad dispuesta a cubrir los servicios de salud a los pacientes, los cuales aportan periódicamente con una cuota preacordada.

Características del mercado de Salud Argentino

“El mercado de salud posee características particulares, ya que se trata de un mercado imperfecto, donde quien consume no elige (beneficiario), el que prescribe no paga (médico) y el que financia total o parcialmente, no recibe el servicio (obras social, prepaga, etc.). Como consecuencia de ello, existen intereses contrapuestos, ya que quien paga tendrá como objetivo minimizar sus costos, quien consume querrá lo mejor para sí recurriendo a un tercero que le proporcione el conocimiento disminuyendo la asimetría de información y, por último, quien decide, influido por los incentivos, el marketing y la amenaza de juicios por mala praxis, no reparará en los precios de su práctica” [Comisión de Salud del CPCECABA; 2006; Pág. 7]

En las clínicas privadas de salud pueden presentarse ciertos aspectos que llevan a la falta de calidad de los servicios que se prestan, como ser:

- Inexistencia de estructuras organizacionales y falta de identificación de responsables de áreas involucradas
- Falta de información debido a la ausencia de sistemas de información completo que permitan la toma de decisiones y el control de gestión
- Carencia de sistemas de costos adecuado, falta de definición concreta del producto sanitario
- Falta de conocimiento acerca del costo de los bienes, servicios y procesos
- Carencia de indicadores de gestión
- Falta de diseño de políticas de compras y de stock
- Falta de utilización óptima de instalaciones y equipos de alta tecnología.

En Argentina, el precio de los servicios de salud se encuentra determinado por el financiador y no surge de la reglas de mercado, es por ello que se hace necesario realizar un control exhaustivo de los costos y de los resultados que el consumo de los mismos provoca. Al realizar este control y lograr el resultado óptimo para la clínica (empresa) no se puede olvidar la satisfacción de los clientes internos (centros de costos y personal que desarrollan las distintas actividades y procesos) y de los clientes externos (pacientes / otras clínicas).

En lo que respecta a las prestaciones de servicios en el sector público, las prestaciones recaen en las provincias o en municipios. El Sistema de Salud comprende la seguridad nacional, provincial, Fuerzas Armadas, universidades y empresas de medicina prepaga, mutuales y cooperativas. Las obras sociales incluyen:

- Obras sociales nacionales (sindicales y personal de Dirección)
- Fuerzas de seguridad
- Legislativa
- Universidades
- Obras sociales provinciales
- PAMI

La siguiente información fue extraída del Ministerio de Salud de la Nación (*Fuente: <http://www.msal.gov.ar>*)

Beneficiarios de obras sociales por naturaleza institucional. Total del país. Años 2004-2008

Naturaleza de la obra social	Beneficiarios de obras sociales				
	2004	2005	2006	2007	2008
Total	14.882.140	15.514.299	15.502.139	15.943.256	18.231.181
Sindicales	10.247.704	10.916.326	10.558.787	10.074.014	12.459.359
Estatales	27.804	27.694	22.390	16.438	16.830
Por convenio	22.727	67.541	58.080	42.729	18.814
Personal de dirección	916.015	922.595	979.900	952.103	1.038.416
Administración mixta (1)	2.727.367	2.566.352	2.821.863	3.789.726	3.503.292
Por adhesión (2)	25.420	28.407	29.714	28.750	29.089
Ley Nº 21.476 (3)	18.179	17.339	16.716	15.341	22.495
De empresas (4)	6.450	6.874	9.516	11.049	15.814
De otra naturaleza	890.474	961.171	1.005.173	1.013.106	1.127.072

(1) Creadas por ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores. Incluye PAMI y otras menores.

(2) Exceptuadas de la Ley de Obras Sociales que no obstante se adhieren.

(3) De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misionero, etc.).

(4) Corresponde a una sólo empresa.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Cantidad de obras sociales y de beneficiarios, según naturaleza institucional. Total del país. Años 2006-2008

Naturaleza de la obra social	2006				2007				2008			
	Obras sociales	Beneficiarios			Obras sociales	Beneficiarios			Obras sociales	Beneficiarios		
		Total	Titulares	Familiares		Total	Titulares	Familiares		Total	Titulares	Familiares
Total	288	15.502.139	9.547.597	5.954.542	288	15.943.256	9.449.934	6.493.322	283	18.231.181	10.987.663	7.243.518
Sindicales	205	10.558.787	6.144.490	4.414.297	205	10.074.014	5.218.281	4.855.733	206	12.459.359	6.731.076	5.728.283
Personal de dirección	27	979.900	522.590	457.310	27	952.103	485.927	466.176	27	1.038.416	582.517	455.899
Administración mixta	2	2.821.863	2.195.730	626.133	2	3.789.726	3.110.980	678.746	1	3.503.292	2.967.724	535.568
Resto	53	1.141.589	684.787	456.802	53	1.127.413	634.746	492.667	49	1.230.114	706.346	523.768

Nota: el trabajador con relación de dependencia -público o privado- se halla comprendido en alguna obra social a partir del Decreto 1615/96. El organismo de supervisión es la Superintendencia de Servicios de Salud. Sus prestaciones de asistencia sanitaria son de las obras sociales que organiza la Ley Nº 23.660, financiadas con el 6% de contribuciones patronales y el 3% de aportes personales sobre los salarios. Los datos se basan en registros de las obras sociales; en 1997 fueron revisados en base a las declaraciones juradas de los empleadores.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Población total por cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual, según sexo y grupos de edad.

Total del país. Año 2001

Grupos de edad	Total	Obra social y/o plan de salud privado o mutual					
		Tiene			No Tiene		
		Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	36.260.130	18.836.120	8.793.442	10.042.678	17.424.010	8.865.630	8.558.380
0-4	3.349.278	1.384.527	705.157	679.370	1.964.751	998.033	966.718
5-9	3.471.217	1.539.544	782.850	756.694	1.931.673	977.809	953.864
10-14	3.427.200	1.625.635	825.618	800.017	1.801.565	913.126	888.439
15-19	3.188.304	1.482.629	745.196	737.433	1.705.675	867.834	837.841
20-24	3.199.339	1.277.597	619.178	658.419	1.921.742	978.761	942.981
25-29	2.695.341	1.232.306	582.060	650.246	1.463.035	747.433	715.602
30-34	2.364.903	1.221.418	576.148	645.270	1.143.485	583.550	559.935
35-39	2.229.617	1.210.312	573.248	637.064	1.019.305	513.352	505.953
40-44	2.136.536	1.161.852	549.023	612.829	974.684	494.124	480.560
45-49	1.971.911	1.073.138	499.370	573.768	898.773	459.765	439.008
50-54	1.850.481	1.024.056	466.924	557.132	826.425	428.203	398.222
55-59	1.504.046	875.391	386.833	488.558	628.655	331.326	297.329
60-64	1.284.337	809.955	339.622	470.333	474.382	257.637	216.745
65-69	1.109.788	808.553	341.444	467.109	301.235	158.100	143.135
70-74	996.525	814.888	336.128	478.760	181.637	86.298	95.339
75-79	727.895	630.637	248.712	381.925	97.258	40.343	56.915
80 y más	753.412	663.682	215.931	447.751	89.730	29.936	59.794

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Si bien el cuadro no representa información actualizada del sistema de salud, nos permite ver que en el año 2001 el 51,94 % del total (independientemente de la edad / sexo) posee obra social y/o plan de salud privado o mutual. Si se observa el mismo dato pero por sexo, se puede ver que el 49,79 % de varones y el 53,98 % de Mujeres disponen de cobertura.

Subsectores del Sistema de Salud Argentino

El Sistema de Salud se compone de los siguientes subsectores:

I.Público: concurren aquellas personas que no poseen cobertura (desocupados, indigentes, trabajadores independientes) o que poseen alguna cobertura, pero, por su situación económica, no pueden acceder a los lugares o centros que les ofrece su cobertura. Este subsector provee de prestación de servicios en forma directa a través de hospitales y centros de salud nacionales. Tanto los gobiernos provinciales como municipales poseen hospitales y otros establecimientos de atención bajo su jurisdicción. Además, se encarga de la conducción, regulación y control del sistema de atención médica y el financiamiento de la parte de los servicios de salud. Está compuesto por: Ministerio de Salud y Ambiente Nacional (MSAL) y 24 Ministerios de salud provinciales y sus organismos dependientes centralizados o descentralizados.

El subsistema público (nacional, provincial y hasta municipal) representa un 2,7% del PBI. [Abeledo A., Diario Clarín; 2010; pág. 8]

II. De Obras Sociales: consiste en un sistema de seguro médico para los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos. Se divide en → **(1)** Obras Sociales Nacionales y de Dirección (aprox. 55 %), las cuales corresponden a la cobertura que ofrecen las obras sociales sindicales y obras sociales del personal de dirección. La diferencia entre estas se debe al nivel de recaudación promedio por beneficiario. Las obras sociales sindicales poseen consumidores heterogéneos dependiendo del sindicato al que pertenecen (construcción, salud, etc.), de las actividades que desarrollan y de la diferente situación económica. Este tipo de obras sociales dependen de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), organismo que supervisa, fiscaliza y controla. Por otro lado, las personas afiliadas a obras sociales del Personal de Dirección es más homogéneo en cuanto al nivel socioeconómico, educación, y de acceso a la información, aunque poseen ciertas diferencias respecto a la edad y sexo. / **(2)** Obras sociales provinciales (26 % aprox.): está dentro del marco del Sistema de Seguridad Nacional pero no de la SSS. / **(3)** Obras sociales de las Fuerzas Armadas, de universidades, legislativas y Obra social de Seguridad (4 % aprox.): no depende de SSS. / **(4)** PAMI (15 %): creado para dar cobertura a personas mayores de 65 años aunque personas de menor edad reciben servicios bajo esta cobertura.

El subsistema de Seguridad Social representa un 3,6% del PBI. Dentro de este subsistema coexisten las obras sociales sindicales y el PAMI, que juntos representan un 38 % del gasto total. [Abeledo A., Diario Clarín; 2010; pág. 8]

III. Privado: compuesto por empresas de medicina prepaga, hospitales de comunidad, cooperativas, y mutuales sin fines de lucro, las que prestan servicios a sus afiliados mediante la firma de un contrato de adhesión. Prestan servicios a afiliados de esas entidades y a beneficiarios de algunas obras sociales. En este subsector existen profesionales que prestan servicios en forma independiente a pacientes afiliados a obras sociales, a seguros voluntarios (prepago), o a aquellos que deciden consumir una prestación a través de un contrato particular de pago por acto médico y los establecimientos asistenciales contratados por las obras sociales como por los seguros voluntarios sin capacidad prestacional propia. La cantidad de empresas de medicina prepaga ha crecido en los últimos años, encontrándose agrupadas bajo dos cámaras empresarias: Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA) y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP)

El subsistema privado (empresas de medicina prepaga, clínicas) representa un 3,3% del PBI. [Abeledo A., Diario Clarín; 2010; pág. 8]

Con respecto al financiamiento, cada subsector presenta el siguiente:

I.El **subsector público** se financia con recursos provenientes de las rentas generales fijadas anualmente en los presupuestos nacionales, provinciales y municipales, donaciones y gastos de los particulares, protocolos de investigación y un porcentaje recaudado en los juegos de azar.

II.El **subsector de Seguridad Social o de Obras Sociales** cumple principalmente el rol de un sistema financiador, recibiendo aportes y contribuciones obligatorias de los trabajadores en relación de dependencia y de sus respectivos empleadores, y contratando servicios fundamentalmente con el subsector privado (clínicas, sanatorios, farmacias, médicos). El PAMI se financia con: Aporte del 2 % de los haberes de los jubilados del Régimen Nacional de Previsión Social, independientemente de que tengan o no grupo familiar a cargo + Aporte del 1 % del haber anual complementario de los jubilados del Régimen Nacional de Previsión Social + Aporte obligatorio del 1 % de los haberes de los trabajadores comprendidos en el Régimen Nacional de Previsión Social + Contribución obligatoria del 1 % de los haberes de los trabajadores comprendidos en el Régimen Nacional de Previsión Social.

III.El **subsector de medicina prepaga** se financia a través de las cuotas de sus afiliados, se trata de Coseguros que éstos pagan por las prácticas que se realizan.

Las obras sociales, administradoras de servicios de salud sin fines de lucro, están clasificadas en dos grupos: las nacionales reguladas por la 23.660 (el 60% del gasto) y las provinciales (con un 40% del gasto). Se trata de más de 300 instituciones que manejan, el año pasado, el 29% del gasto (\$ 29.072 millones); es un beneficio para trabajadores registrados en blanco (con empleos públicos o privados) junto a su grupo familiar y se atienden a través de ellas, 20.805.142 habitantes. Los prestadores de servicio de este subsistema van desde clínicas o centros de salud propios del sindicato u obra social a profesionales privados y clínicas y sanatorios contratados. En menor medida, se utilizan o contratan servicios de hospitales o centros de salud pública.

El PAMI es financiado con los aportes de los trabajadores, empleadores y también de los trabajadores pasivos, de manera de generar una cobertura de carácter mixto: con atención a través del sistema público de hospitales, como también de clínicas y consultorios privados. Brinda cobertura a aprox. 4.065.000 personas (jubilados, pensionados, veteranos de guerra, y otros casos particulares). Los prestadores de servicios son los hospitales y centros de salud pública y también del sector privado.

En cuanto al subsistema netamente público, está abierto a la totalidad de la población y es dependiente del Estado, ya sea nacional, provincial o municipal. Cada provincia cuenta con un presupuesto propio. La administración pública en conjunto manejó el 28% del gasto total en salud. El resto del gasto corresponde a la cobertura privada y a los gastos de bolsillo (consultas, remedios).

El gasto en salud del Gobierno nacional se destina al mantenimiento de las funciones centrales y programas del Ministerio de Salud, la Superintendencia de Servicios de Salud, al funcionamiento del INSSJP, a la cobertura de regímenes especiales de salud (como el de las Fuerzas Armadas y de Seguridad) y al mantenimiento de los hospitales universitarios.

El subsistema privado se compone de prepagas, mutuales y seguros de salud, que cuentan con prestadores propios y no propios, como hospitales y clínicas. Representan el 13% del gasto total, atienden a aprox. 4.620.000 personas y manejaron, en 2009, \$ 12.807 millones, lo que representa el mayor gasto anual per cápita. El acceso a prepagas y mutuales queda restringido a la población de poder adquisitivo medio a alto y se concentra en Capital Federal, Buenos Aires, Santa Fe, Rosario, Córdoba y Mendoza. Más de 6,5 millones de personas tienen doble cobertura personal a través del sistema privado y de las obras sociales o el PAMI.

El 22% restante del gasto, comprendido dentro del sector privado, corresponde a los gastos efectuados en los hogares en medicamentos; aparatos terapéuticos, consultas profesionales y algunos servicios no cubiertos por las prestaciones de los seguros de salud.

Las clínicas privadas de salud poseen el precio de la mayoría de sus servicios fijado por el financiador, por lo que la duda que se presenta es acerca de por qué es necesario conocer los costos más rentabilidad que finalmente conforman el precio. Diseñar un sistema de costeo con el suficiente grado de detalle de los diferentes costos de la clínica es de gran utilidad para conocer: el margen de rentabilidad que posee cada producto / servicio; los costos incurridos

en cada centro de costo, proceso o actividad; qué actividades poseen un costo mayor a su precio y decidir cuáles subsidian o son subsidiadas por otras; cómo confeccionar el presupuesto y decidir entre alternativas de internalización o tercerización de un servicio.

Gastos de Salud en la República Argentina

La información que se detalla a continuación fue extraída del artículo del diario Clarín “La salud en el país: cuánto se gasta y quién la paga” publicado el día 23 de Mayo de 2010, basado en el informe sectorial sobre el sistema de salud 2010 – Prepagas y Obras Sociales, de la Consultoría Key Market.

Durante el año 2009, el gasto en salud de la población argentina sumó \$ 102.000 millones, lo que representó un 9,6% del PBI y un aumento del 35% respecto al gasto del año anterior. El incremento se explica, en su mayor parte, por el aumento de los precios (aproximadamente un 25%), pero significó también un crecimiento real del sector en torno a un 10%.

La tendencia a una mayor afiliación a las obras sociales y a empresas de medicina prepaga, iniciada en el año 2003, se mantuvo pese a los altibajos en el empleo. Sin embargo, el 43% de la población (más de 17 millones de personas) continúa sin cobertura médica personal o gremial y depende de la atención hospitalaria y centros de salud estatales, que cuentan sólo con el 28% de los recursos totales del sistema de salud.

En la Argentina, según datos del Banco Mundial, se destinan anualmente 658 dólares por habitante para la atención de la salud; la cifra es una de las más altas de América Latina y llega a triplicar la de países con un grado de desarrollo económico similar. En cuanto al gasto en salud como porcentaje del PBI, se ubica -en el promedio global-- rozando el de muchos países de altos ingresos. No obstante, el país mantiene una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años del 13 por mil, que llega a duplicar la de algunos países que gastan menos, como Chile (336 dólares por habitante) o Brasil (267 dólares por habitante), cuyas tasas de mortandad infantil son del 7 y el 10 por mil, respectivamente.

Otro de los cambios auspiciosos es el crecimiento de la cantidad de consultas por persona, que se duplicó en los últimos diez años. Esto es auspicioso. Por un lado, hay mayor conocimiento y preocupación sobre los problemas de la salud y la gente acude más rápidamente a consultar ante los síntomas. Por otro lado hay nuevos tratamientos para

enfermedades complejas (cáncer, HIV), que motivan mayor atención y por último, no hay que descartar que crecieron los juicios por mala praxis a los profesionales y éstos se cuidan más y piden más estudios o interconsultas para el paciente.

Gastos de salud en el resto del mundo

Según el porcentaje del PBI destinado al gasto en salud, la Argentina se ubica en sintonía con los países más ricos del mundo, reza el último informe de la Organización Mundial de la Salud, publicado en mayo de 2010 y que recoge estadísticas hasta 2007.

Ese año, la Argentina destinó un 10% de su PBI, mientras que la media de los países de altos ingresos fue del 11,2%. Los países de ingresos bajos destinaron un 5,3%; los de ingresos medios, un 4,5% y los de ingresos medios-altos, un 6,4%.

Según las cifras de la OMS (que incorpora el sistema de obras sociales y el PAMI dentro de la órbita pública) en la Argentina, ese año la participación pública fue de un 50,8% del total, pero en 2000 llegó al 55,5%. Entre esos años, en Chile subió de un 52 a un 58%; en Brasil, del 40 al 41,6% y en Uruguay, del 54 al 74 %. En Dinamarca creció del 82,4 al 84,5%; en Austria se mantiene en el 76%; en Canadá, el 70%; en Japón , el 81,3 % y en Luxemburgo, en un 90%.

La relación entre inversión en salud y esperanza de vida es directa hasta que se llega a un punto en donde el rendimiento del gasto es decreciente, en general se refiere a cierta sofisticación que pueden pagar los países ricos para el cuidado de su gente, pero que no les agrega años de vida. El país no está mal posicionado en cuanto a su esperanza de vida, señalada en los 75 años.

La regla que indica "a mayor inversión, más años de vida" se cumple perfectamente si se compara la Argentina con Brasil, que destina el 8,4% y tiene una esperanza de vida un poco menor, de 73,3 años. Pero la regla no se cumple si se comparan los recursos y resultados locales con los chilenos: Chile destina un 6% de su PBI (con una tasa de mortandad infantil que es la mitad de la Argentina) y tiene una esperanza de vida promedio de 78 años.

Programa médico obligatorio (PMO)

El programa médico obligatorio (PMO) es establecido como una política de Estado en Salud. Este determina un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional

por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto. El PMO es el mínimo en materia de prestaciones médicas.

Como ya se ha mencionado, la ley 23.661 promulgada en enero de 1989, crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud y coloca como principales agentes prestadores del servicio a las Obras Sociales, las cuáles debían operar dentro de un marco regulatorio supervisado por la Administradora Nacional de Servicios de Salud.

En el año 1995, el Decreto Nacional nº 492, proveniente del Poder Ejecutivo Nacional, estableció en su artículo 1º que los beneficiarios de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1 de la Ley N. 23.660, tendrían **derecho a recibir las prestaciones médico asistenciales** que se establecerían en un programa médico asistencial que sería aprobado por el Ministerio de Salud y Acción Social.

El programa se denominaría “Programa Médico Obligatorio” (PMO) y resultaba de aplicación a todos los agentes comprendidos en aquel artículo de la ley. En el decreto mencionado, se contemplaba la creación de la “Comisión Técnica del PMO” con participación de la Administración Nacional del Seguro de Salud, la que resultaría encargada de **formular el programa y de dictar las normas reglamentarias para su ejecución**. Dicha reglamentación contendría las prestaciones contenidas en el PMO.

El 29 de mayo de 1996 se publica en el Boletín Oficial, la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social nº 247/96 por la que se aprueba el “Programa Medico Obligatorio” para los agentes de salud comprendidos en el Art.1º de la ley 23.660, el cual describe las prestaciones mínimas y obligatorias para los Agentes del Seguro de Salud, que entrarían en vigencia a los 180 días de su publicación.

Esta resolución que aprueba dicho Programa, se erige en el **contenido mínimo de prestaciones médico asistenciales que los agentes del seguro de salud deben prestar** a sus beneficiarios, ya sea mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados, y que se refieren a prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico. Además, dicha norma establece que no podrán establecerse períodos de carencia ni coseguros o co-pagos, fuera de lo expresamente indicado en el PMO.

Finalmente la ley 24.754, del 2 de Enero de 1997, **hace extensiva la obligación a las empresas de medicina prepaga** de cubrir las mismas prestaciones obligatorias que cumplen las obras sociales, y la norma lo hace con las siguientes palabras: “A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente ley , las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo , en sus planes de cobertura médico asistencial las

mismas "prestaciones obligatorias " dispuestas por obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24. 455, y sus respectivas reglamentaciones."

Las prepagas deben asegurar un piso mínimo prestacional que nunca y en ningún caso debe ser menor al PMO. El PMO establece las prácticas médicas que se han considerado de indispensable cumplimiento a los beneficiarios (*ver ejemplos en Anexo III*), y abarcan tanto una actividad de prevención como de efectivo tratamiento de restablecimiento del estado de salud, en diferentes áreas médicas como ser: maternidad, odontología, tratamientos traumatológicos, odontológicos, etc. También se ha pronunciado en torno al porcentaje de cobertura de los medicamentos, en especial los medicamentos oncológicos.

A partir de la determinación de prestaciones mínimas, distintas resoluciones se han ido dando lugar para tratar aquellas que no habían sido específicamente contempladas, como las que se puntualizan a continuación: -Resolución 312/97 y 154/97 del Ministerio de Salud y Acción Social sobre programas terapéuticos a cargo de las Obras Sociales dirigidos al tratamiento de la drogadicción, -Resolución 625/97 de idéntico Ministerio, por el que se aprueba el programa de cobertura HIV/ sida; y el programa de prevención de Sida.

Las principales características del PMO son el constituir un "piso" prestacional mínimo para todos los agentes del seguro de salud involucrados como prestadores, de **carácter obligatorio, que proscribire todo régimen de períodos de carencias y de exclusión de dolencias preexistentes** (conocidas o no), así como todo coseguro o copago; y la inclusión del 100% del costo de medicamentos en internación y de no menos del 40% en tratamiento ambulatorio.

A su vez, contempla **tres niveles de atención**:

- **Primaria** (incluye un plan materno infantil, que comprende el embarazo y parto y prestación médica y medicamentosa hasta el año de vida; un programa de enfermedades oncológicas y uno de odontología preventiva);
- **Secundaria** (internación con cobertura en un 100%, psiquiatría y psicología, odontología incluyendo ortodoncia, laboratorio e imágenes, prótesis y órtesis, 100% de cobertura de tratamientos de rehabilitación motriz, psicomotriz y sensorial y hemodiálisis); y
- **Terciaria** (tratamientos de alta complejidad relativos a injertos, transplantes, grandes quemaduras y cirugía cardiovascular especial, diabetes y SIDA.; previéndose la existencia de subsidios a través de la Administración de Programas Especiales [APE])" y concluye también diciendo "La "Prestación Médica Obligatoria" (PMO) consagrada por la ley 24754 constituye un "nuevo derecho constitucional civil a la salud que rige obligatoriamente y compromete

tanto al Estado como a las empresas privadas a prestar esos contenidos mínimos".

Es el marco de referencia a partir del cual se debe cumplir con la Constitución Nacional (Art. 75, 22 CN. y 7 , 9 y 21 CP. Santa Fe) en lo que se refiere al derecho a la vida y a la salud. Cabe destacar que este Plan funciona en forma enunciativa conformando solamente el piso mínimo a partir del cual se agregan diversas prestaciones que en el marco normativo Constitucional y legislativo (interno e internacional) amparan el **derecho a la vida y a la salud**.

Por lo tanto el individuo se encuentra protegido por una Carta Magna y su aplicación le comprende tanto a las Prepagas como a las Obras Sociales Sindicales y a las Mutuales en todo el ámbito del territorio nacional y cuando no exista quien lo provea siempre el Estado queda como garante de la salud y de la vida.

El programa obliga, a su vez, a una tarea de normatización que asegure el mejor rendimiento de cada recurso, junto con otras acciones que produzcan un cambio de hábitos en todos los participantes del sistema.

Según la resolución 939/00 del Ministerio de Salud, debe quedar garantizado el mecanismo para la actualización del programa médico obligatorio en virtud del carácter dinámico del conocimiento científico, estableciendo una metodología de análisis para la incorporación de tecnologías que asegure la probada eficacia de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico a financiar por la Seguridad Social.

También se establece que, independientemente de la cobertura planteada en el PMO, no existen patologías excluidas del mismo. Es necesario definir con claridad las prácticas incluidas en el PMO y por tanto corresponde establecer un catálogo de prestaciones a brindar por los agentes de seguro.

Se hace mención al respaldo del compromiso de la asignación de los recursos, avanzando en la normatización del uso de aquellas prácticas cuya indicación no resulte universalmente adecuada, y por lo tanto su inclusión en el PMO deba ser ajustada conforme a su respaldo científico.

Vale mencionar que el PMO ha sido desarrollado de manera participativa y a partir de consultas a principales actores del sistema:

- ❖ Agentes del seguro sindicales y de dirección
- ❖ Entidades de medicina pre-paga
- ❖ Sociedades científicas
- ❖ Entidades gremiales profesionales de distintas ramas del arte de curar
- ❖ Aportes espontáneos individuales y de distintos grupos de variada representatividad de todo el país.

Para finalizar, cabe tener en claro la definición de PMO: Es el Programa de Salud de cumplimiento obligatorio para todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y aquellos que en el futuro adhieran al mismo. Se desarrolla sobre la base de las estrategias de Atención Primaria de la Salud, privilegiando las acciones de prevención.

El PMO comprende:

- ❖ Detalle de la modalidad preventiva y asistencial
- ❖ Catálogo de prestaciones → como cobertura, los beneficiarios tendrán derecho a la totalidad de las prestaciones detalladas. (Ver ejemplos en **Anexo III**)

Capítulo VI:

Implementación del costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud

Considero necesario que al pensar en la implementación del sistema de costeo basado en actividades se deben plantear dos hipótesis, a saber:

1. *Desarrollar el costeo basado en actividades permitirá analizar información en detalle, visualizando las actividades y centros de costes donde se generan los costos y gastos*

de la clínica. A través de este método de costeo, se presenta la posibilidad de disponer de información detallada acerca de los costos que se generan al realizar cada una de las actividades o prestaciones médicas que se realizan para cumplir con la prestación principal: “la prestación de servicios de salud a los pacientes”. Esta hipótesis implica que el costeo ABC muestra con un alto grado de detalle la información que el costeo por centros o sectores no brinda, de tal manera que el usuario pueda tomar decisiones con la mayor cantidad de información y sustento posible.

II. *EL desarrollo del ABC en clínicas privadas de salud requiere la medición de los tiempos de las actividades y prestaciones médicas ya que la disminución o aumento de los costos se encuentra estrictamente relacionado con la duración de la actividad o prestación que es llevada a cabo (Time-driven ABC).* Al medir los tiempos, se podrá estandarizar el costo de las actividades de acuerdo a su duración, posibilitando luego las estimaciones de tiempos que los usuarios de la información realicen acerca del desarrollo de actividades, costeando las unidades de tiempo correspondientes, y determinando el costo total requerido. El mecanismo de medición de los tiempos que insumen las actividades permitirán realizar mejores indicadores de gestión de actividades (Activity based management – ABM), tarea que limitaba el ABC tradicional.

El objetivo principal es el desarrollo del método de costeo basado en actividades (ABC), revelando las ventajas que el mismo posee en comparación con el tradicional. “Este modelo se fundamenta en el principio de que son las actividades y las tareas, y la forma en la que se realizan, las que realmente generan costes, y no los diferentes centros, productos, pacientes o procedimientos.” [Gimeno, Repullo, Rubio; 2006; Pág. 334]

“Esta herramienta de gestión se constituye como un instrumento fundamental para el análisis y la reflexión estratégica acerca de cuál es el empleo más racional de los recursos humanos, materiales y organizativos; establece como punto operativo de partida las diferentes tareas desarrolladas; y utiliza una metodología mediante la que se tratan de identificar las actividades empleando <inductores de costes> al objeto de imputar y conocer los costes de las mismas. Se considera que lo realmente importante no es el coste del servicio prestado o del proceso realizado, sino el coste de las acciones que lo conforma; de manera que es necesario identificar y valorar los recursos que son asignados a las mismas.” [Gimeno, Repullo, Rubio; 2006; Pág. 334]

Para poder definir cuáles son las actividades que deben ser costeadas, en primer lugar deberán evaluarse las prestaciones médicas que comúnmente se presentan en cada uno de los sectores o áreas de la clínica. Para ello, la clínica deberá disponer del historial de cada uno de los pacientes en un sistema de información. Las actividades deberán ser homogeneizadas de manera que se pueda determinar el consumo promedio de recursos directos y su correspondiente costo. Los recursos indirectos y sus costos (ejemplo: consumo energético, administración general, directorio, librería, etc.) podrán ser asignados mediante conductores de costos (cost-drivers) tal que las actividades absorban la proporción precisa de los mismos.

Dependiendo del síndrome o patología que presente el paciente al ingresar en una clínica, los costos pueden ser muy diferentes. Por ello, las actividades son considerablemente importantes para definir el costo que implica la atención a un paciente en particular. Al ingresar un paciente a la clínica, la recepción registrará sus datos, para que luego el paciente sea atendido por un médico (clínico o de alguna especialidad en particular). El hecho de que el paciente sea atendido en la recepción ya genera un costo para la clínica, el de mantenimiento de un sistema de información y el costo que implica el personal, además de otros costos indirectos como ser: energía eléctrica, seguridad, mantenimiento del edificio. Cuando el paciente ingresa en un consultorio, ya sea de un médico clínico o de un especialista (ejemplo: cardiólogo), implica también un costo, que en este caso es el servicio prestado por un médico al recibir una consulta y el de mantenimiento de los consultorios incluyendo los materiales y equipos necesarios para su utilización cuando se crea conveniente. Una vez diagnosticada la patología o síndrome del paciente, el médico le indicará los estudios que debe realizarse. Si el paciente se realiza los estudios dentro de la clínica, estos implicarán la generación de otros costos, generando además los correspondientes ingresos. Una vez que se ha podido determinar la enfermedad, patología o síndrome del paciente, se deberán visualizar las actividades a realizarse, sus costos asociados y la facturación que generarán para la clínica.

Cabe mencionar, que cada una de las actividades y prestaciones médicas se desarrollan en un tiempo determinado, lo que implicaría su respectivo análisis. Esto trae aparejado un estudio de los tiempos que insume cada una de las actividades, desarrollando lo que Robert Kaplan y Steven Anderson denominan “Time-driven ABC” o su traducción “ABC basado en el tiempo de trabajo”. En la revista Harvard Business Review (2004), los autores explican lo siguiente:

“En las aulas, ABC parece una excelente forma de gestionar los recursos escasos de las compañías. Pero muchos directivos que han tratado de implementar ABC en sus

organizaciones a una gran escala han abandonado el intento ante los altos costos que se generan, y el descontento de los empleados involucrados en el proceso. En realidad, dichos gerentes debieran intentarlo nuevamente, porque el nuevo enfoque ABC, que los autores han venido desarrollando en los últimos años, y que se presenta en las próximas páginas, nítidamente resuelve las dificultades tradicionalmente asociadas con dichas monstruosas implantaciones de ABC en grandes compañías, puesto que ahora gran parte del sistema se basa en estimaciones de los gerentes, mucho más que en datos obtenidos a través de encuestas a los empleados”.

Lo mencionado significa que los directivos son los que directamente deben estimar las demandas de recursos que cada transacción, producto o cliente generan. Requiere la estimación de dos parámetros: “1- El coste por unidad de tiempo de recurso utilizado, 2- La cantidad de unidades de tiempo del recurso que consume cada producto, servicio o cliente (cada unidad de costeo u objeto al que se asignarán costos).” [Smolje; 2007; Pág.30]

La metodología se basa en exponer cómo desarrollar el modelo de costeo ABC a partir de la información obtenida en las etapas anteriores. A su vez, mencionar cómo extraer información del modelo ABC que sea de utilidad para los usuarios internos. Claramente se debe definir como establecer los procedimientos a seguir por los empleados en las clínicas, para que el modelo ABC posibilite satisfacer sus necesidades de información. Será importante en esta etapa evidenciar las ventajas de contar con el modelo ABC a la hora de tomar decisiones. La información que brinda este método de costeo permite el desarrollo del ABM (Activity based management), el cual no debe dejarse de lado a partir de la implementación del ABC, ya que es el método que permite el mejoramiento de la realización de actividades.

Es importante visualizar la manera de comparar los costos de cada una de las prestaciones, actividades y sectores con los ingresos/facturación estimados a obtener por la clínica. Si bien la facturación es considerada información confidencial en la mayoría de las clínicas, es interesante describir cuál es la mejor forma de conocer la rentabilidad de las actividades.

La Clínica privada de Salud como empresa de servicio y su relación con el sistema de costeo basado en actividades

Debe entenderse que una clínica privada de salud es una empresa de servicio donde los clientes son los pacientes. Las empresas de servicios se diferencian de las manufactureras en los siguientes aspectos:

“

- Ninguna o poca significatividad de los materiales directos, cuando en las empresas manufactureras es parte integrante de los costos esenciales de un producto.
- Poca significatividad de los costos variables, y por tanto serias dificultades para encontrar en este tipo de empresas relaciones de eficiencia marginal entre factores demandados y resultados u objetivos alcanzados.
- Significatividad manifiesta de los costos fijos operativos.
- Costos fijos estructurales o de capacidad relevantes.
- Sus directores muestran especial interés en el costo de “hacer” y no en el costo de cada servicio ofrecido.
- Incertidumbre sobre qué capacidad operativa instalar para prestar servicios.
- Alta subjetividad del analista en la determinación de los objetos de costo, que bien podría ser un servicio o una actividad. “

[Podmoguilnye; 2007; Pág. 77]

Las empresas de servicio varían ampliamente según el rubro con el cual se identifican. Cada empresa de servicio, dependiendo del rubro, posee una estructura cuyos esquemas de gestión difieren ampliamente. El rubro “salud” es uno de los que presenta mayor complejidad en cuanto a la diversidad de servicios que brinda.

El progresivo crecimiento de los costos en las clínicas privadas de salud, la escasez de los recursos existentes para su cobertura y la necesidad de establecer una serie de prioridades dentro de acciones alternativas, ha llevado a pensar en la implementación del costeo basado en actividades con el objetivo de obtener conocimiento acerca de la gestión de las actividades y procesos, de los centros de costos y de la clínica en general.

En el año 1987, Robert Kaplan y Robin Cooper (profesores de la universidad de Harvard), publicaron el libro “Accounting and Management: a field study perspective”, donde se plantea toda la filosofía del costeo basado en actividades. Este sistema de costeo pone énfasis en aquellas entidades donde predominan los costos indirectos y en donde existe un ambiente competitivo que ha hecho que la principal preocupación sean los márgenes de

rentabilidad. Las empresas de servicio, como lo son las clínicas privadas de salud, son entidades que reúnen esas características.

A través de este método de costeo, se comienza a pensar que no son los productos los que consumen recursos sino las actividades. El método tradicional planteaba el siguiente esquema:

➤ Recursos → Objetos de costo

Contrariamente, el costeo basado en actividades trabaja con el siguiente esquema:

➤ Recursos → Actividades → Objetos de costo

La actividad es “el conjunto de acciones coordinadas y dirigidas a añadir valor a los productos.” [Podmoguilnye; 2007; Pág. 15]

En el costeo basado en actividades, al producto se le deben asignar todos los recursos que consume (gastos y costos directos e indirectos). Es por ello que el producto final se valúa de acuerdo con la cantidad de actividades que consuma (operativas o administrativas). Es decir que, el costeo basado en actividades asigna al producto todos los recursos, tanto los costos como los gastos que son consumidos mediante las actividades, las cuales agrupadas forman procesos. La dificultad principal que presenta este sistema de costeo es la posibilidad de desagregar los servicios que brinda cada centro de costo de una clínica en actividades.

Es importante mencionar una serie de premisas a tener en cuenta:

“

- Los productos “no consumen” factores o recursos.
- Los productos son originados por las actividades.
- Sólo las actividades “consumen” factores o recursos.”

[Podmoguilnye; 2007; Pág. 15]

Cuando los recursos no son consumidos por los objetos de costo (productos o servicios), los costos indirectos y los gastos no pueden ser distribuidos directamente entre ellos. Es por esto que se hace necesaria la distribución de los recursos entre las actividades, evitando una metodología injusta de distribución de costos entre los productos / servicios.

De la disponibilidad de factores agrupados funcionalmente en una actividad se desprende la posibilidad de atender múltiples servicios. Los costos se asignan a la actividad y no al servicio en sí, y el control de los costos se dará desde la actividad no teniendo que ver con el servicio prestado. La optimización de las actividades y por ende de los procesos que estas integran, es en lo que hace foco el ABC, entendiendo que a partir del logro de esto se consigue una mayor calidad en los servicios prestados.

Antecedentes del Sistema de Costeo basado en Actividades

El sistema de costeo basado en actividades (Activity-Based Costing) se centraliza en las actividades como unidades de costeo. Los sistemas de costeo tradicionales se focalizan en los departamentos, centros de costos o sectores. Los usuarios de estos modelos de costeo lo utilizaban para la planificación y control de las operaciones, y permitía dividir a la empresa en centros de costos.

La contabilidad de costos tradicional fue desarrollada hace aproximadamente 80 años, principalmente por General Motors, postulando que el costo total de fabricación es la suma de los costos de las operaciones individuales. A pesar de ello, el costo que mayormente sirve para la toma de decisiones es el costo del proceso, el cual puede obtenerse mediante el sistema de costeo ABC.

Según Smolje: “Si los gerentes mejoran y rediseñan procesos para ser más competitivos y rentables, ellos desean que sus sistemas de costos reflejen esas acciones. Los managers de operaciones focalizan su atención en las actividades y no en los productos. Si las actividades están bien gestionadas y llevadas a la práctica, los costos se reducirán y los productos serán así más competitivos.” [Smolje; 2007; Pág. 9]

Con lo dicho por este autor, se desprende la importancia que posee el ABC, fundamentalmente por basarse el costeo en actividades, ayudando a que la empresa lo implemente, y logre la optimización de los procesos. Es así como a fines de los años 80 se comienza a privilegiar el proceso sobre el producto. El cambio que se propone según explica el mismo autor es el siguiente:

“Los costos se acumulan por actividad y luego se aplican a los productos de acuerdo con la utilización que de esas actividades cada uno de ellos realice. El costo de los productos

surge ahora como la sumatoria de los costos aplicados a lo largo de la cadena de actividades que dicho producto atraviesa, asignado todos ellos de acuerdo con “bases” específicas que brindan una distribución justa y equitativa según el consumo de recursos que cada uno de ellos genera, medido a través de lo que el sistema denomina cost-drivers o inductores de costos”. [Smolje; 2007; Pág. 9]

El ABC permite entonces llegar a los costos de los productos o servicios a través de las actividades y no a través de las funciones como lo hacía el sistema tradicional.

Las clínicas privadas de salud son consideradas empresas de servicios, la cual según Podmoguilnye posee características que las diferencian de las empresas manufactureras ya mencionadas precedentemente.

Del mismo modo, el autor aclara que de “.. la disponibilidad de factores agrupados funcionalmente en una actividad se desprende la posibilidad de atender múltiples servicios..” y que “.. los costos directos serán atribuidos a la actividad y no al servicio en sí, y el control de los costos se dará desde la actividad y poco tendrá que ver con el servicio prestado” [Podmoguilnye; 2007; Pág. 79].

Actualmente, las clínicas privadas de salud utilizan métodos de costeo tradicional, y por ello Podmoguilnye recomienda “para las empresas de servicio la técnica el costeo directo por actividades, trabajando con un concepto de directización más amplio y cercano al concepto de costo controlable” [Podmoguilnye; 2007; Pág. 81].

Asimismo, “el costeo basado en actividades perfecciona un sistema de costeo al identificar las actividades individuales como los objetos fundamentales del costo” [Horngren Charles T., Datar Srikant M., Foster George; 2007; Pág. 145]. Cabe aclarar que, “una actividad es un acontecimiento, tarea o unidad de trabajo que tiene un motivo específico” [Horngren Charles T., Datar Srikant M., Foster George; 2007; Pág. 146]. Es importante conocer que:

“Un sistema de costeo basado en actividades con muchas actividades se convierte en un sistema complejo y difícil de manejar” y que “un sistema de costeo basado en actividades con muy pocas actividades puede no ser lo suficientemente completo como para medir las relaciones de causa y efecto entre las causantes del costo y diversos costos indirectos” [Horngren Charles T., Datar Srikant M., Foster George; 2007; Pág. 146].

Para poder llevar a cabo el desarrollo del costeo ABC es necesario elaborar un diagrama de flujo de todos los pasos y procesos necesarios para poder brindar el servicio. A esto lo puede llamar “Lista de actividades o diccionario de actividades”. Podemos resumir los pasos necesarios para poder lograr la implementación del ABC en los siguientes:

“

- ✚ Identificar los objetos del costo elegidos
- ✚ Identificar los costos directos de los servicios
- ✚ Seleccionar las bases de asignación del costo para asignar los costos indirectos a los servicios
- ✚ Identificar los costos indirectos relacionados con cada base de asignación del costo
- ✚ Calcular la tasa por unidad de cada base de asignación del costo utilizada para asignar los costos indirectos a los servicios
- ✚ Calcular los costos indirectos asignados a los servicios
- ✚ Calcular el costo total de los servicios al añadir todos los costos directos e indirectos asignados a los productos.”

[Horngren Charles T., Datar Srikant M., Foster George; 2007; Págs. 148-152]

“La lógica de los sistemas de costeo basado en actividades es que grupos de costos por actividades estructurados con mayor precisión mediante bases de asignación del costo específicas, que son causantes del costo para el grupo de costos, conducen a un costeo de actividades más preciso”. [Horngren Charles T., Datar Srikant M., Foster George; 2007; Pág. 146]

Según autores que brindaron su opinión, se considera que:

“La contabilidad de costes basada en las actividades, constituye un nuevo modelo de gestión mediante el que se pretende mejorar la fiabilidad y el tratamiento de la información acerca de los costes de los procesos; y por lo tanto, la eficiencia en las tomas de decisiones institucionales; sin que esto suponga reemplazar los sistemas de costes convencionales” [Gimeno Juan A., Repullo José R., Rubio Santiago y Tamayo Pedro; 2006; Pág. 336].

Es decir, que las actividades y las tareas que se realizan son las que realmente generan costos, y no los diferentes centros de costos, productos, pacientes o procedimientos.

Para cada una de las actividades debe considerarse un cost-driver, los cuales pueden ser de diferente naturaleza según cuál sea el tipo de actividad o centro de costo. Los cost-drivers más adecuados suponen “la elección de aquellos: 1) con los que mejor se representa la relación causa –efecto entre coste y actividad; y 2) que sean más fáciles de medir y observar” [Gimeno Juan A., Repullo José R., Rubio Santiago y Tamayo Pedro; 2006; Págs. 336-337]. Ejemplo: “para la actividad <movimiento interno de enfermos>, un inductor de costes podría ser el número de traslados efectuados; el número de pruebas, para una consulta externa; los minutos de uso, para una intervención; o el número de pedidos realizados, para comprar mercancías.” [Gimeno Juan A., Repullo José R., Rubio Santiago y Tamayo Pedro; 2006; Pág. 337].

Los autores del libro mencionado consideran que la determinación de los costes de los procesos sanitarios se obtiene a través de un proceso metodológico conformado por las siguientes etapas:

“

1. Definir el catálogo de tareas y actividades en cada unidad
2. Establecer el tiempo dedicado por cada profesional a cada tarea o actividad
3. Relacionar el material fungible básicos o específicos necesarios para la realización de cada tarea o actividad
4. Determinar la cuantía de los suministros, tales como electricidad, agua, teléfono, en cada tarea o actividad
5. Asociar los bienes de capital desgastados en cada tarea o actividad
6. Considerar los servicios recibidos asignables a cada tarea o actividad
7. Determinar los costes de estructura (dirección, administración) asignables a cada tares o actividad.”

[Gimeno Juan A., Repullo José R., Rubio Santiago y Tamayo Pedro; 2006; Págs. 337-338]

A su vez, mencionan ciertas ventajas como inconvenientes del empleo del ABC: - *Ventajas*: - Aplicable a organizaciones sanitarias, - establecen una relación de causalidad entre factores, tareas, actividades y procesos, - aportan conocimiento y claridad a los componentes del coste de los procesos, - facilitan la identificación de actuaciones que no generan valor añadido alguno, - son compatibles con los sistemas de costes directos y costes estándar de la contabilidad analítica, - pueden emplearse para asignar costes de forma más objetiva y precisa, eliminando las imprecisiones asociadas a los criterios y métodos de reparto, - hacen posible

que se puedan ofrecer mayores recursos a quien mejor los gestiona. *Inconvenientes*: - se desconocen sus consecuencias reales en cuanto al comportamiento de los recursos humanos y los sistemas organizativos, - existe aún escasa evidencia de que su puesta en funcionamiento mejora sustancialmente la eficiencia de la institución, - la información sobre costes es histórica, - subsisten problemas para la selección de los cost drivers y el criterio de reparto de los costes comunes a varias actividades. [Gimeno Juan A., Repullo José R., Rubio Santiago y Tamayo Pedro; 2006; Pág. 338]

El análisis ABC puede tener un profundo impacto en la calidad y la eficiencia de la prestación de la atención al paciente.

“Además, la evidencia de una capacidad no utilizada sustancial en las instalaciones de atención sanitaria tendrá unas implicaciones sorprendentes y espectaculares respecto a dónde puede tratarse a los pacientes con el coste más bajo. El tratamiento de los pacientes en las instalaciones existentes puede tener un coste mucho más bajo de lo que se creía antes, en cuanto que los costes de la capacidad no utilizada se hayan separados del coste de la capacidad utilizada” [Kaplan, R. y Cooper R. ; 1999; Pág. 70]

Existen ciertos casos de aplicación del ABC y en los cuales los autores coincidieron con sus ventajas en comparación con el costeo tradicional:

- ✚ Hospital Alexandria (Rotch, W., 1990): Se diseña un sistema para medir más exactamente los recursos consumidos por pacientes dentro de cada unidad médica cada vez que necesitan alguna actividad específica.
- ✚ Hospital Teórico (Helmi, M.A. y Tanju, M.N., 1991): Se plantea como ejemplo la adaptación del sistema ABC al área de cuidados de enfermería de un hospital teórico. Proponen una clasificación de los costes de enfermería por nivel de cuidados considerando tanto el número de actividades que precisan como la cantidad de recursos que ha requerido cada uno.
- ✚ National Health Service (NHS) (Hunter, B., 1992): Realiza una comparación entre los sistemas de cálculo de costes tradicionales y el sistema ABC, y una revisión de posibles aplicaciones y beneficios para el NHS de una implantación de este sistema.
- ✚ Hospital Braintree de Boston (Carr, L.P. , 1993): Introduce el modelo ABC en su empresa para conocer el coste del cuidado de enfermería ofrecido a cada

diagnóstico de paciente individual, lo cual aporta a la dirección un conjunto de datos reales y más fiables para poder negociar con la compañía aseguradora.

- ✚ ABC en laboratorio (Lilian Chan, Y.C., 1993): Aplica las diferentes etapas del proceso ABC en el área Laboratorio y compara los resultados obtenidos con los que generaría un sistema convencional.
- ✚ Área de radiología (Canbym J.B., 1995): Estudia la aplicación del ABC en la especialidad de radiología, en la que define actividades principales y secundarias y determina el coste de las mismas.

Marco teórico del Sistema ABC

Como ya se ha mencionado anteriormente, el costeo por actividades (ABC) tiene sus orígenes a mediados de la década de los 80, sus creadores son: Cooper Robin y Kaplan Robert, determinando que el costo de los productos debe comprender el costo de las actividades necesarias para fabricarlo y venderlo, además del costo de las materias primas. Desde el punto de vista del costo tradicional, estos asignan los costos indirectos utilizando generalmente como base los productos a producir, a diferencia del ABC que identifica que los costos indirectos son asignables no en los productos, sino a las actividades que se realizan para producir dichos productos.

En inglés es llamado "Activity Based Costing". Este método de Costos Basados en Actividades y Niveles de Responsabilidad, es tan sólo enfocar o ampliar el Sistema de Administración por Áreas y Niveles de Responsabilidad, al área de Costos de Producción y cambiar o dar otro enfoque y estructura al prorrateo de Gastos Indirectos de Fabricación, exclusivamente.

Aunque para muchos el ABC es considerado como un sistema, se trata de un método de costeo de la producción basado en las actividades realizadas en su elaboración. El método es diseñado para las empresas de manufactura, sin embargo gracias a los buenos resultados en el manejo del mismo su aplicación se extiende a las empresas de servicios.

Los objetivos del costeo ABC son:

- Medir los costos de los recursos utilizados al desarrollar las actividades en un negocio o entidad.

- Describir y aplicar su desarrollo conceptual mostrando sus alcances en la contabilidad gerencial.
- Ser una medida de desempeño, que permita mejorar los objetivos de satisfacción y eliminar el desperdicio en actividades operativas.
- Proporcionar herramientas para la planeación del negocio, determinación de utilidades, control y reducción de costos y toma de decisiones estratégicas.
- Es la asignación de costos en forma más racional para mejorar la integridad del costo de los productos o servicios. Prevé un enfrentamiento más cercano o igualación de costos y sus beneficios, combinando la teoría del costo absorbente con la del costeo variable, ofreciendo algo más innovador.

Su metodología se basa en el tratamiento que se les da a los Gastos Indirectos de Producción (GIP). Muchos costos indirectos son fijos en el corto plazo, ABC toma la perspectiva de largo plazo, reconociendo que en algún momento determinado estos costos indirectos pueden ser modificados y por lo tanto ser relevantes para la toma de decisiones. Las actividades también reciben el nombre de "transacciones", los conductores de costos (cost drivers) son medidas del número de transacciones envueltas o involucradas en una actividad en particular. Los productos de bajo volumen usualmente causan más transacciones por unidad de producción, que los productos de alto volumen, de igual manera los procesos de manufactura altamente complejos tienen más transacciones que los procesos más simples.

Entonces si los costos son causados por el número de transacciones, las asignaciones basadas en volumen, asignarán demasiados costos a productos de alto volumen y bajos costos a productos de poca complejidad.

Anteriormente, en la mayoría de los centros de costos el único factor de medida para asignar los costos a los productos era usando factores en base a las horas máquina u horas hombre, que pueden reflejar mejor las causas de los costos en su ambiente específico. El costo ABC utiliza tanto la asignación (cost drivers) basada en unidades, como los usados por otras bases, tratando de producir una mayor precisión en el costo de los productos o servicios.

El método ABC consiste en:

1. Definir objetos de costo, actividades claves, recursos y causantes de costo relacionados. Definir actividades que apoyan beneficios (out puts) como causa de esas actividades.

2. Desarrollar un diagrama basado en procesos que represente el flujo de actividades, los recursos y la relación entre ellos. Definir la vinculación entre actividades y beneficios (out puts)
3. Recopilar datos pertinentes que se refieren a costos y flujo físico de las unidades del causante de costo entre recursos y actividades. Desarrollar los costos de las actividades.
4. Calcular e interpretar la nueva información basada en actividades. La administración ahora dispone de información de costos más exacta para la planeación y la toma de decisiones.
5. En el proceso analítico de definir actividades y sus vínculos, los gerentes se ayudan a evaluar y reducir los costos de las estrategias.

Aplicación del Sistema de costeo basado en actividades en una clínica privada de salud

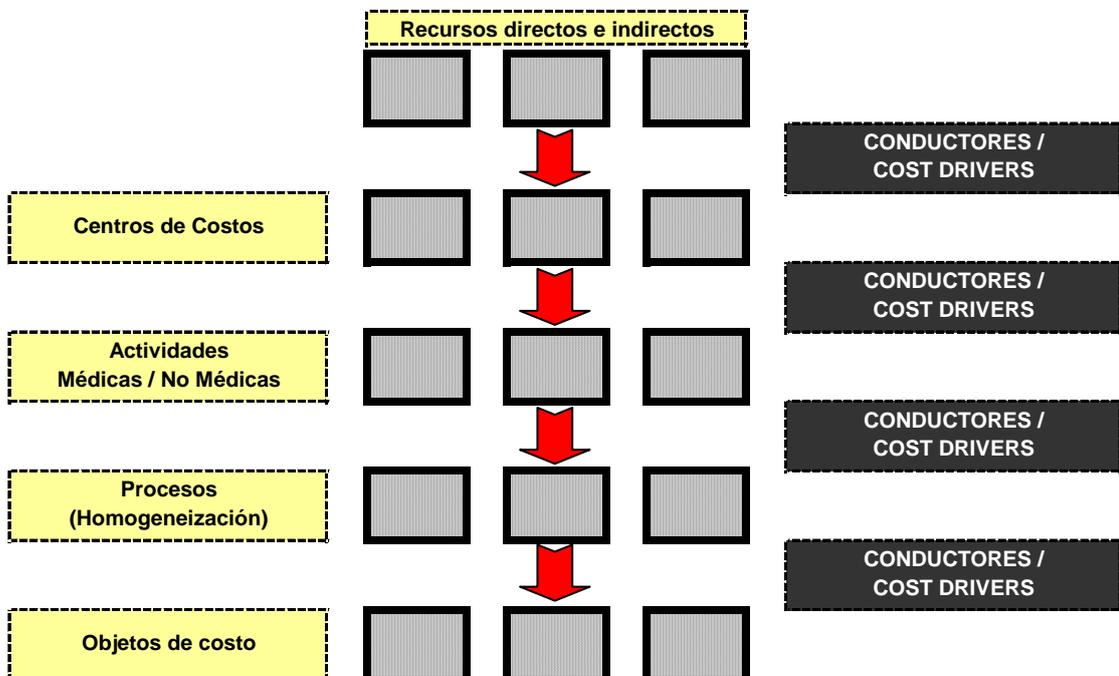
Según la definición de R. Cooper y R. Kaplan (1999), el modelo o sistema de costeo basado en actividades “es un mapa económico de los costos y la rentabilidad de la organización en base a las actividades”. Es decir, el modelo ABC establece que son las actividades y no los productos los que consumen factores de costos. A través de este modelo se realiza un análisis y cálculo de costos sobre la base de actividades que se llevan a cabo en los distintos centros de costos. Cada prestación ofrecida en la clínica incluye la realización de diversas actividades, siendo el sistema de costeo ABC el que se basa en el consumo de recursos o factores de costos que ha realizado cada una de ellas.

El sistema de costeo basado en actividades contiene información sobre los costos directos e indirectos, los centros de costos, las actividades, los procesos y los objetos de costeo. Su aplicación posibilita la identificación de las actividades que suponen un consumo de costos (recursos) y que añaden valor al producto o servicio. Brinda la oportunidad de conocer los costos en los que se incurre para desarrollar las actividades necesarias hasta producir un servicio o producto, sirviendo de apoyo a la evaluación económica de las operaciones realizadas en la clínica.

En el caso de las clínicas privadas de salud, es realmente difícil desarrollar procesos simples, repetitivos y uniformes, es por ello que se presenta una gran dificultad en el diseño de modelos o sistemas de costos basados únicamente en centros de costos. Es así como se genera la necesidad de generar información a partir de la implementación de un sistema de costeo basado en actividades. Este tipo de sistema, aplicado en una clínica, posibilita identificar las

actividades eficientes que aportan valor a los usuarios, es decir, aquellas que el paciente (cliente) es capaz de reconocer y valorar, además de dar la posibilidad de establecer una serie de indicadores para el seguimiento periódico de la gestión.

Gráfico Sistema de Costeo ABC



Cuando la clínica privada de salud implementa el sistema de costeo basado en actividades, se plantea las siguientes preguntas:

- I. ¿qué costos existen en la clínica? De qué tipo?
- II. ¿cuáles son los centros de costos que componen a la clínica?
- III. ¿qué actividades se realizan en cada centro de costo? Cuáles de ellas son principales y cuáles son auxiliares?
- IV. ¿cuánto cuesta realizar cada una de las actividades?
- V. ¿por qué la clínica necesita realizar actividades?
- VI. ¿qué actividades forman los procesos?
- VII. ¿qué proceso, parte o totalidad de cada actividad requieren los servicios / productos brindados al cliente (paciente)?

El armado correcto del sistema de costeo ABC permite proporcionar las respuestas a estas preguntas. Este modelo representa un mapa económico de los costes y la rentabilidad de la organización en base a las actividades. Es así como un sistema de información y un buen mapa de actividades se convierte en algo imprescindible.

❖ **Centros de costos:**

Un sistema de control exige la revisión periódica de los resultados logrados. Para que esto sea posible, es necesario que el sistema contable se encuentre diseñado de acuerdo con la estructura de responsabilidades de la empresa.

Delimitar centros de costos le permite a una clínica desarrollar un sistema de evaluación de desempeño, a través del cual los responsables de los mismos intentarán mejorar sus resultados en relación con sus metas e indicadores (económicos y de gestión). El modelo de evaluación de desempeño debe estar garantizado mediante una distribución justa de los recursos directos e indirectos a los centros de costos.

Los centros de costos pueden definirse como unidades mínimas de gestión, caracterizados por tener actividades homogéneas, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos propios, una responsabilidad definida y un código identificativo.

Los centros de costos pueden clasificarse en:

- ✓ **Finales:** definen las actividades principales. (ejemplos: cirugía, psiquiatría, pediatría, obstetricia y ginecología, medicina general)
- ✓ **Intermedios:** dan soporte a los finales. (ejemplos: admisión, farmacia, enfermería, laboratorio)
- ✓ **Estructurales:** dan soporte a los intermedios y son considerados independientes de la actividad. (ejemplos: Administración, Dirección).
- ✓ **Mixtos:** definen las actividades principales y dan soporte (ejemplo: Urgencias).

Cada centro de costo dentro de la clínica debe tener un código (numérico o alfanumérico) asociado tal que se lo pueda identificar con mayor facilidad en el sistema de información.

Ejemplos:

-  Medicina General: 01M
-  Pediatría: 05P
-  Cardiología: 06C
-  Laboratorio: 07L

Los códigos de los centros de costos pueden ser definidos por cada clínica en particular, aunque es esencial que se mantenga un orden determinado entre los mismos. Como ayuda memoria para el personal de la clínica, se podrá diagramar la estructura total de la misma y delimitar con colores cada uno de los centros de costos, identificándolos con el código / número respectivo.

En el caso del costeo basado en actividades, a estos centros de costos se los puede denominar “Centros de actividades”.

❖ **Actividades médicas / no médicas:**

Una actividad es un conjunto de operaciones o tareas con un carácter relativamente homogéneo, realizadas por un individuo o grupo de individuos. Es el conjunto de tareas necesarias para la realización eficaz e integradora de los procesos. Estas deberán estar lógicamente interrelacionadas con el objetivo de generar un resultado preestablecido para unos usuarios identificados (pacientes). Las actividades pueden clasificarse en:

- ∞ **Actividades primarias / principales:** aquellas que contribuyen en forma directa a resolver la misión de la unidad organizativa, ejemplo: realizar examen físico a los pacientes.
- ∞ **Actividades secundarias / auxiliares:** aquellas que sirven de apoyo a las actividades primarias, siendo esenciales para mantener la empresa en el mediano o largo plazo, ejemplo: elaborar programación de stock de materiales descartables y no descartables.

Por cada uno de los centros de costos debe haber un diccionario de actividades, las cuales también deberán poseer un código. Cada actividad deberá tener un nombre y una breve descripción. Cabe aclarar que, si bien el manual de funciones es de gran ayuda en el momento de diseñar el diccionario de actividades, no son sinónimos ya que no siempre una función es una actividad.

Al incluir cualquier actividad en el diccionario debe pensarse que habrá consumo de costos / recursos en ellas en el momento de ponerla en marcha. De no ser así debería replantearse si lo que se está analizando tiene la dimensión de actividad.

Entonces, en el diccionario de actividades, se deben incluir los datos relevantes asociados a una actividad, a saber:

- Nombre de la actividad
- Código de actividad: al codificar, la clínica debe establecer un orden y códigos numéricos o alfanuméricos que sean fáciles de recordar.
- Descripción: breve, se debe describir de que se trata la actividad y cuáles son sus principales objetivos.
- Tiempo de realización de la actividad: aproximado o promedio.
- Clasificación por proceso: se establece a que proceso pertenece cada actividad. Es parte de la homogeneización de actividades. Cada proceso está compuesto por un conjunto de actividades. Estas deben interactuar, por lo que en este item también será importante establecer con que actividades deben integrarse (nombre + código)
- Clasificación por centro de costo: en que centro/s de costo/s se realiza.
- Nivel de la actividad
- Cost-driver / inductor de costo a utilizar para dicha actividad, ejemplo: número de pacientes.

- Capacidad técnica de la actividad medida en volúmenes de inductor, ejemplo: cantidad de pacientes.
- Uso real de la actividad medida en inductores, ejemplo: % = cant. Pacientes / n° total de pacientes.

La clasificación de las actividades por procesos permite formar grupos homogéneos de actividades (Macroactividades), lo que permite simplificar el costeo y llevar a todas las actividades al mismo nivel y que compartan igual inductor de costos al tener que asignar los recursos consumidos al paciente. Por último, cabe aclarar que las actividades pueden consistir en operaciones / tareas médicas o no médicas. Esto es así ya que la clínica debe disponer de áreas administrativas y de gestión, que incluyen actividades no médicas.

❖ **Procesos (Homogeneización):**

Es un conjunto homogéneo de actividades que poseen un objetivo común. Cada centro de costo puede tener uno o varios procesos. Los mismos pueden clasificarse en procesos relacionados con el producto / servicio o relacionado con la administración (servicio indirecto).

Cada proceso debe generar un valor agregado y desarrollarse de manera eficiente. El costo del proceso se determina mediante la sumatoria del costo de las actividades que lo integran.

$$\text{Costo del Proceso} = \sum \text{costo de actividades}$$

A los procesos se los puede denominar “Macroactividades” y a las actividades que los componen “Microactividades”. Las Macroactividades se relacionan con los factores críticos de éxito en la clínica, ejemplo: pediatría, cardiología. Las Microactividades están constituidas por las operaciones y tareas. Las operaciones y tareas son las actividades de menor rango jerárquico y se encuentran comprendidas dentro de las microactividades, ejemplo: anamnesis.

❖ **Conductores /Cost-drivers:**

Con el objetivo de poder vincular los costos con los centros de costos, las actividades, los procesos y los servicios, se utilizan los inductores de costos o cost-drivers. Para el caso de vincular los costos con las actividades, puede entenderse al cost-driver como “...un elemento o

variable esencialmente física que intenta relacionar racionalmente una actividad con los productos a los que su realización agrega valor.” [Podmolguinye; 2007; Pág. 15]

Para poder distribuir los recursos (costos) se deben utilizar ciertos criterios de aplicación o distribución, denominados “Conductores”, “Cost-Drivers” o “Inductores de costos”.

Las posibilidades de distribuir un costo son muchas, pero sólo habrá una que garantice la mayor precisión. El cost-driver seleccionado debe:

- ❖ Representar el comportamiento del costo o explicar la relación causa – efecto.
- ❖ Garantizar independencia: las variaciones en el costo deben ser explicadas únicamente por el comportamiento del cost-driver.
- ❖ Ser ágil, fácil, económico y controlable (beneficio > costo)

Ejemplo de cost-diver de primer nivel: Al querer distribuir el costo de la electricidad (recurso indirecto) en una clínica, puede distribuirse su costo mediante el cost-driver consumo de energía por centro de costo. Para ello se deberán colocar medidores en la estructura utilizada por la clínica y cada centro de costo.

Algunos recursos pueden asignarse a un centro de costo de manera directa. Es por ello que se deben distribuir aquellos costos considerados indirectos y que no pueden ser asignados a un centro de costo particular excepto que se aplique un cost-driver.

Ejemplo de cost-driver de segundo nivel: El recurso de honorarios médicos debe distribuirse en todas las actividades que comprende el centro de costo con el tiempo que dedica a cada una de ellas. Para cada cost-driver es de suma importancia la medición de tiempos por parte del personal de la clínica, para luego establecer o fijar tiempos promedio por actividad.

En el caso de que un costo de una actividad deba ser distribuido entre procesos, puede que se realice en forma directa o mediante un cost-driver que represente el consumo que cada uno hace de la actividad (cost-driver de tercer nivel).

Cuando el costo del proceso debe direccionarse a objetos de costos se seleccionará el cost-diver adecuado (cost-driver de cuarto nivel).

Es menester decir que, es la relación de causalidad entre el conductor / inductor y el costo el que determina cuál debe ser la base de distribución.

❖ **Objetos de costo:**

Los objetos de costo de una clínica privada de salud son la gama de servicios que la misma brinda al paciente (cliente). Es lo que la empresa realiza dentro de su objeto social. Cada centro de costo final brinda una gama de servicios a los pacientes (clientes), los cuales deben estar listados para dejar claramente establecido el objetivo de cada centro de costo. Cabe aclarar que también se lo considera al paciente como objeto de costo, ya que es en él en donde recaen los costos de los servicios.

Pasos elementales para la implementación del sistema de costeo basado en actividades

El sistema de costeo basado en actividades, en una clínica privada de salud, se debe desarrollar a través de los siguientes pasos:

- 1) Determinar estructura de la organización (Diagrama claro de la estructura)
- 2) Definir los centros de costos
- 3) Definir los procesos (Macroactividades) dentro de cada uno de los centros de costos
- 4) Definir las actividades (Microactividades) para cada uno de los procesos /centros de costos
- 5) Medir y fijar tiempos promedio de cada actividad y por ende de cada proceso
- 6) Determinar y clasificar los costos / recursos directos e indirectos en la estructura general, en los centros de costos, en los procesos y en las actividades
- 7) Identificar cost-drivers / inductores de costos: conlleva el cálculo de los consumos de inductores, es decir, determinar el nivel de uso de las actividades y de los centros de costos.
- 8) Asignación de costos: A los centros de costos y a las actividades. Puede ser realizada de tres maneras:

- i. Directa: se realiza sin tener que utilizar cost-drivers, es decir, se asigna el costo directamente al centro de costo / actividad.
- ii. A través de cost-drivers / inductores de costos: una vez identificados los centros de costos, procesos y actividades, se deberá asignar el costo a cada centro de costo / actividad mediante un cost-driver o inductor de costo que represente el nivel de consumo que posee.
- iii. Indirecta: los costos consumidos por los centros de costos / actividades de apoyo o auxiliares deberán ser asignados a los centros de costos / actividades principales mediante inductores de costos o cost-drivers.

9) Definir el costo por paciente o el costo por servicio (1 o más procesos brindados)

Los 9 pasos mencionados se podrán realizar siempre y cuando se haya constituido el sistema de información adecuado a la clínica en su totalidad.

Aunque parezca sencillo, el **paso n° 1 y n° 2** son sustanciales para comenzar la implementación del sistema de costeo ABC. Especificar y dejar establecido en un organigrama / diagrama e informe acerca de la estructura y su composición con centros de costos, es el punto de partida para determinar los procesos y actividades que se realizan en la clínica. Como parte de estos dos pasos, debe conocerse la ubicación física de cada centro de costo y de la estructura general. Para ello y para una mayor visibilidad de la clínica, puede realizarse un plano delimitando los metros cuadrados que ocupa cada centro de costo, ubicando si es posible el lugar en donde se realizan los procesos. Puede demarcarse cada centro de costo con el código correspondiente.

En el **paso n° 3**, se hace referencia a poder agrupar las actividades (microactividades) en procesos (macroactividades). Puede que se intente organizar el sistema ABC en torno a los procesos pero “el problema es que un proceso empresarial, al igual que su puesta en marcha, puede ser demasiado heterogéneo para acumular costes que luego han de ser asignados a los productos, servicios o clientes de un solo inductor de costos.” [Kaplan R., Cooper R; 1999; pág. 101]. El problema se basa en que cada actividad puede exigir un inductor de costos diferente. Las actividades con inductores de costos únicos son la unidad básica de análisis de los sistemas ABC, aunque las actividades pueden seguir siendo agregadas para que se pueda ver el costo total de realizar un proceso. A efectos de realizar benchmarking, externo e interno, puede ser

útil para comparar el costo total de realizar el mismo proceso en diferentes clínicas o en diferentes centros de costos de la clínica. Esto permite identificar prácticas eficientes o mejorar aquellos procesos ineficientes.

Respecto del **paso n° 4**, es substancial el desarrollo del diccionario de actividades. Las clínicas realizan gastos indirectos y directos a fin de que se realicen actividades importantes y obtener beneficios. En el sistema de costeo ABC, la preocupación principal es acerca de por qué se gasta dinero. En el desarrollo del sistema, se deben identificar claramente cada una de las actividades. Las actividades se describen por medio de verbos y objetos asociados, ejemplo: diagnosticar al paciente, comprar materiales, emitir reportes, etc. La identificación de todas las actividades permitirá la construcción de un diccionario de actividades que nombre y defina las características de cada actividad realizada en cada uno de los centros de costos.

La forma de poder confeccionar el diccionario dependerá de las políticas de trabajo de cada clínica. Una de las posibilidades es mediante los empleados, en un proceso de abajo-arriba (up-down), para definir el diccionario de actividades. Esto permite que se involucre a toda la organización en la construcción del ABC y que se genere la confianza de que el modelo refleja la realidad de la organización. En el caso de que se definan las actividades a un nivel muy detallado por parte de cada uno de los empleados, conducirá a cientos de actividades o más dentro de la clínica. Esto puede resultar caro y a su vez confuso. El equipo destinado a armar el diccionario de actividades deberá tener la capacidad de utilizar métodos prácticos como el ignorar actividades que utilizan menos de x % del tiempo de un individuo o de la capacidad de un recurso. El número de actividades estará relacionado con el propósito, tamaño y complejidad de cada uno de los centros de costos de la clínica.

Cabe aclarar que la clínica necesita de las actividades para diseñar, construir y entregar productos y servicios a los pacientes (clientes). Siempre se debe evaluar si las actividades o procesos merecen ser realizados. Para poder evaluar esto es necesario poder conocer cómo los costos de las actividades se vinculan a los productos o servicios y clientes que son los beneficiarios finales de las actividades de la organización.

Respecto del **paso n° 5**, para poder determinar el tiempo promedio de cada actividad y por ende de cada proceso, puede utilizarse un equipo de trabajo para que mediante encuestas / entrevistas consulte al personal sobre el tiempo que considera necesario para la realización de cada una de las actividades. Para luego poder controlar el tiempo en el que se ejecutan dichas actividades puede implementarse un reporte de tiempos diario para que cada personal

lo complete de manera que quede establecido en el sistema de información la duración de cada actividad realizada, y posteriormente poder constatar con el tiempo teórico que había valuado.

Antes de poder asignar los costos (**paso n° 6**) desde la estructura general a los centros de costos y desde los centros de costos a las actividades, el sistema de información de la clínica debe permitir clasificar los gastos / costos por naturaleza y por tipo (directo/indirecto). Ejemplos: honorarios, salarios, materiales descartables, informática, mantenimiento, amortizaciones de equipos y de edificio, tecnología, energía, etc.

Los inductores de costos o cost-drivers (**paso n° 7**) son los que recogen los costos del sistema y los conducen primero hacia los centros de costos y luego hacia las actividades. La selección de inductores de costos y la estimación de su cantidad debe estar correctamente documentada. Esta selección y estimación puede realizarse a través de encuestas a los empleados, pudiendo en la misma completar el porcentaje de tiempo que invierten en cualquier actividad del listado previamente documentado, además de colaborar respecto de cuál sería el inductor óptimo a utilizar para la distribución de costos no relacionados con sus actividades personales. Es decir, que para los recursos / costos que no son de personal, pueden realizarse mediciones directas (cuánta electricidad, cuánto tiempo, cuantos metros cuadrados) o bien estimarse el porcentaje de recursos utilizados por cada actividad. Es probable que para algunos costos indirectos no se pueda realizar una asignación directa del consumo, por lo que la única alternativa para poder realizar la asignación de los mismos entre las actividades sea el tiempo (horas, minutos) que demanda cada una.

Debe tenerse presente que la vinculación entre las actividades y objetos de costos se consigue utilizando inductores de costos / cost-drivers de cada actividad. Estos son la medida cuantitativa del resultado de una actividad. La selección de los inductores de costos no es una tarea sencilla, ya que pueden existir un gran número de vínculos potenciales entre actividades y outputs. Al diseñar el costeo basado en actividades, se debe elegir entre tres tipos de inductores de costos:

- ✓ *Inductores de transacción:* cuentan la frecuencia con que se realiza una actividad. Pueden utilizarse cuando todos los resultados requieren esencialmente las mismas demandas de la actividad. Aunque se trata de los inductores menos caros, son los menos precisos ya que asumen que se necesita la misma cantidad de recursos cada

vez que se realiza una actividad, es decir, la actividad es homogénea a través de los productos / servicios.

- ✓ *Inductores de duración:* representan la cantidad de tiempo (horas, minutos) necesario para realizar una actividad. Deberían utilizarse cuando existen variaciones significativas en la cantidad de actividad requerida para productos diferentes. Este tipo de inductores son más caros de poner en práctica ya que el modelo exige una estimación de la duración, cada vez que se realiza una actividad. “Algunas empresas hacen una estimación de la duración construyendo un índice basado en la complejidad del resultado que se maneja. El índice es una función de complejidad del producto o del cliente procesado por la actividad, asumiendo que la complejidad influye en el tiempo necesario para realizar la actividad.” [Kaplan R., Cooper R.; 1999; Pág. 105]
- ✓ *Inductores de intensidad:* realizan un cargo directo de los recursos utilizados cada vez que se realiza una actividad. Este tipo de inductores son considerados los de mayor exactitud aunque son los más caros cuando se los lleva a la práctica. Deberían utilizarse cuando los recursos asociados a la realización de una actividad son caros y variables cada vez que se realiza esa actividad.

El inductor de costos de una actividad debería equipararse al nivel de jerarquía de costos de su actividad asociada.

En relación al **paso n° 8**, para la asignación de costos a cada uno de los centros de costos y posteriormente a las actividades y procesos, se debe realizar un mapa que permita llevar el costo desde la estructura general a los centros de costos, y luego desde los centros de costos a las actividades. Los inductores de costos / cost-drivers, mencionados en el paso n° 7, son los que van a permitir vincular los costos indirectos a los centros de costos y luego a las actividades relacionadas. Cabe aclarar que la distribución de costos, a diferencia de la utilizada en sistemas tradicionales, se realiza a los centros de costos (departamentos o sectores) y a las actividades en simultáneo mediante los cost-drivers. Si se imagina una matriz, en el sistema ABC se observan los conceptos de costos en columnas, y los centros de costos y sus actividades en filas, permitiendo así un análisis de costos por centros de costos y por actividades obteniendo un control amplio del impacto de todos los costos.

En el **paso n° 9**, una vez determinados los costos por actividad y por proceso, lo único que deberá realizarse para conocer el costo por paciente es sumar el costo de los procesos que le fueron brindados y que en su conjunto o en forma particular constituyen un servicio. En la ficha o historia clínica se deja plasmado que procesos / actividades le fueron brindados por lo que sumando sus costos se determinará el costo del servicio prestado al paciente.

Codificación en el sistema de costeo basado en actividades

El sistema de costeo basado en actividades debe llevarse adelante con la ayuda de la simplificación de los procesos de registración en el sistema de información. Es conveniente la codificación de los siguientes elementos:

- ◆ Centros de costos
- ◆ Procesos (Macroactividades)
- ◆ Actividades (Microactividades)
- ◆ Costos
- ◆ Inductores de costos / cost-drivers
- ◆ Historia clínica o paciente
- ◆ Personal (n° legajo)

Ejemplos:

C00001 – Medicina general

P00001 – Diagnóstico principal

A00001 – Anamnesis

000000105 – Honorarios médicos

CD00000012 – cost-driver = tiempo a disposición del médico para la actividad mencionada = 20 minutos sobre totalidad de tiempo que el médico trabaja para la clínica = 9.600 minutos.

P000000350 – Historia clínica del Paciente n° 350

L0000150 – Legajo del personal n° 150 – médico clínico.

El esquema de codificación asociado con cada actividad facilita que se informe de los costos de las mismas. Al emitir un informe sobre alguna actividad desde el sistema de información, deberá reflejar el lugar concreto en el que se realizó, la/las persona/s responsable/s, los costos consumidos, y el tiempo que demandó su realización.

Todos aquellos conceptos que representen costos pueden tener plasmado un código asociado en un código de barras. Con la ayuda de lectores de códigos de barras en cada uno de los lugares de la clínica permitirá conocer con mayor exactitud el consumo de recursos por cada centro de costo / actividad. La única labor que se debe realizar para poder lograr este registro es la del personal de la clínica para que utilicen los lectores. Además, puede que cada

lugar de la clínica, que represente un centro de costo, tenga un código de barras asociado que permita al personal registrar su ubicación al ingresar al mismo. A su vez, el centro de costo mediante una lectora registrará el ingreso y egreso del personal con el código de barras asociado a su legajo.

Breve descripción del concepto “Código de Barras”

A continuación, se describirá brevemente el concepto de código de barras:

Definición de código de barras

El Código de Barras es un arreglo en paralelo de barras y espacios que contiene información codificada en las barras y espacios del símbolo. Esta información puede ser leída por dispositivos ópticos, los cuales envían la información leída hacia una computadora como si la información se hubiera tecleado.

Ventajas:

Algunas de sus ventajas sobre otros procedimientos de colección de datos son:

- Se imprime a bajos costos
- Permite porcentajes muy bajos de error
- Los equipos de lectura e impresión de código de barras son flexibles y fáciles de conectar e instalar.

Beneficios

Es la mejor tecnología para implementar un sistema de colección de datos mediante identificación automática, y presenta muchos beneficios, entre otros.

- Virtualmente no hay retrasos desde que se lee la información hasta que puede ser usada
- Se mejora la exactitud de los datos
- Se tienen costos fijos de labor más bajos
- Se puede tener un mejor control de calidad, mejor servicio al cliente
- Se pueden contar con nuevas categorías de información.
- Se mejora la competitividad.

Aplicaciones

Las aplicaciones del código de barras cubren prácticamente cualquier tipo de actividad humana, tanto en industria, comercio, instituciones educativas, instituciones médicas, gobierno, etc.

- Control de material
- Control de inventario
- Control de tiempo y asistencia
- Control de calidad
- Control de inventario
- Control de documentos
- Facturación
- Bibliotecas
- Bancos de sangre
- Control de acceso
- Control de tiempo y asistencia

Identificación automática

Los sistemas que utilizan código de barras se conocen como Sistemas de identificación automática (Auto ID). Se describen a continuación los principales equipos y accesorios requeridos por éstos sistemas.

Lectores de código de barras

La función de estos equipos es leer la información codificada en las barras y espacios del símbolo de código de barras y enviarla a un decodificador que a su vez la envía a una computadora terminal como si la información hubiera sido tecleada.

Funcionamiento de los lectores de código de barras

Los lectores generan una señal digital pura de las barras y espacios. En el caso de los lápices ópticos ésta señal es de baja frecuencia, pues es generada por el barrido de las barras y espacios que hace el operador al deslizar el lápiz sobre el símbolo de código de barras. En el caso del laser, la señal es similar a la generada por el lápiz, sólo que a una frecuencia mucho mayor. Esta última señal es conocida como HHLC (Hand held laser compatible).

Interfaces de los lectores de código de barras

Obviamente las señales HHLC y wand requieren ser decodificadas para poder ser usadas por la computadora, y para ésto existen diferentes interfaces.

Tipos de lectores

Los cuatro principales tipos de lectores son:

- LÁPIZ ÓPTICO O WAND

Debe ser deslizado haciendo contacto a lo ancho del código. Como se menciona anteriormente, envía una señal digital pura de las barras y espacios a una frecuencia igual a la velocidad con que se desliza el lápiz.

- Ventajas: es económico
- Desventajas: es lento, requiere que el usuario tenga práctica, tiene un bajo first read rate, requiere un decodificador de teclado, depende de la calidad de impresión del código.

- LASER DE PISTOLA

Realiza un barrido mediante una luz laser y que genera una señal similar a la del lápiz óptico, pero a una mayor frecuencia. Esta señal es conocida como HHLC (Hand Held Laser Compatible)

- Ventajas: es rápido, puede no requerir decodificador de teclado, puede leer a distancia (standard 5 a 30 cm, especial hasta 15m con etiquetas de papel retrorreflectivo), tiene un alto FRR.
- Desventajas: es relativamente caro (aunque existen modelos de 545 dls), puede presentar problemas de durabilidad debido a sus partes móviles (espejos giratorios), puede tener problemas para leer con demasiada luz ambiental.

- CCD (CHARGE COUPLED DEVICE)

Mediante un arreglo de fotodiodos toma una 'foto' del símbolo de código de barras y la traduce a una señal, que puede ser similar a la enviada por el laser (HHLC) o a la del lápiz óptico.

- Ventajas: es rápido, es económico, es muy durable por no tener partes móviles, puede no necesitar decodificador de teclado, tiene un alto FRR.
- Desventajas: requiere estar muy cerca del código (0-1.5cm), no puede leer símbolos que rebasen el ancho de su ventana.

- LASER OMNIDIRECCIONAL

Es un lector que envía un patrón de rayos laser y que permite leer un símbolo de código de barras sin importar la orientación del mismo.

- Ventajas: Todas las ventajas del laser de pistola más un FRR de prácticamente 100%.

- Desventajas: es caro (aquí no hay modelos económicos), el operador requiere que los artículos etiquetados no sean muy voluminosos pues el scanner se monta en posición fija.

Variantes y diferencias entre lectores

Existen modelos de lectores que tienen solamente una interface integrada, pero hay algunos de ellos (generalmente laser y omni) que pueden tener varias interfaces y que requieren un simple cambio de cables y una reconfiguración para cambiar de una interface a otra.

Costos de una clínica privada de salud

La primera clasificación de costos que se debe realizar, como uno de los pasos del sistema de costeo es la siguiente:

- a) **Costos Directos:** es aquel que se puede asignar directamente a cada centro de costo, proceso, actividad o servicio / producto de la clínica privada de salud.
- b) **Costos Indirectos:** es aquel que no se puede asignar en forma clara a los centros de costos, procesos, actividades o servicios / productos de una clínica privada de salud. Para lograr una distribución adecuada de los mismos se debe establecer un criterio de asignación (cost-drivers o inductores de costos).

Para evitar dudas o confusiones en relación a cuáles son costos indirectos y cuáles no, es conveniente que en primer lugar se asignen los costos directos a los centros de costos, procesos, actividades o servicios / productos, para que de esta manera los únicos costos faltantes de distribuir sean los indirectos y así evitar distorsiones. La elaboración de tablas o diagramas que muestren cómo distribuir los costos indirectos y cuáles son los criterios de asignación utilizados es útil para establecer una estandarización eficiente de la distribución de la totalidad de los costos indirectos.

Los costos que se presentan en una clínica privada de salud son:

-  Honorarios profesionales / gastos de personal médico y no médico
-  Materiales descartables / insumos / suministros
-  Medicamentos
-  Equipos (incluyendo los de alta tecnología): amortización / mejoras.

- ✚ Energía (Luz, gas, teléfono)
- ✚ Muebles y útiles para oficina
- ✚ Muebles y útiles para la realización de actividades médicas (ejemplo: camas, camillas, frazadas, sábanas, muebles, artefactos eléctricos)
- ✚ Alquiler o Amortización del edificio
- ✚ Impuestos varios
- ✚ Logística
- ✚ Mantenimiento
- ✚ Alimentación de pacientes y de personal

Cada uno de los costos mencionados, entre muchos otros, forman parte del costo que implica la estructura de la clínica y cada uno de los centros de costos.

Clasificación de costos

Los costos existentes en las clínicas, que son consumidos por los centros de costos y actividades, se clasifican en directos e indirectos dependiendo de su posible asignación o distribución. Los costos directos son aquellos recursos dedicados a un determinado centro de costo o actividad en concreto, mientras que los costos indirectos existen cuando se presentan recursos destinados o consumidos por múltiples centros de costos o actividades.

Al existir costos comunes a varios centros de costos o a varias actividades se presenta la necesidad de establecer un método de asignación para el caso de costos indirectos. Este método de asignación es el que se logra a través de la utilización de cost-drivers o inductores de costos y es el que permite garantizar el principio de proporcionalidad entre la cantidad de costo asignado a cada actividad y la cantidad de factor consumido. La distribución de los costos mediante un método de asignación adecuado es de utilidad para la toma de decisiones relativas a los centros de costos y a las actividades, tal que la evaluación y análisis que se deban efectuar deberá incluir todos los costos o recursos efectivamente utilizados.

En las clínicas privadas de salud, al evaluar los diferentes costos se puede observar una gran proporción de costos que no pueden ser afectados directamente a las actividades. Esto puede ocasionarse por la imposibilidad de asociar dichos costos a los centros de costos o a la realización de cada actividad o por la imposibilidad de obtener información o el costo de obtención de la misma. Al observar este aspecto en un costo particular (ejemplos: limpieza, mantenimiento, suministro eléctrico, impuestos) deberá ser asignado a la actividad mediante

un criterio de distribución de costo (inductor o cost-driver). Esta situación es observable ante la presencia de costos indirectos.

Por lo explicado anteriormente y con el objetivo del armado óptimo del sistema de costeo basado en actividades, deben clasificarse la totalidad de los costos de la clínica en directos o indirectos. Es en la estructura completa de la clínica privada de salud donde se deben identificar la totalidad de los costos presentes en la estructura, y así poder analizar el porcentaje de costos que se pueden asignar directamente a los centros de costos y luego a las actividades y el correspondiente a aquellos que se deban asignar mediante criterios de reparto.

Breve descripción de los tipos de costos más relevantes en una clínica:

1 - Costos de personal

El principal recurso de las clínicas privadas de salud es el personal, el cual en su mayoría es de elevada calificación técnico-profesional.

En la clínica privada de salud pueden existir diversas formas en que los médicos cobran sus honorarios. Estos cobran por prestación, como es el caso de las prácticas nombradas y no nombradas de uso general, o bien a través de una suma fija determinada por medio de contratos internos celebrados entre la clínica y los diferentes servicios.

El costo de personal es medido en tiempo efectivo consumido en realizar las actividades, y según las horas (minutos) trabajadas y la retribución bruta de las diferentes categorías profesionales que trabajan en la clínica. Es decir que el cost-driver de los costos de personal que se utiliza generalmente es el tiempo (horas / minutos). Por ello, cuando se quiere conocer el costo de las distintas tareas que engloba una actividad será el resultado de multiplicar el costo unitario por unidad (\$/hora o \$/minuto) y la cantidad. Se debe multiplicar el tiempo empleado en realizar cada tarea por el costo hora o minuto de la categoría profesional que la realiza y la cantidad de veces que realiza la tarea.

Para la realización de la imputación de costos de personal es necesaria la descripción de todas aquellas actividades que componen los procesos y por ende los centros de costos, y la definición del tiempo necesario para la realización de las mismas. Para el cálculo del costo por hora/minuto es necesario conocer la retribución bruta o la jornada laboral.

El personal que representa un costo para la clínica es:

- Personal médico y / o profesional
- Personal Técnico
- Personal administrativo
- Personal de servicio y maestranza

2 - Costos de materiales

Los materiales que se utilizan en una clínica privada de salud son variados. Son materiales fungibles, ejemplos: medicamentos, placas (radiografías), jeringas descartables, suero, etc. Es imprescindible la descripción detallada de los materiales que se consumen en cada centro de costo para la realización de las distintas actividades que componen los procesos. Se deberá mantener actualizado el costo unitario de cada uno de los materiales mediante una política adecuada de stock. Es conveniente que la clínica disponga de un catálogo, dentro del sistema de información, en donde se establezca:

- I.Código del material (es ideal que incluya un código de barras que lo identifique)
- II.Nombre
- III.Descripción detallada
- IV.Costo unitario
- V.Cantidad disponible (inventario + control de stock)

Es útil que el catálogo se encuentre digitalizado, de manera que sea de fácil actualización y que permita conocer el stock disponible permanentemente. Dado el alto costo que representan algunos de los materiales consumidos en una clínica, se hace necesario el control exhaustivo del inventario ya que de lo contrario el riesgo de pérdida estará siempre presente y será inevitable.

La confección de un código de barras para cada uno de los materiales es de gran ayuda para lograr la trazabilidad exacta de los mismos. Es una herramienta simple que permite conocer el origen y el destino del material. A través de la implementación de la misma, conjuntamente con el sistema de costeo basado en actividades, se podrá identificar qué materiales consume cada actividad (costo unitario x cantidad). Para ello es necesaria la instalación de lectoras de código de barras en cada lugar de la clínica, de manera que se sepa donde es consumido el material y para que.

Entonces, si se suman todos los costos de los materiales de todas aquellas actividades que son necesarias en la realización de un determinado producto / servicio se obtiene el costo del material empleado en la prestación de un servicio o realización de un producto.

Si el costo del material se puede asignar directamente al centro de costo o a la actividad se estará en presencia de un costo directo. La utilización del código de barras asociado a cada uno de los materiales facilita que el costo de los mismos se asigne en forma directa a los centros de costos o actividades que corresponda. Son costos que se pueden identificar de forma directa con la realización de la actividad.

Algunos costos Indirectos y sus posibles criterios de asignación

- **Mantenimiento:** para su distribución se recomienda tomar el tiempo dedicado a cada centro de costo y a cada actividad.
- **Lavadero:** deben registrarse los kilogramos de ropa lavados por cada centro de costo, y para pasar el costo a la actividad deberá ser en función al porcentaje de utilización.
- **Ropería:** se trata del almacenamiento de ropa lavada, por lo que se puede aplicar el mismo criterio de asignación que el item anterior.
- **Alimentación:** cantidad de raciones entregadas por centro de costo. Para asignar el costo a la actividad puede ser en forma directa ya que una de las actividades dentro del centro de costo puede consistir en “servir comida al paciente”. La alimentación en el comedor por parte del personal deberá formar parte del costos del personal, aunque dependiendo de la política establecida en la clínica podrá ser descontado este costo del salario.
- **Depósito:** es el lugar en donde se almacena el inventario utilizado por los diferentes centros de costos de la clínica → su criterio de asignación puede ser los metros cuadrados destinados a almacenar los artículos de cada centro de costo. Este costo será asignado directamente a la actividad que corresponda. Si se logra confeccionar un sistema de inventario que brinde estadísticas valorizadas de consumos por centro de costo destino, podrá tomarse ese dato. Con la ayuda del código de barras, lo mencionado puede realizarse fácilmente.
- **Estructura / Edificio:** el costo incluye impuestos territoriales, ABL, agua y cloacas, alquileres, amortizaciones y similares → se deben prorratear en función de la superficie que ocupa cada centro de costo (m²). Para evitar generar redistribuciones, será conveniente evitar considerar la superficie de pasillos y patios

comunes. En el caso de que la clínica posea espacio para cocheras, se deberá tomar sobre la base de los centros de costos de pertenencia de los vehículos autorizados. Cabe aclarar que si se percibe un canon de estacionamiento, éste debe descontarse de tales costos. Además, para poder asignar este costo a cada actividad deberá ser en función del tiempo que una consume dentro del centro de costo.

- **Electricidad y grupo electrógeno:** se podrá distribuir en función de la potencia instalada en cada centro de costo (kw). Si no se encuentra disponible este dato, se deberá emplear la superficie (m²) aunque considerando los sectores de mayor consumo.
- **Maestranza y limpieza:** conforme a los metros cuadrados de cada centro de costo. Además, para poder asignar este costo a cada actividad deberá ser en función del tiempo que una consume dentro del centro de costo.
- **Telefonía:** las líneas fijas deberán atribuirse al centro de costo que las posee y no necesitarán ser distribuidas de acuerdo a un criterio de asignación. Para el conmutador se toma la cantidad de internos de que dispone cada centro de costo. Si el conmutador posee aranceles para llamadas pedidas por pacientes internados, dicho ingreso debe descontarse del costo atribuido a cada centro de costo. Para asignar el costo a las actividades, puede realizarse en forma directa si que existe actividad asociada a la utilización el teléfono o de acuerdo al tiempo de duración de cada actividad.
- **Sistemas / centros de cómputos:** estadísticas de uso de computadoras centrales por usuario. Si no se dispone de este dato, la cantidad de computadoras existentes en cada centro de costo. El costo de cada computadora instalada en cada centro de costo se asigna al mismo. Para su asignación a cada actividad se puede utilizar el tiempo de utilización (horas / minutos sobre el total de horas / minutos a disposición).
- **Administración de consultorios externos:** debe evaluarse si se atiende turnos, entrega de informes, autorizaciones para servicios complementarios como laboratorio, Rx, TAC, RMN, medicina nuclear, etc.. En estos casos se deberá distribuir conforme a la cantidad de prestaciones brindadas por cada centro de costo. Respecto de la asignación por actividad, deberá ser en forma directa si una actividad solicita el servicio o en función del tiempo.
- **Administración de internación:** se asignan costos al centro de costo de internación donde la misma tiene inicio, ponderándose las cantidades en función al tiempo exigido para cada caso. Para asignar el costo a las actividades se hará en función del tiempo proporcional de las actividades asociadas a internación.

- **Dirección médica:** pueden distribuirse en función de la cantidad de profesionales de cada centro de costo, y luego a cada actividad en función del tiempo que insumen.
- **Enfermería:** según la dotación dedicada a cada centro de costo (incluye jefe de enfermería, personal de enfermería, auxiliares y mucamas dependientes). Para asignar el costo a las actividades asociadas será en función del tiempo.
- **Auditoría médica:** puede distribuirse en función a valores facturados por centro de costo. Esto es en el caso de que no se disponga de estadísticas sectorizadas por centros de costos. El costo será asignado a las actividades en función del tiempo.
- **Administración de personal:** conforme a la dotación utilizada en cada centro de costo. Se puede ponderar un mayor peso para aquellos centros de costos que mayor dedicación o tiempo exigen. Para su asignación a cada actividad será en función de la cantidad de personal dedicado a cada actividad. En el caso de que una actividad no requiera de personal, no absorberá este tipo de costo.
- **Contaduría y finanzas:** para su distribución puede utilizarse el monto de facturación por centro de costo. La asignación del costo a las actividades se realizará en función del tiempo.
- **Farmacia:** su distribución se realizará en función de los medicamentos suministrados. Algunos medicamentos se reparten entre centros de costos y/o actividades, debiendo tomar un criterio de reparto como cantidad de mg suministrados.

Objetivo del sistema de costeo basado en actividades

Implementar el sistema de costeo basado en actividades en una clínica privada de salud implica la toma de algunas decisiones:

- I. Si el sistema debe funcionar de forma independiente del resto de los sistemas que generan información en la empresa o bien debe integrarse con ellos.
- II. Destinar mayores recursos a la realización del mismo. Generalmente el sistema ABC requiere de una cantidad mayor de datos y de recursos, generando información mucho más detallada que los sistemas convencionales.

Este sistema persigue objetivos tales como:

- ❖ Determinar con mayor exactitud el costo de los servicios que ofrece la clínica.

- ❖ Ordenar por actividad los costos obtenidos por sistema.
- ❖ Perseguir a los directivos para que conozcan qué procesos son rentables y cuáles no.
- ❖ Aportar información a los médicos para que se involucren en el control de costos.

El sistema de costeo basado en actividades se desarrolló inicialmente para entender, asignar, controlar y disminuir los costos indirectos. Es una herramienta de la administración y de la contabilidad. Todas las actividades de una clínica existen para apoyar el diseño, producción y prestación de los servicios a los pacientes.

El enfoque ABC es sustancialmente más preciso en la asignación del costo total real a los productos / servicios que ocasionan el costo. Si se mira el costeo basado en actividades desde la perspectiva de la gerencia estratégica de costos, el ABC se considera como una herramienta financiera muy útil de la gerencia estratégica.

Para lograr la mejora de una organización es indispensable contar con información de las actividades realizadas y el costo de las mismas, lo cual permite un análisis para establecer prioridades en los esfuerzos a realizar. El costeo en base a actividades mediante sus costos generadores ayuda a identificar oportunidades de mejora.

Para conseguir el mejoramiento continuo de la organización, se requiere que la información relevante sea proporcionada a tiempo con la ayuda de un buen sistema de información. Disponer de información sobre el costo de las actividades es útil para identificar las estrategias apropiadas para lograr la mejora de la organización.

Los cost-drivers o generadores de costos son los indicadores de medición del costeo por actividades. Es decir, son los impulsores de costos de las diferentes actividades, indican por que se realiza una actividad y cuantos recursos se consumieron en la realización de dicha actividad.

La administración en base a las actividades posee dos objetivos principales:

- I. Incrementar el valor agregado al paciente (cliente)
- II. Incrementar utilidades de la empresa a través del valor agregado que se le proporciona al paciente (cliente)

Es importante satisfacer las necesidades del paciente (cliente) a un costo óptimo. Para ello se requiere:

- ✓ Eliminar las actividades que no son apreciadas por el cliente o que no son esenciales para la marcha de la organización o de cada proceso.
- ✓ Seleccionar la actividad de menor precio que puede reducir costos, siempre y cuando se trate de actividades relacionadas con los procesos o servicios.
- ✓ Reducir el tiempo y esfuerzos necesarios para desempeñar o llevar a cabo una actividad.

La administración debe determinar cuáles son los recursos sobrantes luego de eliminar actividades innecesarias. Es claro que si un paciente (cliente) tiene necesidades únicas será necesario llevar a cabo actividades específicas, mientras que si los pacientes (clientes) poseen necesidades comunes es un desperdicio no satisfacer esas necesidades con las mismas actividades.

Para lograr mejoras, se deben analizar las actividades significativas que proporcionen las oportunidades de mejora, y comparar una actividad con una similar de otra clínica o de otro centro de la misma clínica (benchmarking).

Las ventajas que brinda un sistema de costeo basado en actividades son las siguientes:

- ❖ Pueden visualizarse todas las actividades que se realizan en la clínica periódicamente;
- ❖ Las actividades consumen recursos, por lo que puede analizarse el costo de cada uno de ellos;
- ❖ Las actividades son fáciles de reconocer por la mayoría de las personas;
- ❖ Las actividades enlazan planeamiento y control e integran medidas de actuación financieras y no financieras;
- ❖ Las actividades destacan interdependencia entre diversos centros;
- ❖ Las actividades se integran con otras actividades para formar procesos;
- ❖ Las actividades facilitan el entendimiento de los generadores de costos o cost-drivers;
- ❖ Las actividades proporcionan la base para el mejoramiento continuo.

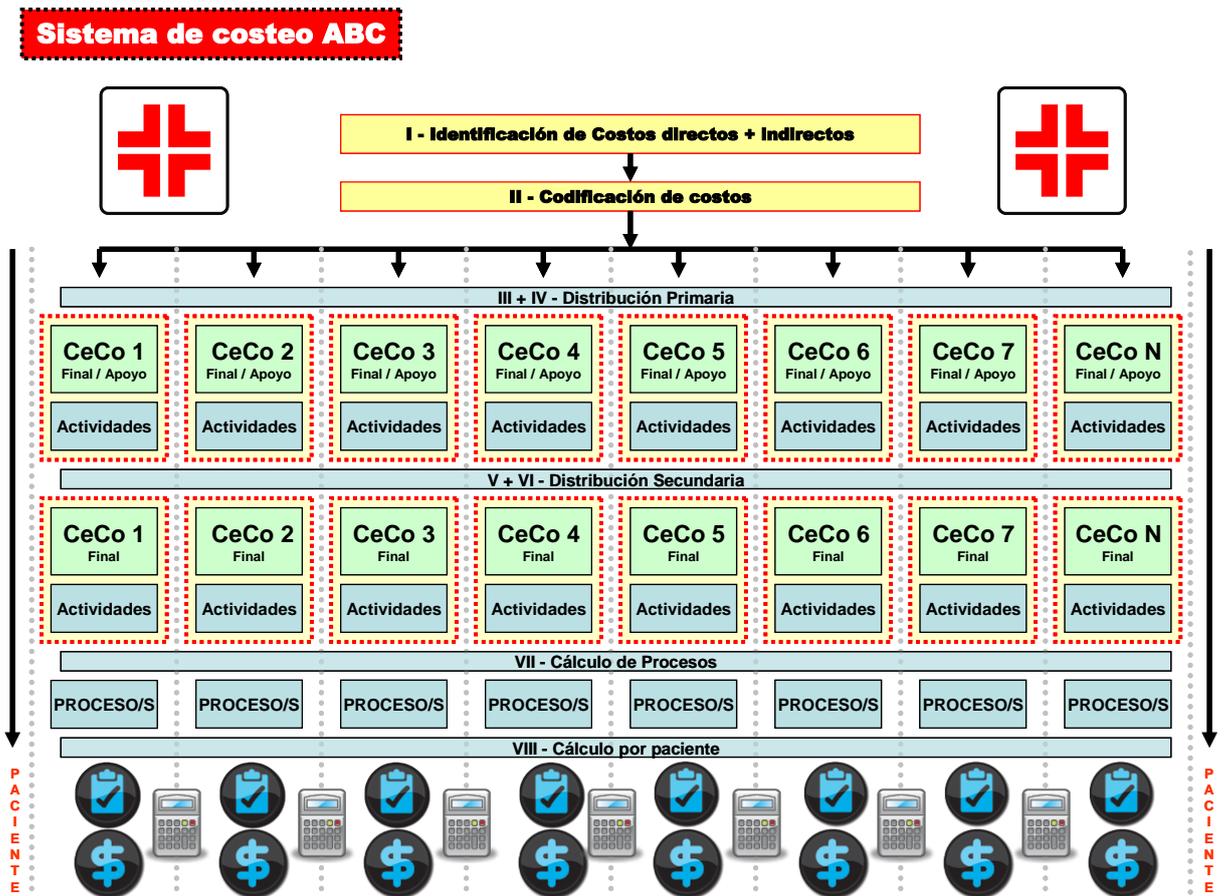
¿Cómo calcular los costos mediante el sistema de costeo basado en actividades?

Los costos directos e indirectos que se identifican en toda la estructura de la clínica deberán ser asignados o distribuidos de diferentes maneras, teniendo en consideración los siguientes pasos:

- I. Identificación de costos directos e indirectos de toda la estructura de la clínica.
- II. Codificar los diferentes costos según corresponda (según su naturaleza y según el plan de cuentas establecido).
- III. Asignación o Distribución de los costos directos e indirectos a los centros de costos establecidos en el organigrama. Los costos directos se asignarán a los centros de costos directamente sin ningún método de cálculo, mientras que los costos indirectos deberán ser asignados mediante cost-drivers o inductores de costos a los centros de costos que corresponda. Esta distribución de costos se denomina "*distribución primaria*".
- IV. Asignación o Distribución de costos directos e indirectos a las actividades que componen todos los centros de costos (finales, de apoyo o auxiliares). Para el caso de los costos directos, se asignarán directamente a las actividades, pero los costos indirectos se deberán distribuir mediante cost-drivers o inductores de costos. De esta manera se podrá calcular el costo por actividad. Sin embargo, el cálculo mencionado no incluye la distribución final de los costos ya que los costos de los centros de costos auxiliares o de apoyo aún no se distribuyeron sobre los centros de costos finales. Cabe aclarar que la imputación de los costos se realiza teniendo en cuenta que lo que determina el consumo de los recursos son las actividades y la forma en que éstas se ejecutan.
- V. Asignación o distribución de costos directos e indirectos correspondientes a los centros de costos auxiliares o de apoyo a los centros de costos finales. Los costos directos se asignarán directamente y los costos indirectos se distribuirán mediante cost-drivers o inductores de costos. Esta distribución de costos es la que se conoce como "*distribución secundaria*", lo que implica que los costos sólo estarán concentrados en los centros de costos finales (aquellos que poseen directa relación con los servicios principales de la clínica).

- VI. Nueva asignación o Distribución de los costos directos e indirectos a las actividades que componen los centros de costos finales. Para el caso de los costos directos, se asignarán directamente a las actividades, pero los costos indirectos se deberán distribuir mediante cost-drivers o inductores de costos. Al concluir este cálculo, todos los costos de la clínica privada de salud (directos como indirectos) estarán asignados a las actividades componentes de los centros de costos finales (directamente relacionados con los servicios principales de la clínica).
- VII. Cálculo del costo por proceso. Cada proceso está conformado por un conjunto de actividades médicas y no médicas, por lo que el cálculo del costo de un proceso se realizará mediante la suma de los costos de cada una de las actividades componentes.
- VIII. Cálculo del costo por paciente. Dependiendo de la patología por la que esté afectado el paciente, recibirá la participación de uno o varios procesos, los cuales están compuestos por distintas actividades. La suma del costo de las actividades que componen los procesos dará como resultado el costo del paciente. El proceso comprenderá la etapa que comienza cuando el paciente ingresa a la clínica hasta que el mismo se retira. Debe tenerse en cuenta que son los productos o servicios los que consumen las actividades, por tal motivo, una vez determinados los costos de las actividades y de los procesos, se puede proceder al cálculo del costo de la prestación brindada al paciente (\sum costo de procesos)

Gráfico explicativo:



El sistema ABC se fundamenta en que las actividades son las que consumen recursos. Es por ello que mediante este método se consigue asignar la totalidad de los costos localizados primeramente en la estructura y luego en los centros de costos, a los servicios / productos ofrecidos a los pacientes. Se requiere entonces una asignación directa de los costos que se identifican plenamente con una actividad (costos directos), y una asignación de costos indirectos asociados al servicio / producto.

En primer lugar, los costos indirectos son repartidos o distribuidos entre los distintos centros de costos atendiendo a la estructura funcional de la misma. El método de asignación de los costos a las distintas actividades exige que se especifique detalladamente las actividades que se realizan en cada centro de costo. En segundo lugar, los costos indirectos se asignan a las distintas actividades que se realizan en el mismo. Para ello es necesario establecer la relación de transformación de los inputs en outputs realizadas en los centros de costos. Es decir, el costo del proceso para la realización de un servicio / producto lo compone el costo de las distintas actividades necesarias para su realización, las cuales provienen de los distintos centros de costos de la clínica.

Es necesario que las actividades que componen cada uno de los procesos tengan asociados los elementos esenciales para efectuar la imputación de costos en aquellos elementos que participan de una forma directa en la realización de las mismas: categoría profesional del personal implicado, tiempo efectivo de realización de actividades, especificación del material empleado en la realización de actividades y volumen o cantidad de material empleado.

El sistema tiene como objetivo el cálculo del costo de la prestación de servicio que se ofrece al paciente, la evaluación de los costos por actividades y la utilidad de éstas en el proceso productivo, lo cual dependerá del valor añadido que aporten en relación con la satisfacción de las necesidades de los clientes. La realización del sistema de costeo se deberá adaptar a la información, estructura y metodología de costo de la clínica privada de salud que lo aplique. La adaptación del sistema ABC debe basarse en los componentes de costos con un mayor peso relativo en el costo total.

Niveles de actividad

Una vez que se han asignado los costos a las actividades, se podrán identificar los atributos críticos de las actividades. Las actividades podrán ser clasificadas en función de los siguientes niveles:

- ✓ **Unitario / a nivel de unidad:** vinculan su accionar y los costos acumulados en ellas con las unidades de productos o servicio prestados específicos. Estas actividades tienen vinculación directa y unívoca con cada unidad de producto o servicio. El cost-driver desde la actividad al producto / servicio es unitario o coincide con la unidad de producto / servicio.

“Los sistemas de costes tradicionales, que utilizan bases de asignación como horas de mano de obra, horas-máquina, unidades producidas o el importe de ventas para asignar costes indirectos a los objetos de costes, dependen exclusivamente de los inductores de costes a nivel de unidad. Una de las diferencias principales entre los sistemas de costes basados en las actividades y los tradicionales es la utilización de inductores de costes no unitarios (por ejemplo, tandas o lotes, o productos mantenidos) para asignar los costes de los recursos a los productos y clientes.” [Kaplan R., Cooper R.; 1999; pág, 98-99]

- ✓ **Línea o artículo:** vinculan su accionar y sus costos acumulados a las líneas de productos o servicios existentes en la organización.

- ✓ **Lote:** vinculan su accionar y sus costos acumulados con lotes. Se entiende por lote a las órdenes de fabricación, las órdenes de compra de materiales, a los lotes de venta. Se reconoce que existen costos cuya causa existencial es el lote y no cada servicio logrado. Una actividad a nivel de lote son independientes del número de unidades en el lote.

- ✓ **Apoyo:** son actividades de soporte de los procesos productivos. Sostienen o auxilian a las actividades de otros niveles. Son las que se llevan a cabo para permitir que se realice la producción de servicios / productos individuales. Este tipo de actividades son independientes del volumen y del mix de servicios / productos prestados o vendidos al cliente.

En el sistema de costeo basado en actividades, “A las actividades de apoyo al producto y al cliente se les sigue fácilmente la pista hasta los productos, servicios y clientes individuales para los que se realizan las actividades”, pero para “Los sistemas de costes tradicionales, que dependen únicamente de inductores a nivel de unidad, no pueden seguir la pista a los recursos de apoyo al producto y al cliente de una forma exacta hasta llegar a los productos y clientes individuales” [Kaplan R., Cooper R. ; 1999; pág, 100]

Es decir, que el costo de apoyo al cliente puede ser evitado o controlado únicamente a nivel cliente no dando apoyo al mismo o cambiando el nivel de apoyo. No se logran cambios en el mismo, realizando cambios en el volumen o en el mix de productos y servicios individuales que adquiere el cliente.

Cada nivel de actividad tiene una identificación con objetivos específicos, a excepción de las actividades de apoyo, dirigiendo su accionar a los mismos, generalmente en forma independiente del objetivo de la organización.

Definición del precio de las prestaciones / servicios

La clínica privada de salud deberá disponer de un sistema informático que permita al personal administrativo tener un mapa de los centros de costos, en el cual se pueda observar las actividades médicas y no médicas que se le prestan al paciente (cliente) conjuntamente con

los costos respectivos. Cuando se finaliza la prestación al paciente, en su historia clínica estarán plasmadas todas las actividades, materiales descartables y no descartables, equipos y médicos que se dedicaron para hacer frente a la patología que lo afectaba.

Para determinar el precio de la prestación ofrecida al paciente, se deberá sumar los costos de las actividades / procesos que aparecen en la historia o ficha clínica, y se agrega el margen de rentabilidad requerido por la clínica (empresa). Cabe recordar que muchas veces el precio ya se encuentra definido por el nomenclador nacional de obras sociales o por las empresas de medicina prepaga.

Aplicación del Time – driven ABC

El costeo basado en actividades requiere de la realización de entrevistas y encuestas por parte de los empleados hacia otros empleados. Si para la implementación del costeo basado en actividades se conforma un grupo de personas para llevarlo a cabo, serán ellos quienes realicen las entrevistas y encuestas para recolectar la información necesaria para el desarrollo del sistema de información.

Robert Kaplan junto con Acorn Systems y Steve Anderson plantean adicionar al ABC la medida de tiempo. Al agregar este elemento tan vital, pasan a denominar al sistema como “Time Driven ABC”. Al agregar la medición de tiempo de cada una de las actividades, la pregunta que surge es la siguiente: ¿cuánto tiempo requiere la realización de cada proceso, actividad, servicio?

Para entender cada negocio, es vital conocer cuánto cuesta producir un servicio rentable. A pesar de que parezca algo sencillo, la complejidad deviene del proceso de obtención y análisis de la información.

Cuando se le pregunto a Robert S. Kaplan qué fue lo que lo inspiró el desarrollo del concepto de “Time-driven activity based costing”, el respondió lo siguiente: que cuando con Robin Cooper introdujo el ABC a mediados de los 80, ellos estaban influenciados por el enfoque adoptado por los consultores estratégicos, quienes utilizaban entrevistas y encuestas para distribuir el costo de los empleados a las actividades. Existían varias compañías que lo hacían de esta manera. Estas encuestas acerca de los tiempos pasaron a ser el talón de aquiles del ABC, aunque demandaban mucho tiempo para su realización y además eran caras de realizar, irritando a los empleados que tenían que completar formularios y probablemente cometían errores de estimación. Existía un rol crítico para aquellas personas que debían

estimar el ratio de un cost-driver (tiempo). Mientras que el ABC representaba un significativo avance respecto de la arbitrariedad de asignación de gastos generales realizada por el sistema de costeo tradicional, muchas compañías abandonaban el ABC o lo actualizaban infrecuentemente debido a la alta demanda de tiempo y costo asociado que representaba la actualización del modelo, además de la subjetividad y de las inexactitudes latentes.

La implementación del ABC tradicional presentaba las siguientes dificultades:

- Asignación de costos a actividades determinada mediante entrevistas, registros de tiempos, observación directa del porcentaje de tiempo que el personal destina a las distintas actividades.
- Costo alto y tiempo elevado requerido en la realización de entrevistas y encuestas para la implementación inicial y actualización del modelo. En estas entrevistas y encuestas se les consulta a los empleados cuánto tiempo o qué porcentaje de su tiempo destinan a cada una de las actividades que realizan.
- Subjetividad y alto costo para la definición de la asignación de costos. La precisión de los cost-drivers derivados de la estimación realizada muchas veces de manera subjetiva se pone en duda luego de la implementación del modelo. El personal puede cometer errores en la medición o estimación de los tiempos, lo puede generar distorsiones en la posterior asignación de costos a la actividades.
- Dificultad respecto del mantenimiento y actualización del modelo, generalmente respecto de los siguientes items: cambios en los procesos, actividades, tareas y recursos; y aumento de la diversidad y complejidad de los procesos, actividades y tareas. La actualización requiere de la realización de nuevas encuestas y entrevistas que permitan reflejar los cambios ocurridos en la compañía.
- Problemas ante la presencia de heterogeneidad en la realización de una misma actividad y en la aparición de nuevas actividades. Ante la presencia de heterogeneidad respecto de una misma actividad, el modelo ABC posee dos alternativas: 1) expandir el número de actividades o 2) implementar la utilización de drivers de duración que permitan estimar el tiempo requerido para la realización de la actividad (ejemplo: horas hombre). Los drivers de duración se consideran más precisos que los drivers transaccionales los cuales consideran sólo cantidades (ejemplo: número de pacientes), aunque son más caros de medir.

El progreso respecto de este tema devino cuando Robert Kaplan combinó sus ideas plasmadas en el libro “Coste y Efecto” (realizado junto con Robin Cooper) con la innovación desarrollada por Steve Anderson (estudiante y luego graduado en Harvard). La idea que se planteó esta basada en la posibilidad de construir un sistema de costeo con sólo dos parámetros:

- 1 - El ratio de costo (unidad de costo) de suministro de capacidad de recursos (ejemplo: costo por minuto por persona).
- 2 – El consumo, en unidades de tiempo, realizado por cada una de las actividades de la organización.

Respecto del primer parámetro, se deben identificar los recursos (costos) que se requieren para la realización de actividades y la capacidad práctica que posee el recurso para la realización de cada actividad. Generalmente, la capacidad práctica de un recurso es medida mediante un porcentaje (80 % u 85% de la capacidad teórica – ejemplo: si una persona normalmente puede trabajar 40 horas por semana, la capacidad práctica será 32 horas por semana). Otra manera de determinar la capacidad práctica es a través de la revisión de los tiempos de las actividades realizadas históricamente.

El cálculo de la unidad de costo surge del siguiente cálculo:

$$\text{Unidad de costo} = \text{Costo que se requiere para la actividad} / \text{Capacidad práctica que posee el recurso para la realización de la actividad.}$$

Steve Anderson, luego de su graduación en Harvard en 1995, trabajo en Mc Kinsey donde pensó la idea de utilizar ecuaciones de tiempo para estimar la capacidad de demanda por operación. Cuando deja de trabajar en Mc Kinsey, funda la Acorn Systems donde desarrolló un software que incorpora ecuaciones de tiempo al ABC. Las ecuaciones de tiempo manejaban la complejidad, simplemente añadiendo una lógica que se ponía a prueba para detectar la presencia de una característica particular, que suma o resta tiempo para el tiempo total de un proceso. En algunas compañías, se presentan múltiples y complejas contingencias, las cuales provocan un mayor o menor tiempo consumido por proceso o actividad.

El parámetro que se tiene en cuenta en el time-driven ABC es el 2° mencionado precedentemente: Unidad de tiempo estimada para la realización de una actividad. El time-

driven ABC utiliza un estimado del tiempo requerido cada vez que se realiza una actividad. Esta unidad de tiempo reemplaza el proceso de entrevistar a los empleados para conocer el porcentaje de tiempo que destinan a cada actividad incluida en el diccionario de actividades. El tiempo estimado puede obtenerse por observación directa o mediante entrevistas. De esta manera, el requerimiento de precisión deja de ser un punto crítico.

Para conocer el costo total de la actividad se podrá multiplicar la unidad de costo (costo por minuto) por la unidad de tiempo. La estimación de la unidad de costo, la capacidad práctica y la unidad de tiempo por cada una de las actividades realizadas mediante el consumo de los recursos, permite que el reporte extraído del sistema de información se convierta en más simple.

El parámetro que hace crítico la utilización del Time-driven ABC es la diversidad de productos/servicios y clientes. El "Time-driven ABC" no requiere asumir el supuesto de que todas las tareas son iguales y requieren de la misma cantidad de tiempo para ser realizadas. Este modelo permite que la unidad de tiempo estimada varíe dependiendo de las características de las actividades.

➤ **Ecuaciones de tiempo**

Generalmente, en las veces que se realiza una misma actividad no se destina la misma cantidad de tiempo. Las empresas suelen predecir aquellos factores que hacen más compleja o más simple una transacción. En lugar de listar varias actividades para una misma actividad dependiendo de su complejidad o simplicidad, o utilizar un driver de duración para cada una de las posibles combinaciones, el enfoque del time-driven ABC estima el recurso demandado mediante una simple ecuación, ejemplo:

Tiempo de atención al paciente = 15 minutos + 6,5 minutos (si requiere de atención especial) + 4 minutos (si surge un imprevisto)

Uno de los beneficios que trae aparejado el time-driven ABC es el conocimiento que genera acerca de la eficiencia (unidad de costo y unidad de tiempo) en la realización de los procesos y las actividades críticas de la empresa.

➤ **Actualización del Time – Driven ABC**

El modelo Time-driven ABC puede ser actualizado fácilmente ante un cambio en el modo de operar de una empresa. No se requiere volver a entrevistar al personal de cada centro de costo. Solamente, se estima la unidad de tiempo que requiere cada una de las nuevas actividades identificadas. Para el caso de las actividades ya identificadas, solamente se requerirá que se adicione o descuenta las unidades de tiempo asociadas a la complejidad o simplicidad de la actividad. De esta manera, se podrá actualizar fácilmente los ratios de los cost-drivers.

Ante un cambio en el costo/precio, sólo se verá afectada la unidad de costo (costo x minuto). Este cambio puede estar dado por dos factores:

- 1) Cambios en el costo / precio de los recursos utilizados que afectan la unidad de costo → Por ejemplo: si un equipo es sustituido o agregado a un proceso o actividad, el ratio del costo será modificado para reflejar el cambio en el costo total del proceso o actividad asociado a la introducción del nuevo equipo.
- 2) Cambio en la eficiencia de la actividad → Ejemplo: implementación de six sigma, programa de mejora continua, reingeniería o introducción de nuevas tecnologías, pueden generar que una misma actividad se realice en menor cantidad de tiempo o con la utilización de una menor cantidad de recursos.

Si se siguen y se realizan estas modificaciones, el modelo ABC sufrirá de actualizaciones sólo cuando ocurra un evento particular y no en forma periódica (actualizaciones por calendario: mensualmente, trimestralmente, bimestralmente, etc.).

Puede entenderse como aspectos claves del time-driven ABC a los siguientes:

- ❖ Estimación de la capacidad práctica de los recurso comprometidos y sus costos
- ❖ Estimación de las unidades de tiempo para la realización de las actividades.

Técnicas de evaluación económica posibles de utilizar

Las técnicas más utilizadas para evaluar económicamente una clínica son:

- *Análisis costo – beneficio*: comparación de costos versus beneficios en la misma unidad de medida (dinero), con el objetivo de comparar las diversas alternativas de acción y tomar la decisión de elección. Los costos y beneficios a ser

considerados son: cambios en la utilización de recursos, cambios de nivel de prestación de servicios, cambios de prestaciones de salud. Para el análisis costo – beneficio se requiere de datos para una valoración económica, lo que implica el conocimiento de los cambios de los recursos de todos los centros de costos afectados y de los efectos médicos y sociales del tratamiento. Cabe aclarar que existen beneficios que no son claramente identificables, ni totalmente expresables en términos monetarios, ya que gran parte de ellos son de carácter cualitativo y por lo tanto, no mensurables.

- *Análisis costo – efectividad:* se utiliza cuando no existe intención de cuestionar el valor por sí mismo del objetivo y, en consecuencia, la misma no requiere de comparación con otro alternativo. Se comparan dos formas de alcanzar un objetivo y se elegirá aquella cuyo costo sea menor. No se cuestiona el valor del objetivo como tampoco la medida en que debe ser satisfecho en relación con otros, lo que torna a este enfoque más restringido.

Evaluación del costo clínico

El gasto por cama es un indicador que por sí sólo no contribuye a explicar las diferencias de gasto. No obstante, permite apreciar las diferencias de gasto promedio según complejidad y especialidad de cada centro de costo.

El análisis de la información de las diferentes clínicas seguramente muestre un valor cama diferenciado por tipo de clínica. La comparación del gasto día cama permite inferir la influencia del nivel tecnológico y de la resolución de casos complejos como factores determinantes de las diferencias de costos.

Otros indicadores utilizados que son determinantes del gasto en una clínica son: egresos, giro cama, estancia promedio, porcentaje de utilización.

El hecho de que no sean unidades de costo homogéneas, es decir, que no representan consumos equivalentes de recursos, torna a estas variables poco apropiadas para el correcto establecimiento de comparaciones. Se trata de variables que no transparentan su composición. Detrás de los indicadores: estancia, cama o egresos, existen hechos de diferente significación clínica y que implican consumos de recursos diferentes. Es por ello que se hace necesario establecer un sistema de costos sobre la base de responsabilidades delimitadas

(centros de costos), que permita evaluar la eficiencia en función del volumen y tipo de actividad realizada (actividades médicas y no médicas).

Producto hospitalario

El producto es “Un objeto o un proceso que, en su elaboración incorpora la mano humana, y que tiene un valor trascendente o material para alguien. El valor trascendente hace referencia a un escalón superior de interés y no suele ser objeto de transacción. El valor material se constituye un elemento de intercambio y objeto de contrato, implícito o no” [Delfi Cosialls i Pueyo; 2000; Pág. 73]

El cliente solicita la cobertura de sus expectativas. Estas consisten en un producto final más un valor añadido esperado que deben proporcionarles los profesionales y la clínica privada de salud.

El producto que requiere el cliente posee un valor, el cual puede estar determinado por un punto de equilibrio entre el valor que de quien lo ha producido y el valor que tiene para aquel que lo desea.

Los productos o servicios hospitalarios “son el conjunto de las actividades o procesos que realiza un profesional o una institución hospitalaria para satisfacer las necesidades o las expectativas de ciudadanos, de atención y de información de un tipo especial de clientela, los pacientes, para los que éstas están dispuestos a pagar un servicio: honorarios e impuestos, entre otros.”

“Son un conjunto de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos complejos, sofisticados en ocasiones, que comparten un conocimiento especializado (tecnología) y que pretenden resolver problemas concretos: alterar el aura natural de la enfermedad, prevenir, curar y rehabilitar además de dar respuesta a las expectativas del cliente externo y del interno”. [Delfi Cosialls i Pueyo; 2000; Pág. 75]

Una clínica atiende al enfermo y a su entorno, da respuesta a necesidades sociales, individuales y sanitarias. El cliente (paciente) compra conocimiento a los médicos, quienes mediante acciones médicas especializadas realizan un proceso productivo terapéutico y de cuidados.

En la cadena asistencial se deben tener en cuenta algunos conceptos:

- Relación médico / enfermo
- Cumplimiento de expectativas: esto es mediante acciones concretas en lo que respecta al trato esperado y al deseo de encontrar un profesional competente que le diga si está enfermo, si es grave, si tiene cura, si se le puede aliviar el dolor o la incapacidad, cuáles son los riesgos y cuáles son los costos.
- Papel del médico: es el agente del enfermo, responsable del propio enfermo, responsable de la enfermedad del paciente, responsable del propio enfermo, como prescriptor, como inductor de costo y como responsable del resultado obtenido.

Como líneas clásicas de producto y de servicio en la clínica se puede mencionar:

- Asistencial
 - Productos intermedios
 - Prestaciones técnicas: catálogo
 - Productos: casuística.
 - Programas: grupo de casuística, de enfermos.
 - Servicios: conjunto de productos y/o programas, más opinión y expectativas.
- Docencia
 - Profesionales formados
 - Profesionales formados incorporados
- Investigación
 - Factor de impacto y de inmediatez
 - Patentes
 - Tasa de situación clínica y tecnológica

Una línea de producto se compone de:

- Motivo: por el que se solicita
- Sujeto: persona que lo solicita y a quien se le practica algo. Es necesario tener presente la situación previa.
- Objeto: lo se le realiza al sujeto o a su entorno a consecuencia del juicio clínico de un profesional por aquel motivo.
- Estructura: donde llevarlo a cabo y los recursos para hacerlo.

- Proceso de producción individualizado: compuesto por clínico ejecutivo, de soporte y de apoyo al clínico, y genérico de ayuda.
- Proceso informativo: registro de datos, explotación de la información, análisis de producto, etiqueta, catálogo, factura y feed-back.
- Manera de hacerlo:
 - Instrumental: programa de calidad
 - Global: análisis de la práctica clínica, uso de la evidencia científica.
- Resultados:
 - Mediano plazo: se manifiestan de forma individual y de grupos pequeños y que reflejan estilo de práctica determinada.
 - Largo plazo: morbilidad, impacto sobre la población, plan de salud.

Gestión del producto hospitalario

La adopción de técnicas más eficaces de gestión hace necesario la definición del producto hospitalario para conocer detalladamente sus costos. Las clínicas brindan variados servicios relacionados con la salud por lo que se presenta cierta complejidad en el momento de identificar y definir los diferentes productos / servicios. La gestión de la clínica hace imprescindible la definición de productos / servicios que expresen y representen los procesos que se realizan en su interior, en cada centro de costo.

La actividad realizada en una clínica privada de salud tradicionalmente se ha expresado mediante variables simples como número de visitas, números de urgencias, días de estadía. Estas variables constituyen la base de sistemas de información elementales ya que no informan acerca de los productos / servicios finales y las diferencias de consumo de recursos en diferentes casos. Se trata de unidades de costo no homogéneas que no permiten establecer comparaciones a fin de la evaluación de eficiencia y servir de base para la confección de presupuestos de actividad de la clínica.

La clínica produce servicios escasamente homogéneos, variados e intangibles, haciendo compleja la elaboración de unidades de medida que expresen y resuman de forma correcta el proceso global de producción de servicios, su medición e identificación con productos finales posibles.

El producto hospitalario es el resultado del conjunto de procesos y de atención, y de los problemas relacionados con la salud por parte del sistema sanitario. Estos productos pueden considerarse:

- **Finales:** son aquellos productos que se presenta cuando el proceso de prestación de servicios interactúa sobre el paciente en forma directa, pudiendo recibir la colaboración de los productos intermedios.
- **Intermedios:** son aquellos productos originados en procesos primarios que no se encuentran dirigidos a los pacientes en forma directa, sino que prestan servicios a centros de costos, procesos o actividades, colaborando así con el producto final brindado al paciente en forma indirecta.

[Comisión de Salud del CPCECABA; 2006; Pág. 20]

Ejemplos de productos finales:

- ✓ Altas de pacientes (egresos)
- ✓ Consultas ambulatorias
- ✓ Quimioterapia
- ✓ Medicamentos ambulatorios dispensados por la farmacia
- ✓ Productos del servicio de hemoterapia (sangre entera, plasma, plaquetas) aplicados a los pacientes.
- ✓ Rehabilitación por kinesiología
- ✓ Autopsias del servicio de anatomía patológica.
- ✓ Prácticas del servicio de diagnóstico por imágenes (Rx simple y contrastada, tomografías lineales, ecografías) cuando se concurre al sólo efecto de obtener el estudio.
- ✓ Prácticas de laboratorio (análisis clínicos y bacteriológicos) cuando se concurre con el propósito de obtener el estudio.
- ✓ Dietas prescritas por el servicio de nutrición para pacientes de alta o como único tratamiento de su enfermedad.

Ejemplos de productos intermedios:

- ✓ Interconsulta en internación como en consultorios externos
- ✓ Controles de enfermería en internación
- ✓ Curación de pacientes internados o ambulatorios
- ✓ Prácticas de laboratorio (análisis clínicos y bacteriológicos) cuando la emisión de la prescripción es hecha en la organización de salud para su diagnóstico o seguimiento.

- ✓ Prácticas del servicio de diagnóstico por imágenes (Rx simple y contrastada, tomografías lineales, ecografías) cuando la emisión de la prescripción es hecha en la organización de salud para su diagnóstico o seguimiento.
- ✓ Horas de consultorio utilizadas.
- ✓ Días de estadía
- ✓ Medicamentos dispensados por la farmacia para pacientes internados.
- ✓ Raciones alimenticias para los pacientes y el personal autorizado del abastecimiento de salud.
- ✓ Productos de servicio de hemoterapia (sangre entera, plasma, plaquetas) cuando las transfusiones se realizan a pacientes internados o en quirófano.
- ✓ Prácticas realizadas por el servicio de anatomía patológica (biopsias, PAP).
- ✓ Ecografías realizadas a los pacientes internados o ambulatorios.

Cualquier producto intermedio se puede transformar en final si se esta en presencia del cierre del proceso.

El rol del médico es realmente importante a la hora de definir un producto, ya que este actúa como agente del paciente determinando su consumo y el tipo de producto / servicio final. Cada paciente posee determinadas características, ejemplo: que se ha sometido o no a una intervención quirúrgica, con o sin complicaciones, que ha sido dado de alta tras x cantidad de días.

Una clínica puede ser caracterizada como una **empresa multiproducto o multiservicio**, ya que el número de servicios es ilimitado a tal punto que los requerimientos clínicos de un paciente nunca son totalmente iguales a los de otro, no existiendo dos pacientes iguales. Es decir que la clínica genera tantos servicios como pacientes asista o trate. Como consecuencia, esto trae aparejado una gran variedad de procesos y servicios relacionados con la salud, asociados a las tipologías de los casos que se atiende. La composición de los casos o case-mix hospitalario muestra la diversidad de exigencias de los pacientes y las posibles combinaciones de servicios que la clínica realiza. Una de las soluciones encontradas para lograr reducir el número prácticamente infinito de casos a un número menor, más manejable y controlable, ha sido un sistema de medición del case-mix basado en el agrupamiento homogéneo de pacientes.

Para poder realizar el agrupamiento de pacientes se deberían cumplir las siguientes características:

- 1) Deben ser médicamente interpretables, con agrupamiento de pacientes en categorías homogéneas. Es decir, los médicos tendrían que poder relacionar los pacientes de cada clase con un patrón determinado de proceso hospitalario.
- 2) Debe ser comprensible también por no médicos intervinientes en los procesos de gestión y control hospitalario.
- 3) La clasificación debe obtenerse a partir de la información comúnmente disponible en hospitales.
- 4) El número final de clases o categorías debe ser limitado (no más de algunos centenares), exhaustivo y mutuamente excluyente.
- 5) Cada clase o categoría debe contener pacientes con un consumo esperado de recursos hospitalarios similar.
- 6) La definición de clases debe ser comparable a través de diferentes sistemas de codificación y entre diversas instituciones hospitalarias.
- 7) Debe ser susceptible de procesamiento por computación, de forma que las salidas informativas se obtengan en tiempo oportuno.

[Proyecto de Recuperación del Hospital Público; 1992; Pág. 137]

Protocolos de tratamiento

Para tratar las diferentes enfermedades los médicos aplican tratamientos diversos. Para determinar el tratamiento conveniente es necesario estudiar las causas de la patología y realizar reuniones para poder seleccionar la mejor manera de tratarla. A partir de lo mencionado, se establecen metodologías que se aplicarán en forma general.

Se trata de una metodología consensuada que se plasma en un documento, el cual se difunde y se estudia, y que luego pasa a denominarse protocolo de tratamiento.

El protocolo incluye todos los pasos a seguir para el diagnóstico y el tratamiento de la patología. En el caso de que la clínica disponga de un sistema de información en el que se pueda extraer los detalles sobre los diagnósticos y tratamientos realizados según la patología, se podrá conocer el costo del tratamiento de una determinada enfermedad (costo de los procesos / actividades a realizar). Esta información es de gran utilidad en el momento de

confeccionar el presupuesto, determinar el stock de materiales descartables y no descartables para hacer frente a los tratamientos y la cantidad de medicamentos a consumir, y por otro lado planificar la necesidad de recursos humanos, lo cual permite el cálculo de honorarios.

Generalmente, debe tenerse en cuenta que no todas las patologías que se presentan en el conjunto de pacientes posee la misma respuesta al tratamiento. Esto se relaciona o depende de las condiciones de vida del individuo enfermo y condiciones medioambientales.

Métodos de medición a partir del Sistema de costeo ABC

En Estados Unidos, uno de los usos que se le ha otorgado al sistema de costeo basado en actividades es la determinación de costos por grupo de pacientes o por unidad de pago de las compañías aseguradoras. Se utiliza al sistema ABC como una herramienta para negociar con terceras partes pagadoras, mejorando su posición negociadora ya que dispone de mayor información y conoce en detalle los costos en los que incurre por grupo de pacientes.

También se utiliza para determinar el costo de los servicios administrativos, permitiendo examinar la utilización de recursos por los distintos sectores de la organización. Además, cabe aclarar que el sistema ABC posee una gran ventaja sobre los sistemas convencionales dado que incorpora datos no financieros para controlar y eliminar actividades que no añaden valor al centro sanitario.

Se han desarrollado diversos métodos de medición de pacientes en relación a los hospitales o clínicas de salud, a saber:

a) Lista A de CPHA

Uno de los primeros tipos de medición fue la **lista A de CPHA** (Comisión on Profesional and Hospital Activities). Este método se basó en la obtención de grupos de pacientes con la misma estancia médico-hospitalaria.

Para poder realizar esta medición se realizaron métodos subjetivos basados en el juicio de paneles médicos, y se obtuvieron alrededor de 400 grupos, cada uno dividido en otros 5 grupos según la edad, existencia o no de intervención quirúrgica y presencia o ausencia de diagnósticos secundarios. Se obtuvieron 8.000 categorías tipo, lo que dificultaba su utilización.

b) Disease Staging (DS)

Este tipo de medición se realizó a partir del concepto de la progresión de la enfermedad por diferentes etapas. Los expertos clasificaron las distintas patologías en 4 etapas sucesivas, obteniéndose estudios específicos para cada diagnóstico. Los criterios utilizados fueron: severidad o gravedad, y pronóstico de la enfermedad.

Como criterio de isosíntesis utiliza estadios evolutivos de la enfermedad, isogravedad, según el concepto de progresión de la enfermedad; para su diseño se tienen en cuenta una serie de características relacionadas con la localización del órgano o del sistema afectado, la etiología, la sintomatología y las complicaciones de las enfermedades.

El resultado es la obtención de cuatro estadios evolutivos:

- I. Ausencia de complicaciones o de carácter mínimo
- II. Afectación limitada a un órgano o a un sistema. Riesgo elevado de complicaciones: subclasificado.
- III. Máxima complejidad. Afectación múltiple de órganos o sistemas. Mal pronóstico.
- IV. Fallecimiento.

Automatizada, utiliza la ICD9-CM; de forma manual, el Clinical Criteria for Disease Staging.

Explica la diferencia de consumo de recursos, aunque refleja más la complejidad esperada que la real; no tiene en cuenta la variabilidad de la práctica médica, las diferencias estructurales, las interacciones de los diagnósticos secundarios con el principal y la existencia de pluripatología que trata como si coexistieran múltiples casos.

c) As –Score.

El concepto de isosíntesis de este tipo de medición es la iso-gravedad: mide la complejidad de la enfermedad a partir de los recursos consumidos según los datos clínicos del paciente en el momento del alta: (A) edad; (S) estadio de la enfermedad (aguda, crónica, avanzada, etc.); (CO) complicaciones; (RE) respuesta al tratamiento.

Este sistema es altamente subjetivo, ya que la clasificación se realiza a partir de los datos del paciente, pero con el criterio personal del clasificador y la asignación de los pacientes en cada estadio de gravedad se lleva a cabo de forma manual; es válido para explicar el grado de complejidad dentro de una misma clase, así como un buen instrumento para expresar los distintos consumos de recursos de cada proceso.

d) Índice de gravedad de los pacientes (PSI)

El criterio de isosíntesis es la isogravedad: mide la gravedad de la enfermedad. Está constituido por cuatro estadios que se obtienen a partir de las puntuaciones adjudicadas a las 7 variables siguientes: diagnóstico principal, presencia de otros factores que alteren el curso clínico, grado de respuesta al tratamiento, lesiones residuales, complicaciones, tipo de cuidados de enfermería que necesita y procedimientos quirúrgicos que no precisen quirófano.

Existe una variedad de este sistema en la que cada estadio de gravedad se subdivide en dos grupos, según si los procedimientos realizados necesitan o no quirófano. Un clasificador puntúa, según criterios preestablecidos, cada una de las variables antes citadas a partir de los registros clínicos del paciente; ésta es su limitación: la subjetividad del clasificador.

Permite el análisis de la práctica médica y la medición de su impacto en la distribución de los costos, la comparación de la mortalidad, así como el seguimiento de la complejidad de los procesos y la predicción de los costos.

e) Acute physiology and chronic health evaluation (APACHE III)

Solamente fue desarrollado y testeado para terapia intensiva, y no para otros casos. Consiste en un orden de 33 criterios clínicos y biológicos que determinan un sistema de puntaje, el cual no basta por sí mismo ya que requiere de la historia clínica por parte de personal calificado.

El criterio de isosíntesis utiliza es la iso-gravedad. Valora la gravedad de la enfermedad a través del estudio de 34 variables fisiológicas que resumen el estudio clínico del paciente.

Inicialmente se aplicó sólo a pacientes ingresados en la UCI, y luego se extendió a otras unidades.

La valoración del paciente se realiza en tres etapas:

- I. Se mide estado clínico actual a través de índice calculado a partir de los parámetros clinicobiológicos; cada uno de ellos se puntúa de 0 a 4, según el grado de desviación de la normalidad.
- II. Se valora el grado de salud previo al ingreso con una escala donde se recogen los siguientes aspectos: buena salud, limitaciones discretas o moderadas, limitaciones graves y limitaciones totales de la actividad.
- III. El diagnóstico principal se clasifica en uno de los 7 sistemas orgánicos principales.

f) Severity Index (SI)

Se trata de un desarrollo basado en clasificaciones de iso-severidad, es decir, tiene en cuenta la gravedad y el valor predictivo del consumo de recursos. Utiliza 7 parámetros médicos que excluyen explícitamente las intervenciones quirúrgicas (principal restricción), y luego por cada diagnóstico aplicable se otorga un grado de severidad (1 a 4), obteniéndose finalmente una puntuación única por enfermo. Este método posee una falta de confiabilidad por la variabilidad de puntuación debido al diferente personal que recoge la información. Se utiliza mayormente en investigaciones específicas.

Los tipos de medición a) a d) persiguen homogeneidad de iso-gravedad o iso-severidad. A continuación se describe que significa los tipos de medición consideradas de iso-consumo de recursos:

Estos tipos de medición clasifican pacientes agudos hospitalizados de modo convencional agrupando en las mismas clases y con un mismo elemento de síntesis: el costo, el proceso, el protocolo, etc. Al final todos ellos definen grupos de casos que consumirán una cantidad similar de recursos.

Este tipo de medición posee un valor informativo:

- Comparación: crea productos informativos normalizados con un grupo de indicadores ajustados que ayudan a identificar elementos de mejora en relación con una norma.

- Conocimiento: permite saber cuál es la adecuación de nuestro case mix,, indica cómo es nuestra gestión de casos y de camas; informa de cuáles han sido nuestros grados de eficiencia, y nos aproxima a un patrón de cuidados estándar.
- Comunicación objetiva: es posible con el uso de un lenguaje único que una vez aprehendido servirá como soporte válido para el diálogo.

Históricamente, la estancia media es el patrón más utilizado para analizar la eficiencia en la hospitalización convencional ya sea utilizando grupos de casos o de enfermos; sin embargo, este indicador tiene un comportamiento muy heterogéneo por la propia composición de su cálculo: cuánto más lo es, mayor es su banda de oscilación. Para avanzar en su homogeneización hay que utilizar criterios que permitan su agrupación y, con ello, la reducción de su oscilación en bloques cada vez de mayor coherencia, evitando el análisis del caso individual.

El concepto de severidad es la condición, la complejidad o el costo que se le puede asignar a cada enfermedad, usando el ítem enfermo, en función del número, la intensidad y/o frecuencia de los servicios hospitalarios que haya necesitado en los últimos 12 meses. Individualmente, se puede hablar de severidad en el diagnóstico: debido a la progresión de la enfermedad; a causa de la interacción de condiciones múltiples, y a consecuencia de los indicadores de los procedimientos terapéuticos utilizados.

El criterio de isosíntesis se basa en el costo similar con similitud clínica; se distribuye en un número limitado de clases homogéneas, clínicamente significativas, exhaustivas y excluyentes entre si y clínicamente interpretables donde se reúnen datos clinicoterapéuticos y sobre el consumo de recursos de estas clases: camas y quirófanos utilizados, farmacia, etc.

Su producto final es un determinado tipo de casuística.

Dos tipos de medidas de iso-consumo:

a) Patient Management categories (PMC)

Es una metodología desarrollada por el "Pittsburgh Research Institute (PHRI)" y permite analizar los procesos hospitalarios y medir los costos, desde el ingreso del paciente hasta su alta, generando estándares e índices comparables.

Desarrollado a partir de la opinión y consenso de expertos sobre la base de la configuración de grupos homogéneos en función del proceso de cuidados hospitalarios deseables o ideales. Se pone énfasis en el tratamiento clínico deseable de los pacientes, independientemente de la variabilidad existente en la realidad. Posee asociada la definición de un protocolo ideal de tratamiento clínico, el cuál está computarizado y no requiere información adicional a su base de datos (Conjunto mínimo básico de datos). Esta base no es totalmente completa o exhaustiva por que existen ciertos problemas en cuanto a la asignación en determinados casos especiales. De esta manera, los grupos no cumplen el requisito de ser mutuamente excluyentes. Para que la utilización de este método sea eficiente se requiere una continua revisión de los grupos y un alto grado de consenso.

Este sistema se encuentra centrado en parámetros con base clínica, los que se codifican según "International Classification of Diseases" (ICD-9), y deben estar integrados a la Historia Clínica a fin de generar un Conjunto Mínimo de datos normalizados.

Este método se fundamenta en la necesidad de agrupar a los pacientes internados en categorías homogéneas, tanto en el aspecto clínico como en el del gasto. Cada una de las categorías tiene asociado un algoritmo de tratamiento médico que incluye: motivos del ingreso, estudios diagnósticos, diagnóstico, terapia que recibió, días de internación previsto y días de estadía en unidades de terapia. Las definiciones incluidas en los algoritmos se integran a "Protocolos Orientativos" o "Protocolos ideales", los que son sometidos a actualizaciones periódicas por comités de expertos.

El propio algoritmo de cálculo del sistema lleva asociada la definición de ese protocolo ideal para cada uno de los grupos de tratamiento clínico (patient Management path) en el que el motivo de la admisión es el primer elemento de clasificación junto con el diagnóstico principal.

Esta metodología requiere de la utilización de un conjunto mínimo básico de datos: número de historia clínica, sexo, fecha de nacimiento, servicio clínico, fecha de ingreso al hospital, fecha del alta del paciente, tipo de alta, codificación de diagnósticos según ICD-9 y codificación de procedimientos según ICD-9.

Este método contempla indicadores específicos para homogeneizar y comparar pacientes:

- ❖ **RIS (Relative Intensity Score o Puntuación de Intensidad Relativa):** este índice mide la utilización de los diferentes recursos que se espera consumir durante la internación. Permite la cuantificación de los costos relativos producidos por cada tipo de paciente.
- ❖ **Índice de Severidad o Gravedad:** soluciona la debilidad mostrada por el RIS ya que muestra el consumo de recursos ocasionados por la severidad o gravedad de los mismos.

El PMC es un índice Case Mix que lleva incorporado severidad, gravedad y asociaciones de patologías para cada paciente. La obtención de información para esta herramienta requiere de un trabajo de codificación y de un sistema informático adecuado.

El Case mix es “Un concepto informativo y un término genérico utilizado para definir la actividad del Hospital que refleja la morbilidad hospitalaria expresada por el ciudadano la medida del uso que realiza como consecuencia de los Servicios Sanitarios” [Delfí Cosialls i Pueyo; 2000; Pág. 111]

El PMC utiliza el siguiente criterio de isosíntesis: el protocolo ideal que conduce a un costo similar; partiendo de la opinión y del consenso entre expertos refleja una estrategia de gestión clínica, deseable o ideal, basada en un proceso de cuidados hospitalarios que están representados por los procedimientos y que excluyen la variabilidad.

Su objetivo es obtener entidades clínicamente similares a las que luego se les asocia un costo, siguiendo el concepto de asignación múltiple.

b) Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)

Se desarrolla a partir del análisis estadístico de una amplia base de datos luego de una larga investigación que fue desde los años 60 hasta los 80, cuya última versión fue el resultado del análisis de alrededor de 1,4 millones de registros hospitalarios procedentes de 323 hospitales. El diseño se basó en la clasificación de iso-consumo de recursos, en base a grupos de pacientes homogéneos. Se clasifican episodios de hospitalización en clases de igual consumo de recursos.

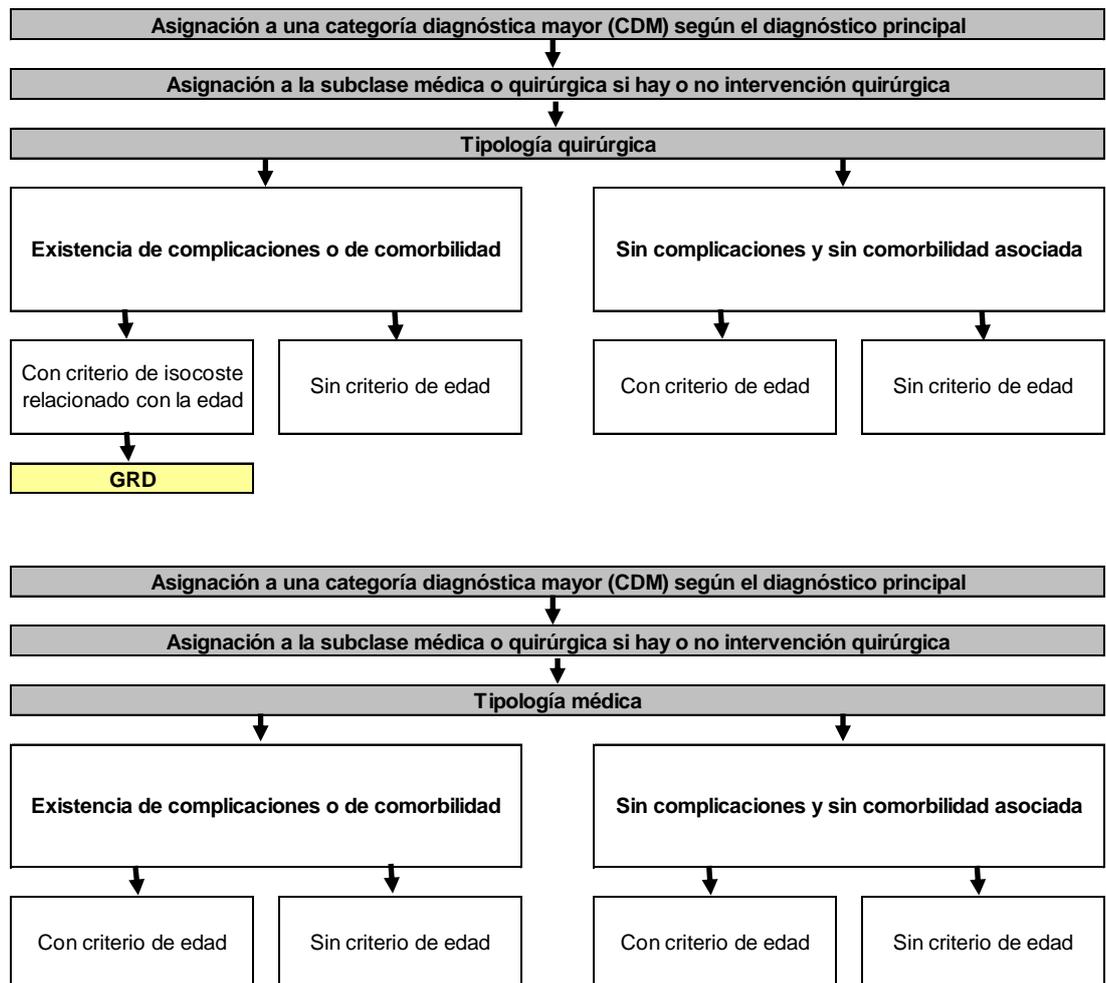
Puntualmente, tiene su origen en la lista A de la CPHA, en 1978, y se dibujan en 1979 cuando Fetter lleva a cabo la primera clasificación de enfermos agudos – HCFA – para la

población asistencial de Medicare en la que, por ejemplo, no existe el peso al nacer. En su desarrollo cabe destacar la aparición en 1980 en la Universidad de Yale de los GRD refinados con una jerarquía de complicaciones y de comorbilidades.

En 1988 aparece la clasificación All Patients GRD para los planes del sector privado, incluyendo enfermos no Medicare de la franja de edad de 0 a 64 años. En el mismo año, la NACHRI incorpora 100 GRD, más específicamente pediátricos, que reflejan también el concepto de cronicidad.

Para configurar un conjunto de grupos clínicos homogéneos se utiliza un algoritmo de cálculo con un método de dicotomización según los costos en el que su dispersión se va extinguiendo a lo largo de la construcción.

Para este método se define al diagnóstico principal como la condición que, al finalizar el proceso de hospitalización, se considera la causa responsable del ingreso del enfermo al hospital.



La información que se requiere para clasificar a un enfermo en un GRD incluye:

- ∞ Edad
- ∞ Sexo
- ∞ Diagnóstico principal
- ∞ Otros diagnósticos presentes
- ∞ Procedimientos
- ∞ Circunstancias respecto del alta

Este sistema no toma en cuenta la complejidad o severidad de los pacientes, o condiciones especiales como pobreza o edad muy avanzada. Los GRD vigentes son 655.

Tipo GRD	Cantidad
Pre categoría diagnóstica mayor	14
Oído, nariz y faringe	36
Ojo	15
Sistema nervioso	43
Aparato respiratorio	44
Aparato circulatorio	58
Aparato digestivo	51
Hígado, sistema biliar y páncreas	24
Sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo	62
Piel, tejido subcutáneo o mama	31
Sistema endocrino, nutricional	21
Riñón y vías urinarias	36
Aparato reproductor masculino	21
Aparato reproductor femenino	19
Embarazo, parto y puerperio	18
Recién nacidos y neonatos	35
Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunológico	12
Mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	20
Enfermedades infecciosas	12
Trastornos mentales	9
Trastornos mentales orgánicos inducidos	9
Lesiones y envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	21
Quemaduras	8
Otras causas de atención sanitaria	11
Infecciones VIH	17
Politraumatismos	8
Total GRDs existentes	655

Fuente: <http://www.gestion-sanitaria.com/>

A modo de ejemplo, en el **Anexo IV** se presentan los códigos y descripción de la Pre-categoría diagnóstica mayor.

Se considera que el diagnóstico es el instrumento que mejor sintetiza el resultado del proceso de producción secundario que consiste, básicamente, en un proceso de toma de decisiones clínicas por parte del médico que determina el consumo de servicios.

Los sistemas de agrupación de pacientes que reflejan el case-mix reflejan de manera clara el producto hospitalario. Una medida debe definir tipos de casos en cada uno de los cuales se espera que los pacientes reciban una cantidad similar de servicios hospitalarios. De esta manera se constituyen unidades homogéneas de costo y con significación clínica.

El producto hospitalario proporciona a los administradores y a los médicos un mecanismo para controlar los costos mediante el conocimiento más preciso del proceso de producción del hospital. Los costos detallados y el conocimiento de los servicios por pacientes agrupados en líneas de producto permiten establecer el presupuesto de funcionamiento, proyectar demandas de insumos y determinar las causas de las diferencias de costos.

Clasificar pacientes según GRDs puede permitir conocer de antemano el costo del servicio que le prestará al paciente. El GRD determinará que actividades / procesos se deben realizar para combatir la enfermedad. En base a los registros del sistema de información se puede obtener un costo aproximado de la prestación sumando los costos de los procesos que recibirá el paciente.

- **Análisis particular de los grupos de pacientes ambulatorios (APG)**

Nacen en 1990. Su objetivo fue crear, en Estados Unidos, un algoritmo de cálculo que permitiera conocer el costo de la provisión de servicios en la atención ambulatoria (excepto los servicios profesionales: los honorarios).

Al contrario de lo que ocurrió en el caso de los GRD, su interés inicial era conocer el costo y luego dotar de coherencia clínica al algoritmo; ello se debió a que en su inicio se centró, sobre todo, en la cirugía mayor ambulatoria.

Los grupos obtenidos son de consumo de recursos equivalentes y clínicamente homogéneos.

Incorpora el concepto de asignación múltiple: si se llevan a cabo dos procedimientos significativos en una única visita o se encadenan se produce su suma de forma parcial y ajustada. Los servicios complementarios o auxiliares, que aislados tendrían entidad propia, dentro de un APG no incrementan su costo de forma proporcional sino ajustada. Puede considerar un plazo temporal de acumulación de las exploraciones complementarias asociadas

(72 horas). Por todo ello discriminan con claridad lo que hace el clínico en cada contacto con un enfermo.

La unidad de pago es la visita (contacto entre enfermo y profesional) incluyendo, en la definición de su costo, los servicios habituales (analítica, radiología de tórax, etc.) asociados.

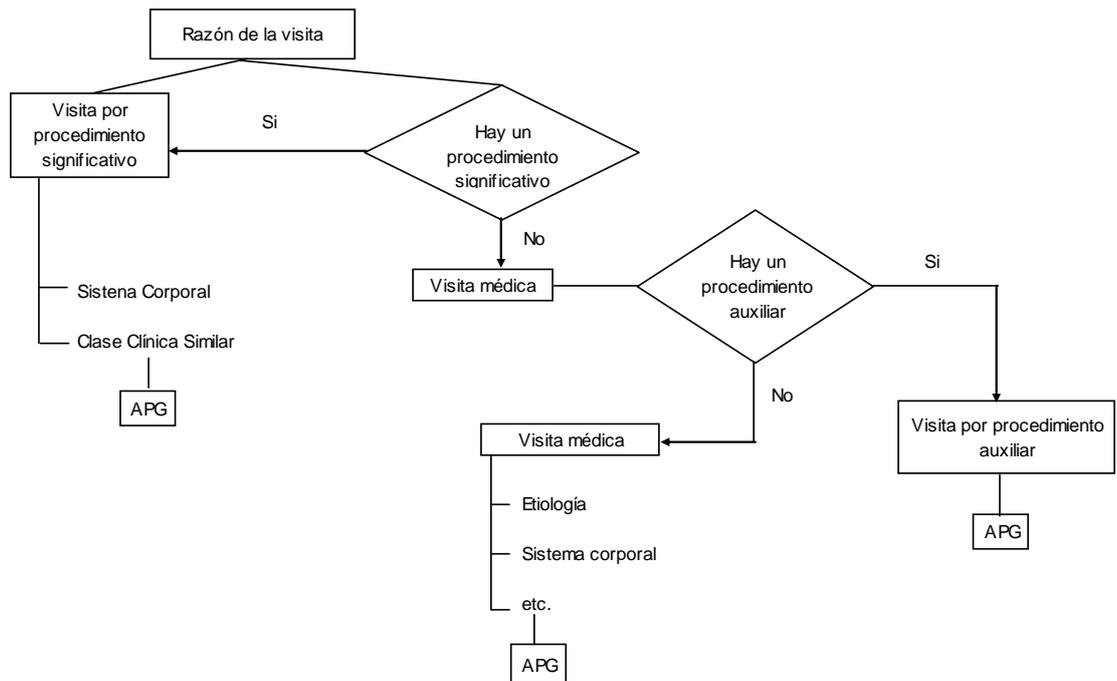
Hay tres grupos de pacientes: los médicos, los que tienen un procedimiento específico y los que sólo reciben servicios auxiliares.

El modelo es global: incluye la consulta externa, las urgencias, el hospital de día, los gabinetes y la cirugía mayor ambulatoria. Excluye: al visita tecnológica, la atención domiciliaria y la hospitalización convencional.

Cada grupo de APG tiene grupos con las siguientes características:

- Intentan ser simples y flexibles y contienen pocas clases que permitan su análisis estadístico, al mismo tiempo que evitan el exceso de codificación.
- Tienen particularidades clínicas similares: entre los diferentes grupos hay diferencias médicas racionales en el uso de los recursos; cada uno tiene relación con un sistema orgánico y etiológico similar, de parecido grado de extensión y con una especialidad médica específica, y es clínicamente significativo.
- Permiten que el enfermo esté dentro de un único APG, ya que si no se incrementa el uso de los recursos no se suman los procedimientos habituales; algunas subpoblaciones tienen un tratamiento específico: embarazo, neonatos, traumatología, tóxicos, neoplasias.
- Tienen un uso similar y constante de recursos, así como costos homogéneos de forma global (por grupo de casos): el tiempo de dedicación del profesional nos indica el tiempo que un enfermo utiliza los recursos.

Algoritmo de cálculo



¿Por qué implementar el sistema ABC?

No todas las empresas requieren de la implementación del sistema de costos ABC para lograr un conocimiento detallado de los costos. Los sistemas tradicionales de costos pueden representar el mismo resultado dependiendo de la empresa o rubro que se trate. Es por ello que existen dos reglas que Robert Kaplan y Robin Cooper mencionan en su libro “Coste y Efecto”:

I.Regla de Willie Sutton (exitoso ladrón de bancos norteamericanos durante los años 50. Fue capturado en su casa no lejos de una comisaría local, le preguntaron durante el interrogatorio preliminar: < ¿por qué robas bancos? >, Willie respondió: < Ahí es donde está el dinero >. A la hora de desarrollar sistemas ABC se debería seguir el sabio consejo de Willie de centrarnos en áreas de alto coste en las que las mejoras pueden producir grandes beneficios a la organización. La aplicación de un análisis ABC a los costes de los recursos que estén por debajo del 1 % del coste total, no conducirá a grandes mejoras para la organización) :“Busque áreas con grandes costes en recursos indirectos y de apoyo, especialmente cuando estos costes hayan estado creciendo. Las operaciones en las que casi todos los costes son de mano de obra y materiales directos, a los que ya puede seguirse la pista

hasta los productos individuales por medio de los sistemas de cálculo de costes tradicionales, puede que no necesiten sistemas ABC. De hecho, si las actividades de la organización se encuentran todas a nivel de unidad (sin actividades de apoyo al producto o de lote), los sistemas ABC y los sistemas tradicionales de costes es probable que proporcionen unos resultados económicos muy similares.” [R. Kaplan y R. Cooper; 1999; Pág. 109]

II.Regla de la gran diversidad: “Busque una situación en la que exista una gran variedad de productos, clientes o procesos. Por ejemplo, piense en unas instalaciones que producen productos en fase de madurez y de reciente introducción, productos estándar y personalizados y productos de gran y de bajo volumen. O piense en una organización de marketing y ventas que sirve a clientes que hacen pedidos de productos estándar de gran volumen y muy pocas demandas especiales, así como clientes que hacen pedidos de pequeño volumen, volúmenes especiales y que exigen gran cantidad de apoyo técnico antes y después de las ventas.” [Kaplan R., Cooper R.; 1999; Pág. 109]

Las clínicas privadas de salud “puras” cuentan con una gran variedad de recursos indirectos y de apoyo, representado en su mayoría por el costo de los profesionales médicos. Además cuenta con centros de costos que incluyen procesos compuestos por gran diversidad de actividades, lo que requiere que los costos sean asignados a través del sistema ABC con la ayuda de inductores de costos o cost-drivers, y así poder conocer el costo que representa por paciente mediante la suma de costos de cada una de las actividades que le fue realizada, que en su conjunto forman procesos.

ABM (Activity Based Management)

Una vez conformado el sistema de costeo basado en actividades, en el entorno de la clínica privada de salud se podrá tomar conocimiento de:

- ❖ El costo de cada una de las actividades y procesos (ABC); y
- ❖ La evaluación y gestión de las propias actividades y procesos (ABM)

El ABM es la gestión basada en actividades. Se trata de la evaluación y gestión de las actividades, la cual permite valorar si el trabajo está hecho y cómo se ha llevado a cabo, sirviendo de base para la aplicación de la mejora continua. Se analiza el porqué, es decir, se

trata de identificar la causa o el origen que determina la existencia de cada actividad y el cómo se realiza.

Ciertas actividades pueden ser consideradas superfluas o de derroche, lo que implica cierta oportunidad o potencial de mejora, que se podrá conseguir en la medida en que se puedan reducir o ahorrar este tipo de actividades costosas en una clínica.

Una actividad es considerada innecesaria siempre que no genere valor añadido para el output o servicio que ofrece cada uno de los centros de costos. Son actividades que no contribuyen a mejorar la calidad del servicio prestado, y que además de no generar valor sí generan costos. Es por ello que es necesario eliminarlas produciendo así mayor rentabilidad, eficiencia y calidad en la prestación de servicios.

El objetivo del ABM es realizar una gestión óptima de actividades y no solamente de los costos. Si el sistema de información permite generar información adecuada y fiable en relación a todas las actividades existentes en cada uno de los centros de costos de la clínica, será posible la reducción de actividades innecesarias que probablemente generará una reducción de los costos. El ABM busca una gestión integral de la organización, tratando de alcanzar la excelencia.

Los tres objetivos principales del ABM son:

- I.Reducción de costos
- II.Incremento de calidad
- III.Optimización de tiempos en la organización

Es por ello que para cumplir con los objetivos mencionados se debe analizar en forma detallada cada una de las actividades realizadas en los distintos centros de costos. Para poder llevar adelante la gestión basada en actividades (ABM), se requiere necesariamente la desagregación de la clínica en procesos (Mapa de procesos), la comprensión en profundidad de estos procesos incluyendo el análisis de las actividades, y la utilización de información para la mejora y optimización de las actividades.

A cada proceso de la clínica realizado en uno o varios centros de costos se lo concibe como un conjunto de actividades interrelacionadas compuestas por tareas (formas en que se realiza una actividad) específicas que añaden valor para conseguir un resultado óptimo. La

meta principal de las actividades es convertir los recursos (materiales, mano de obra y tecnología) en productos / servicios. A través de las actividades se pueden observar los procesos como estructuras sencillas, convirtiéndose en elementos más sencillos de análisis.

Existen ciertas características que las actividades deben cumplir para garantizar la gestión que conduzca a mejorar la calidad:

- Componer cada proceso, estando interrelacionadas entre sí
- Generar costos o consumo de recursos
- Ayudar a mejorar la precisión del consumo de los recursos de los productos / servicios
- Mejorar la toma de decisiones
- Lograr una mejora continua mediante la eliminación de actividades sin valor añadido, y a través de la mejora de rendimiento de las actividades que si agregan valor, la eliminación de la variabilidad en los procesos y la simplificación de las actividades.

¿Cómo obtener una asignación óptima de costos?

La asignación precisa de los costos requiere el conocimiento y la gestión de las actividades que generan productos / servicios y que se encuentran dirigidas a clientes específicos. En el caso de que la aplicación o asignación de costos sea de forma convencional, es decir, sin tener en cuenta las diferencias que existen entre productos y los clientes específicos, algunos costos pueden ser sobrestimados y otros infra estimados, desvirtuando la información real. El consumo de costos para la consecución de las actividades debe realizarse lo más eficazmente posible.

Los sistemas de gestión, para lograr una mejora continua que permita buscar permanentemente la calidad total, deben brindar información acerca de la forma de realización de actividades, del aporte de las actividades a la realización de los objetivos de la organización, cuáles son los inductores de las actividades y los incentivos existentes para la mejora de la eficacia.

Ejemplo ilustrativo de aplicación del sistema ABC en una clínica privada de salud

Una **clínica privada de salud del partido de Quilmes** es suministradora de una amplia variedad de prestaciones sanitarias que incluyen:

- ❖ Medicina General
- ❖ Fisiatría
- ❖ Tocoginecología
- ❖ Servicio de imágenes
- ❖ Pediatría
- ❖ Enfermería
- ❖ Servicio de administración de pacientes + registros médicos
- ❖ Laboratorio
- ❖ Dirección General

La clínica dispone de servicio de imágenes, laboratorio y personal administrativo completo que complementa con otro centro de alta complejidad deportiva en su faz de traumatología que opera como unidad independiente para atención de deportistas del Club Atlético Quilmes. Las prestaciones de enfermería son proporcionadas por un grupo de enfermeras especializadas y practicantes proveniente todas ellas de diversas instituciones universitarias, cada una de las cuales puede trabajar en dos o más de las áreas de prestación. La institución presenta la siguiente estructura de bases de atribución de sus recursos cuyos conceptos e importes se indican a continuación y se presupuestan para el próximo ejercicio económico – financiero.

Conceptos necesarios para una correcta atribución de los recursos

Los siguientes datos fueron obtenidos de un relevamiento intensivo de la clínica, en el que se solicitó información detallada a los empleados y directivos, además de haber investigado el sistema de información.

Departamentos directos	Superficie Propia (m2)	Nro. Pacientes a atender	% Prestacion de enfermeria	Nro. Tratamientos	Sueldos	Horas extras
MEDICINA GENERAL.	1.400	21.000	35%	39.600	427.600	0
PEDIATRIA	1.000	15.000	18%	28.800	400.000	0
FISIATRIA	1.450	9.500	5%	17.300	313.600	3.600
TOCGINECOLOGIA	1.050	19.000	25%	36.000	314.000	0
SERVICIO DE IMÁGENES	700	8.100	5%	14.600	258.900	10.800
LABORATORIO	550	18.000	12%	34.600	295.000	3.600
Sub - total	6.150	90.600	100%	170.900	2.009.100	18.000
Departamentos de Apoyo o servicio						
DIRECCION GENERAL	1.900	0	0	0	237.600	5.400
INSTALACIONES	3.600	0	0	0	0	0
REGISTROS MEDICOS (*)	1.000	0	0	0	150.820	7.200
ADMINISTRACIÓN DE PACIENTES (*)	850	0	0	0	201.600	7.200
ENFERMERIA	0	0	0	0	274.400	25.200
Sub - total	7.350	0	0	0	864.420	45.000
Total	13.500	90.600	100%	170.900	2.873.520	63.000

Departamentos directos	Seguros grales.	Serv. Mant. Contratado	Alquiler eq. Esp.	Consumos operat.	Suministros operativos	Medicos contratados
MEDICINA GENERAL.	45.000	0%	0%	7%	8%	13%
PEDIATRIA	45.000	0%	0%	5%	6%	9%
FISIATRIA	9.000	0%	4%	4%	5%	0%
TOCGINECOLOGIA	67.500	0%	0%	14%	15%	20%
SERVICIO DE IMÁGENES	31.500	45%	40%	9%	40%	20%
LABORATORIO	9.000	14%	6%	3%	10%	12%
Sub - total	207.000	59%	50%	42%	84%	74%
Departamentos de Apoyo o servicio						
DIRECCION GENERAL	27.000	3%	10%	36%	8%	26%
INSTALACIONES	18.000	30%	20%	7%	1%	0%
REGISTROS MEDICOS (*)	0	0%	5%	4%	3%	0%
ADMINISTRACIÓN DE PACIENTES (*)	0	8%	15%	4%	4%	0%
ENFERMERIA	18.000	0%	0%	7%	0%	0%
Sub - total	63.000	41%	50%	58%	16%	26%
Total	270.000	100%	100%	100%	100%	100%

(*) La administración de pacientes como los registros médicos son llevados a cabo por las mismas personas, por lo que se decide agruparlos para facilitar la descripción de actividades y su posterior homogeneización.

El sistema de costeo tradicional implica realizar la asignación de costos mediante la distribución primaria, secundaria y terciaria de cada uno de los costos a los Departamentos directos y de Servicio:

Distribución Primaria			Departamentos directos					
Recursos	Base de Asignación	Cuota	MEDICINA GRAL.	PEDIATRIA	FISIOTERAPIA	TOCGINECOLOGIA	RADIOLOGIA	SERV. DE IMÁGENES
Sueldos	directa		427.600	400.000	313.600	314.000	258.900	295.000
Horas extras	directa		0	0	3.600	0	10.800	3.600
Seguros grales.	directa		45.000	45.000	9.000	67.500	31.500	9.000
Servicios								
Mantenimientos	%		0	0	0	0	32.400	10.080
Alquiler equipos	%		0	0	4.320	0	43.200	6.480
Gastos operativos	%		10.584	7.560	6.048	21.168	13.608	4.536
Serv. de limpieza	directa		0	0	0	0	0	0
Impuesto inmobiliario	m2	5,07	7.093	5.067	7.347	5.320	3.547	2.787
Depreciacion	m2	24	33.600	24.000	34.800	25.200	16.800	13.200
Serv. Grales.	directa		0	0	0	0	21.600	0
Suministros operativos	%		43.200	32.400	27.000	81.000	216.000	54.000
Serv. Medicos contratados	%		10.764	7.452	0	16.560	16.560	9.936
Total Distribución Primaria			577.841	521.479	405.715	530.748	664.915	408.619

Desarrollo del costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud actuales en Argentina

Distribución Primaria			Departamentos de Servicio				Total	
Recursos	Base de Asignación	Cuota	DIRECCION GRAL.	INSTALACIONES	REGISTROS MEDICOS	ADM. PACIENTES	ENFERMERIA	Total
Sueldos	directa		237.600	0	150.820	201.600	274.400	2.873.520
Horas extras	directa		5.400	0	7.200	7.200	25.200	63.000
Seguros grales.	directa		27.000	18.000	0	0	18.000	270.000
Servicios								
Mantenimientos	%		2.160	21.600	0	5.760	0	72.000
Alquiler equipos	%		10.800	21.600	5.400	16.200	0	108.000
Gastos operativos	%		54.432	10.584	6.048	6.048	10.584	151.200
Serv. de limpieza	directa		0	43.200	0	0	0	43.200
Impuesto inmobiliario	m2	5,07	9.627	18.240	5.067	4.307	0	68.400
Depreciación	m2	24	45.600	86.400	24.000	20.400	0	324.000
Serv. Grales.	directa		0	43.200	0	0	0	64.800
Suministros operativos	%		43.200	5.400	16.200	21.600	0	540.000
Serv. Medicos contratados	%		21.528	0	0	0	0	82.800
Total Distribución Primaria			457.347	268.224	214.735	283.115	328.184	4.660.920

Distribución Secundaria		(Definida x monto)	MEDICINA GRAL.	PEDIATRIA	FISIOTERAPIA	GINECOLOGIA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	TOTALES
Enfermería	% prestación enfermería		114.864	59.073	16.409	82.046	16.409	39.382	328.184
Adm. pacientes	nro pacientes a atender	3,12	65.623	46.873	29.686	59.373	25.312	56.248	283.115
Instalaciones	sup. Ocupada	43,61	61.059	43.614	63.240	45.794	30.530	23.958	268.224
Reg. Medicos	no tratamientos	1,26	49.757	36.187	21.737	45.234	18.345	43.475	214.735
Dir. Gral.	consumos acum.		86.907,00	77.747,00	59.453	77.747	96.040	59.453	457.347
Subtotal			378.210	263.494	190.526	310.194	186.635	222.545	1.551.604
Total Distribución Secundaria			956.052	784.973	596.240	840.942	851.550	631.164	4.660.920
Distribución Terciaria		(x n. tratamientos)	24,14	27,26	34,46	23,36	58,33	18,24	

Asignación de recursos a las actividades, correspondientes a los respectivos procesos

Bajo el concepto de ABC, en el siguiente cuadro se asignó, según lo relevado, los recursos a cada una de las actividades:

Área	Nº	Actividad	Sueldos (\$)	%	Horas extras (\$)	%	Seguros grales. (\$)	%	Servicios mantenimientos contratados (\$)	%	Alquiler equipos (\$)	%	Consumos operativos (\$)	%
1) MEDICINA GENERAL														
TOTAL A DISTRIBUIR =			427.600	100%	0	0%	47.000	100%	2.400	100%	2.400	100%	11.760	100%
Médico consultorio externo (F)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	45.500	11%	0	0	0	0%	300	13%	300	13%	1.642	14%
	2	Tratamientos ambulatorios	45.500	11%	0	0	0	0%	300	13%	300	13%	7.592	65%
	3	Atención primaria de la salud (prevención)	29.800	7%	0	0	0	0%	300	13%	300	13%	2.526	21%
Guardia (Urgencia)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	28.500	7%	0	0%	0	0%	300	13%	300	13%	0	0%
	2	Estudios complementarios + instauración de tratamiento y posible internación en Guardia	47.000	11%	0	0%	16.000	34%	300	13%	300	13%	0	0%
En piso o sala (E)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	56.500	13%	0	0%	0	0%	300	13%	300	13%	0	0%
	2	Estudios complementarios	85.500	20%	0	0%	10.500	22%	300	13%	300	13%	0	0%
	3	Seguimiento del paciente	89.300	21%	0	0%	20.500	44%	300	13%	300	13%	0	0%
TOTAL DISTRIBUIDO =			427.600	100%	0	0%	47.000	100%	2.400	100%	2.400	100%	11.760	100%
2) FISIATRÍA														
TOTAL A DISTRIBUIR =			313.600	100%	3.600	100%	11.000	100%	2.400	100%	6.720	100%	7.224	100%
TRAUMATOLOGÍA + KINESIOLOGÍA (G)	1	Tareas de rehabilitación	150.000	48%	3.600	100%	0	0%	800	33%	4.200	63%	5.650	78%
	2	Tratamiento intrahospitalario o filtraciones	100.000	32%	0	0%	7.000	64%	800	33%	2.000	30%	750	10%
	3	Inmovilización de miembros	63.600	20%	0	0%	4.000	36%	800	33%	520	8%	824	11%
TOTAL DISTRIBUIDO =			313.600	100%	3.600	100%	11.000	100%	2.400	100%	6.720	100%	7.224	100%
3) TOCONECOLOGÍA														
TOTAL A DISTRIBUIR =			314.000	100%	0	0%	69.500	100%	2.400	100%	2.400	100%	22.344	100%
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (H)	1	Análisis del paciente + Examen clínico (fisioterapia fetal)	55.000	18%	0	0%	0	0%	600	25%	600	25%	500	2%
	2	Colocación de dispositivos intrauterinos	67.000	21%	0	0%	21.000	30%	600	25%	600	25%	3.000	13%
	3	Procedimientos quirúrgicos (Cesárea)	150.000	48%	0	0%	34.000	49%	600	25%	600	25%	15.000	67%
	4	Seguimiento de embarazo / Parto	42.000	13%	0	0%	14.500	21%	600	25%	600	25%	3.844	17%
TOTAL DISTRIBUIDO =			314.000	100%	0	0%	69.500	100%	2.400	100%	2.400	100%	22.344	100%
4) SERVICIOS DE IMÁGENES														
TOTAL A DISTRIBUIR =			258.900	100%	10.800	100%	33.500	100%	34.800	100%	45.600	100%	14.784	100%
RADIOGRAFÍA Y DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES (I)	1	Práctica, revelado y entrega de radiografías	35.000	14%	10.800	100%	6.000	18%	5.000	14%	7.000	15%	2.100	14%
	2	Realización de ecografía 3D y 4D	75.000	29%	0	0%	6.180	18%	9.500	27%	9.000	20%	3.000	20%
	3	Realización de tomografía axial computada	64.900	25%	0	0%	6.320	19%	9.500	27%	12.000	26%	4.500	30%
	4	Resonancia nuclear magnética	84.000	32%	0	0%	15.000	45%	10.800	31%	17.600	39%	5.184	35%
TOTAL DISTRIBUIDO =			258.900	100%	10.800	100%	33.500	100%	34.800	100%	45.600	100%	14.784	100%
5) PEDIATRÍA (J)														
TOTAL A DISTRIBUIR =			400.000	100%	0	0%	47.000	100%	2.400	100%	2.400	100%	8.736	100%
Médico consultorio externo (F)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	42.563	11%	0	0%	0	0%	300	13%	300	13%	1.220	14%
	2	Tratamientos ambulatorios	42.563	11%	0	0%	0	0%	300	13%	300	13%	5.640	65%
	3	Atención primaria de la salud	27.877	7%	0	0%	0	0%	300	13%	300	13%	1.876	21%
Guardia (Urgencia)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	26.660	7%	0	0%	0	0%	300	13%	300	13%	0	0%
	2	Estudios complementarios + instauración de tratamiento y posible internación en Guardia	43.966	11%	0	0%	16.000	34%	300	13%	300	13%	0	0%
En piso o sala (E)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	52.853	13%	0	0%	0	0%	300	13%	300	13%	0	0%
	2	Estudios complementarios	79.981	20%	0	0%	10.500	22%	300	13%	300	13%	0	0%
	3	Seguimiento del paciente	83.536	21%	0	0%	20.500	44%	300	13%	300	13%	0	0%
TOTAL DISTRIBUIDO =			400.000	100%	0	0%	47.000	100%	2.400	100%	2.400	100%	873600%	100%

Área	Nº	Actividad	Sueldos (\$)	%	Horas extras (\$)	%	Seguros grales. (\$)	%	Servicios mantenimientos contratados (\$)	%	Alquiler equipos (\$)	%	Consumos operativos (\$)	%
6) ENFERMERÍA														
TOTAL A DISTRIBUIR =			274.400	100%	25.200	100%	20.000	100%	2.400	100%	2.400	100%	11.760	100%
Actividades de enfermera raza	1	Extracción de sangre	20.000	7%	6.300	25%	3.000	15%	600	25%	1.000	42%	200	2%
	2	Colocación de intramusculares y de vías periféricas (suero)	25.000	9%	6.300	25%	5.000	25%	600	25%	700	29%	1.000	9%
	3	Control y suministro de medicación	40.000	15%	6.300	25%	4.000	20%	600	25%	350	15%	5.000	43%
	4	Mantenimiento de higiene del paciente	20.000	7%	6.300	25%	2.000	10%	600	25%	0	0%	500	4%
Actividades de jefa de enfermeras	1	Revisión del historial clínico	50.000	18%	0	0%	1.000	5%	0	0%	0	0%	0	0%
	2	Control del piso	70.000	26%	0	0%	1.000	5%	0	0%	0	0%	0	0%
	3	Control y suministro de medicación	49.400	18%	0	0%	4.000	20%	0	0%	350	15%	5.060	43%
TOTAL DISTRIBUIDO =			274.400	100%	25.200	100%	20.000	100%	2.400	100%	2.400	100%	11.760	100%
7) SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE PACIENTES + REGISTROS MÉDICOS														
TOTAL A DISTRIBUIR =			352.420	100%	14.400	100%	2.000	100%	8.160	100%	24.000	100%	13.272	100%
Administrativo	1	Atención al paciente + Seguimiento de los tumos y de las obras sociales	170.000	48%	10.000	69%	500	25%	5.500	67%	8.000	33%	7.000	53%
	2	Organización de ficheros e historias clínicas	70.000	20%	2.000	14%	500	25%	1.600	20%	8.000	33%	3.000	23%
	3	Admisiones, Altas y transferencias de Camas	45.000	13%	1.000	7%	500	25%	0	0%	8.000	33%	2.100	16%
	4	Control del personal médico	67.420	19%	1.400	10%	500	25%	1.060	13%	0	0%	1.172	9%
TOTAL DISTRIBUIDO =			352.420	100%	14.400	100%	2.000	100%	8.160	100%	24.000	100%	13.272	100%
8) LABORATORIO														
TOTAL A DISTRIBUIR =			295.000	100%	3.600	100%	11.000	100%	12.480	100%	8.880	100%	5.712	100%
Estudios varios (Bateriología, Hematología, Virología, Micología y Patología) (K)	1	Recepción de la muestra	52.000	18%	500	14%	0	0%	5.000	40%	0	0%	900	16%
	2	Extracción de la muestra	50.000	17%	800	22%	1.000	9%	3.000	24%	700	8%	1.800	32%
	3	Estudio de la muestra	120.000	41%	1.200	33%	5.000	45%	2.000	16%	8.180	92%	1.500	26%
	4	Emisión del informe y entrega de resultados	73.000	25%	1.100	31%	5.000	45%	2.480	20%	0	0%	1.512	26%
TOTAL DISTRIBUIDO =			295.000	100%	3.600	100%	11.000	100%	12.480	100%	8.880	100%	5.712	100%
9) DIRECCIÓN GENERAL														
TOTAL A DISTRIBUIR =			237.600	100%	5.400	100%	29.000	100%	4.560	100%	13.200	100%	55.608	100%
Administración del Hospital	1	Dirigir al personal	60.000	25%	0	0%	9.667	33%	0	0%	2.000	15%	11.608	21%
	2	Planeamiento hospitalario	90.000	38%	4.000	74%	9.667	33%	0	0%	5.000	38%	20.000	36%
	3	Control de calidad / Auditoría General	50.000	21%	1.400	26%	9.667	33%	4.560	100%	5.000	38%	15.000	27%
	4	Reuniones de comité médico	37.600	16%	0	0%	0	0%	0	0%	1.200	9%	9.000	16%
TOTAL DISTRIBUIDO =			237.600	100%	5.400	100%	29.000	100%	4.560	100%	13.200	100%	55.608	100%
CONTROL DE LA DISTRIBUCIÓN TOTAL =			2.873.520	OK	63.000	OK	270.000	OK	72.000	OK	108.000	OK	151.200	OK

INSTALACIONES (\$)	-		-		18.000		21.600		21.600		10.584	
DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE IMPORTE CORRESPONDIENTE A INSTALACIONES ENTRE LOS PROCESOS (\$)	-	OK	-	OK	2.000	OK	2.400	OK	2.400	OK	1.176	OK

Área	Nº	Actividad	Serv. de limpieza (\$)	%	Impuesto inmobiliario (\$)	%	Depreciación (\$)	%	Prestaciones Grales. (\$)	%	Suministros operativos (\$)	%	Serv. Medicos contratados (\$)	%	TOTAL (\$)
1) MEDICINA GENERAL															
TOTAL A DISTRIBUIR =			4.800	100%	9.120	100%	43.200	100%	5.400	100%	43.800	100%	10.764	100%	
Médico consultorio externo (F)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	600	13%	1.140	13%	0	0%	675	13%	0	0%	2.870	27%	53.027
	2	Tratamientos ambulatorios	600	13%	1.140	13%	14.400	33%	675	13%	5.600	13%	2.870	27%	78.977
	3	Atención primaria de la salud (prevención)	600	13%	1.140	13%	0	0%	675	13%	0	0%	2.870	27%	38.211
Guardia (Urgencia)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	600	13%	1.140	13%	0	0%	675	13%	0	0%	1.076	10%	32.591
	2	Estudios complementarios + instauración de tratamiento y posible internación en Guardia	600	13%	1.140	13%	14.400	33%	675	13%	16.400	37%	1.076	10%	97.891
En piso o sala (E)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	600	13%	1.140	13%	0	0%	675	13%	0	0%	0	0%	59.515
	2	Estudios complementarios	600	13%	1.140	13%	14.400	33%	675	13%	21.800	50%	0	0%	135.215
	3	Seguimiento del paciente	600	13%	1.140	13%	0	0%	675	13%	0	0%	0	0%	112.815
TOTAL DISTRIBUIDO =			4.800	100%	9.120	100%	43.200	100%	5.400	100%	43.800	100%	10.764	100%	
2) FISIATRÍA															
TOTAL A DISTRIBUIR =			4.800	100%	9.374	100%	44.400	100%	5.400	100%	27.600	100%	0	0%	
TRAUMATOLOGÍA + KINESIOLOGÍA (G)	1	Tareas de rehabilitación	3.480	73%	3.125	33%	32.000	72%	3.500	65%	10.000	36%	0	0%	216.355
	2	Tratamiento intralesional o filtraciones	1.000	21%	3.125	33%	7.500	17%	1.000	19%	10.000	36%	0	0%	133.175
	3	Inmovilización de miembros	320	7%	3.124	33%	4.900	11%	900	17%	7.600	28%	0	0%	86.588
TOTAL DISTRIBUIDO =			4.800	100%	9.374	100%	44.400	100%	5.400	100%	27.600	100%	0	0%	
3) TOCOGINECOLOGÍA															
TOTAL A DISTRIBUIR =			4.800	100%	7.347	100%	34.800	100%	5.400	100%	81.600	100%	16.560	100%	
GINECOLOGÍA + OBSTETRICIA (H)	1	Análisis del paciente + Examen clínico (fisopatología fetal)	0	0%	1.836	25%	4.800	14%	1.000	19%	6.600	8%	3.500	21%	74.436
	2	Colocación de dispositivos intrauterinos	1.000	21%	1.837	25%	10.000	29%	1.350	25%	25.000	31%	1.500	9%	132.887
	3	Procedimientos quirúrgicos (Cesárea)	2.000	42%	1.837	25%	12.000	34%	1.700	31%	40.000	49%	10.000	60%	267.737
	4	Seguimiento de embarazo / Parto	1.800	38%	1.837	25%	8.000	23%	1.350	25%	10.000	12%	1.560	9%	86.091
TOTAL DISTRIBUIDO =			4.800	100%	7.347	100%	34.800	100%	5.400	100%	81.600	100%	16.560	100%	
4) SERVICIOS DE IMÁGENES															
TOTAL A DISTRIBUIR =			4.800	100%	5.574	100%	26.400	100%	21.600	100%	216.600	100%	16.560	100%	
RADIOGRAFÍA Y DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES (I)	1	Práctica, revelado y entrega de radiografías	1.200	25%	1.393	25%	4.000	15%	5.400	25%	30.000	14%	1.000	6%	108.893
	2	Realización de ecografía 3D y 4D	1.200	25%	1.393	25%	5.500	21%	5.400	25%	62.000	29%	7.000	42%	185.173
	3	Realización de tomografía axial computada	1.200	25%	1.393	25%	6.500	25%	5.400	25%	59.600	28%	4.000	24%	175.313
	4	Resonancia nuclear magnética	1.200	25%	1.395	25%	10.400	39%	5.400	25%	65.000	30%	4.560	28%	220.539
TOTAL DISTRIBUIDO =			4.800	100%	5.574	100%	26.400	100%	21.600	100%	216.600	100%	16.560	100%	
5) PEDIATRÍA (J)															
TOTAL A DISTRIBUIR =			4.800	100%	7.094	100%	33.600	100%	5.400	100%	33.000	100%	7.452	100%	
Médico consultorio externo (F)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	600	13%	887	13%	0	0%	675	13%	0	0%	1.987	27%	48.532
	2	Tratamientos ambulatorios	600	13%	887	13%	11.200	33%	675	13%	4.219	13%	1.987	27%	68.371
	3	Atención primaria de la salud	600	13%	887	13%	0	0%	675	13%	0	0%	1.987	27%	34.502
Guardia (Urgencia)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	600	13%	887	13%	0	0%	675	13%	0	0%	745	10%	30.167
	2	Estudios complementarios + instauración de tratamiento y posible internación en Guardia	600	13%	887	13%	11.200	33%	675	13%	12.356	37%	745	10%	87.029
En piso o sala (E)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	600	13%	887	13%	0	0%	675	13%	0	0%	0	0%	55.615
	2	Estudios complementarios	600	13%	887	13%	11.200	33%	675	13%	16.425	50%	0	0%	120.868
	3	Seguimiento del paciente	600	13%	887	13%	0	0%	675	13%	0	0%	0	0%	106.798
TOTAL DISTRIBUIDO =			4.800	100%	7.094	100%	33.600	100%	5.400	100%	33.000	100%	7.452	100%	

Área	Nº	Actividad	Serv. de limpieza (\$)	%	Impuesto inmobiliario (\$)	%	Depreciación (\$)	%	Prestaciones Grales. (\$)	%	Suministros operativos (\$)	%	Serv. Médicos contratados (\$)	%	TOTAL (\$)
5) PEDIATRÍA (U)															
TOTAL A DISTRIBUIR =			4.800	100%	7.094	100%	33.600	100%	5.400	100%	33.000	100%	7.452	100%	
Médico consultorio externo (F)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	600	13%	887	13%	0	0%	675	13%	0	0%	1.987	27%	48.532
	2	Tratamientos ambulatorios	600	13%	887	13%	11.200	33%	675	13%	4.219	13%	1.987	27%	68.371
	3	Atención primaria de la salud	600	13%	887	13%	0	0%	675	13%	0	0%	1.987	27%	34.502
Guardia (Urgencia)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	600	13%	887	13%	0	0%	675	13%	0	0%	745	10%	30.167
	2	Estudios complementarios + instauración de tratamiento y posible internación en Guardia	600	13%	887	13%	11.200	33%	675	13%	12.356	37%	745	10%	87.029
En piso o sala (E)	1	Análisis del paciente + Examen Físico	600	13%	887	13%	0	0%	675	13%	0	0%	0	0%	55.615
	2	Estudios complementarios	600	13%	887	13%	11.200	33%	675	13%	16.425	50%	0	0%	120.868
	3	Seguimiento del paciente	600	13%	887	13%	0	0%	675	13%	0	0%	0	0%	106.798
TOTAL DISTRIBUIDO =			4.800	100%	7.094	100%	33.600	100%	5.400	100%	33.000	100%	7.452	100%	
6) ENFERMERÍA															
TOTAL A DISTRIBUIR =			4.800	100%	2.027	100%	9.600	100%	5.400	100%	600	100%	0	0%	
Actividades de enfermera raza	1	Extracción de sangre	686	14%	290	14%	7.000	73%	771	14%	0	0%	0	0%	39.847
	2	Colocación de intramusculares y de vías periféricas (suero)	686	14%	290	14%	0	0%	771	14%	0	0%	0	0%	40.347
	3	Control y suministro de medicación	686	14%	290	14%	1.300	14%	771	14%	0	0%	0	0%	59.297
	4	Mantenimiento de higiene del paciente	686	14%	290	14%	0	0%	771	14%	0	0%	0	0%	31.147
Actividades de jefa de enfermeras	1	Revisión del historial clínico	686	14%	290	14%	0	0%	771	14%	600	100%	0	0%	53.347
	2	Control del piso	686	14%	290	14%	0	0%	771	14%	0	0%	0	0%	72.747
	3	Control y suministro de medicación	686	14%	290	14%	1.300	14%	771	14%	0	0%	0	0%	61.857
TOTAL DISTRIBUIDO =			4.800	100%	2.027	100%	9.600	100%	5.400	100%	600	100%	0	0%	
7) SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE PACIENTES + REGISTROS MÉDICOS															
TOTAL A DISTRIBUIR =			4.800	100%	11.400	100%	54.000	100%	5.400	100%	38.400	100%	0	0%	
Administrativo	1	Atención al paciente + Seguimiento de los turnos y de las obras sociales	1.200	25%	2.850	25%	13.500	25%	1.800	33%	15.000	39%	0	0%	235.350
	2	Organización de ficheros e historias clínicas	1.200	25%	2.850	25%	13.500	25%	1.800	33%	7.000	18%	0	0%	111.450
	3	Admisiones, Altas y transferencias de Camas	1.200	25%	2.850	25%	13.500	25%	1.800	33%	6.000	16%	0	0%	81.950
	4	Control del personal médico	1.200	25%	2.850	25%	13.500	25%	0	0%	10.400	27%	0	0%	99.502
TOTAL DISTRIBUIDO =			4.800	100%	11.400	100%	54.000	100%	5.400	100%	38.400	100%	0	0%	
8) LABORATORIO															
TOTAL A DISTRIBUIR =			4.800	100%	4.814	100%	22.800	100%	5.400	100%	54.600	100%	9.936	100%	
Estudios varios (Bateriología, Hematología, Virología, Micología y Patología) (K)	1	Recepción de la muestra	1.200	25%	1.202	25%	5.000	22%	1.000	19%	9.500	17%	0	0%	76.302
	2	Extracción de la muestra	1.200	25%	1.204	25%	10.000	44%	1.200	22%	25.000	46%	3.000	30%	98.904
	3	Estudio de la muestra	1.200	25%	1.204	25%	6.800	30%	3.200	59%	18.000	33%	6.936	70%	175.220
	4	Emisión del informe y entrega de resultados	1.200	25%	1.204	25%	1.000	4%	0	0%	2.100	4%	0	0%	88.596
TOTAL DISTRIBUIDO =			4.800	100%	4.814	100%	22.800	100%	5.400	100%	54.600	100%	9.936	100%	
9) DIRECCIÓN GENERAL															
TOTAL A DISTRIBUIR =			4.800	100%	11.651	100%	55.200	100%	5.400	100%	43.800	100%	21.528	100%	
Administración del Hospital	1	Dirigir al personal	1.200	25%	2.913	25%	13.800	25%	0	0%	0	0%	5.382	25%	106.569
	2	Planeamiento hospitalario	1.200	25%	2.913	25%	13.800	25%	3.000	56%	21.900	50%	5.382	25%	176.861
	3	Control de calidad / Auditoría General	1.200	25%	2.913	25%	13.800	25%	2.400	44%	21.900	50%	5.382	25%	133.221
	4	Reuniones de comité médico	1.200	25%	2.913	25%	13.800	25%	0	0%	0	0%	5.382	25%	71.095
TOTAL DISTRIBUIDO =			4.800	100%	11.651	100%	55.200	100%	5.400	100%	43.800	100%	21.528	100%	
CONTROL DE LA DISTRIBUCIÓN TOTAL =			43.200	OK	68.400	OK	324.000	OK	64.800	OK	540.000	OK	82.800	OK	4.660.920

INSTALACIONES (\$)	43.200		18.240		86.400		43.200		5.400		-	
DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE IMPORTE CORRESPONDIENTE A INSTALACIONES ENTRE LOS PROCESOS (\$)	4.800	OK	2.027	OK	9.600	OK	5.400	OK	600	OK	-	

} D

Notas:

A - Como total a distribuir se colocan los importes, según datos del enunciado, de cada concepto que corresponden a los procesos.

B - El total calculado corresponde a la sumatoria de los importes distribuidos, lo cual sirve para verificar que la asignación de recursos a cada actividad es correcta.

C - El control de la distribución total se realiza a partir de la sumatoria de los totales calculados para el punto B, verificando de esta manera la correcta asignación de recursos.

D - El importe atribuible a instalaciones corresponde a la sumatoria de los recursos consumidos por las mismas. El importe de cada recurso fue dividido por la cantidad de procesos (9), para después poder distribuirlo en forma equitativa entre todas las actividades. El importe correspondiente a prestaciones generales es de \$ 68.400, asignándose \$ 43.200 a Instalaciones y \$ 21.600 a Servicio de Imágenes, por lo que la porción asignada a Instalaciones se distribuye en 8 procesos y la porción de Servicio de Imágenes se asigna directamente a ese proceso.

E - El sub-proceso "En piso o en sala", dentro de Medicina General y Pediatría no contratan médicos adicionales a los que poseen como permanentes. Las actividades del mismo se realizan cuando el paciente se encuentra internado, circunstancia en la cual se realizan exámenes físicos y estudios complementarios (ej.: para la extracción de sangre arterial se requiere guantes estériles, jeringa, gasa, venda, cinta hipoalergénica, frascos estériles para muestra, etc.). A su vez, también se realiza el seguimiento del paciente, el cual implica un informe periódico de la evolución del mismo y un gasto por 24 horas de médico a disposición, que depende de la cantidad de camas, siendo ideal poseer 1 médico cada 4 camas.

F - En el sub-proceso "Médico consultorio externo" se lleva a cabo el análisis del paciente (Anamnesis o interrogatorio) y el examen físico, el cual depende de la patología la complejidad del examen (ej.: auscultación). El sub-proceso "Tratamientos ambulatorios" corresponde a recetar medicamentos o a indicar tratamientos.

G - El proceso de Fisiatría comprende los sub-procesos de Kinesiología y de traumatología. La actividad de "inmovilización de miembros" corresponde principalmente a la colocación de yesos y de ferulas.

H - El proceso de Ginecología comprende los sub-procesos de Ginecología y obstetricia. Las actividades que se realizan tienen que ver con el cuidado de la mujer y con la realización de exámenes clínicos como colposcopia y Papanicolaou, que requieren de materiales descartables que son costosos y que sirven para la toma de muestras. En lo que se refiere a procedimientos quirúrgicos, implica un costo adicional referido al instrumental que se debe utilizar y los materiales descartables.

I - Dentro del proceso de Servicio de imágenes, fue necesario incluir los sub-procesos de radiología y diagnóstico de imágenes, los que incluyen las actividades colocadas en el cuadro precedente.

J - Es necesario aclarar que, en el proceso de "Pediatria", no se buscan tanto patologías sino que se basa en mayor medida en los seguimientos, peso y estatura del niño. Es decir, que se realiza el estudio de la evolución del niño, denominado: "nemo vegetativa".

K - El laboratorio realiza diferentes estudios, como ser: Hemograma completo (Hemograma, glucemia, hepatograma, perfil lípido, colagenograma y VDRL - sífilis), Estudio de orina (sedimentos y verificar si se encuentra colonizado), Directo y cultivo para muestral uñal, directo y cultivo bacteriológico, PCR (reacción en cadena de la polimerasa para ver ADN o ARN del virus), ELISA y Western Blott (HIV)).

Homogeneización de actividades

Para poder realizar la metodología de ABC, a continuación se procede a la agrupación de actividades de acuerdo a la siguiente clasificación de procesos (Macro-actividades):

Clasificación de actividades:

1. Apoyo administrativo
2. Atención médica
3. Realización de estudios
4. Tratamientos e intervenciones

En la columna izquierda a la de Actividad se coloca el n° que permite seguir la clasificación mencionada. Asimismo, se definió qué cost-driver es el óptimo para calcular el valor unitario de la actividad y poder distribuirlo posteriormente.

Área	Clasificación de actividades por n°	Actividad	Cost - driver	Monto total de Actividad (\$)
1) MEDICINA GENERAL				
Médico consultorio externo	2	Análisis del paciente + Examen Físico	n° de pacientes	53.027
	3	Tratamientos ambulatorios	cantidad de recetas	78.977
	2	Atención primaria de la salud (prevención)	Horas de atención	38.211
Guardia (Urgencia)	2	Análisis del paciente + Examen Físico	n° de pacientes	32.591
	4	Estudios complementarios + instauración de tratamiento y posible internación en Guardia	Horas de atención	97.891
En piso o sala	2	Análisis del paciente + Examen Físico	n° de pacientes	59.515
	3	Estudios complementarios	cantidad de estudios	135.215
	2	Seguimiento del paciente	Horas de atención	112.815
2) FISIATRÍA				
TRAUMATOLOGÍA + KINESIOLOGÍA	4	Tareas de rehabilitación	Horas de rehabilitación	216.355
	4	Tratamiento intrasional o filtraciones	Cantidad de tratamientos	133.175
	4	Inmovilización de miembros	Cantidad de personas asistidas	86.588
3) TOCOGINECOLOGÍA				
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	2	Análisis del paciente + Examen clínico (fisiopatología fetal)	n° de pacientes	74.436
	4	Colocación de dispositivos intrauterinos	cantidad de colocaciones	132.887
	4	Procedimientos quirúrgicos (Cesárea)	Cantidad de intervenciones	267.737
	4	Seguimiento de embarazo / Parto	Horas de atención	86.091
4) SERVICIOS DE IMÁGENES				
RADIOGRAFÍA Y DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES	3	Práctica, revelado y entrega de radiografías	cantidad de radiografías	108.893
	3	Realización de ecografía 3D y 4D	cantidad de ecografías	185.173
	3	Realización de tomografía axial computada	cantidad de tomografías	175.313
	3	Resonancia nuclear magnética	cantidad de resonancias	220.539
5) PEDIATRÍA				
Médico consultorio externo	2	Análisis del paciente + Examen Físico	n° de pacientes	48.532
	3	Tratamientos ambulatorios	cantidad de recetas	68.371
	2	Atención primaria de la salud	Horas de atención	34.502
Guardia (urgencia)	2	Análisis del paciente + Examen Físico	n° de pacientes	30.167
	4	Estudios complementarios + instauración de tratamiento y posible internación en Guardia	Horas de atención	87.029
En piso o sala	2	Análisis del paciente + Examen Físico	n° de pacientes	55.615
	3	Estudios complementarios	cantidad de estudios	120.868
	2	Seguimiento del paciente	Horas de atención	106.798
6) ENFERMERÍA				
Actividades de enfermera raza	4	Extracción de sangre	cantidad de muestras	39.847
	4	Colocación de intramusculares y de vías periféricas (suero)	cantidad de colocaciones	40.347
	4	Control y suministro de medicación	Horas hombre	59.297
	2	Mantenimiento de higiene del paciente	Horas hombre	31.147
Actividades de jefa de enfermeras	2	Revisión del historial clínico	horas hombre	53.347
	2	Control del piso	horas hombre	72.747
	4	Control y suministro de medicación	horas hombre	61.857
7) SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE PACIENTES + REGISTROS MÉDICOS				
Administrativo	2	Atención al paciente + Seguimiento de los turnos y de las obras sociales	cantidad de registros	235.350
	1	Organización de ficheros e historias clínicas	cantidad de historias clínicas	111.450
	1	Admisiones, Altas y transferencias de Camas	n° de movimientos	81.950
	1	Control del personal médico	Horas hombre	99.502
8) LABORATORIO				
Estudios varios (Bateriología, Hematología, Virología, Micología y Patología)	3	Recepción de la muestra	cantidad de muestras recibidas	76.302
	4	Extracción de la muestra	cantidad de extracciones	98.904
	3	Estudio de la muestra	cantidad de estudios	175.220
	1	Emisión del informe y entrega de resultados	n° de informes	88.596
9) DIRECCIÓN GENERAL				
Administración del hospital	1	Dirigir al personal	horas hombre	106.569
	1	Planeamiento hospitalario	horas hombre	176.861
	1	Control de calidad / Auditoría General	horas hombre	133.221
	1	Reuniones de comité médico	n° de reuniones	71.095

Distribución de recursos por actividades

Para poder llevar a cabo la distribución de recursos que corresponden a las distintas actividades, se ha realizado lo siguiente:

- 1º. Armado de Grupos homogéneos de actividades (procesos)
- 2º. Determinar el costo total de cada una de las actividades
- 3º. Seleccionar el cost - driver más conveniente para el cálculo de la distribución del monto total de cada actividad
- 4º. Averiguar cual es el total de cada uno de los cost - drivers.
- 5º. Cálculo de la cuota unitaria, que surge de la división entre el monto total de la actividad y el total del indicador
- 6º. Cálculo de consumo de recursos de cada uno de los procesos, multiplicando la cuota unitaria por cantidad de indicador específico de cada proceso

Grupo Homogéneo de actividades	Monto total de cada actividad (\$)	Cost - Driver	Total indicador (Ver cuadro de detalle)	Cuota unitaria (\$)	PROCESOS										Totales (\$)
					Medicina General (\$)	Fisiatría (\$)	Tocoginecología (\$)	Servicio de imágenes (\$)	Pediatría (\$)	Enfermería (\$)	Servicio de adm. De pacientes + Registros médicos (\$)	Laboratorio (\$)	Dirección General (\$)		
1 - Apoyo administrativo	869.245	Horas Hombre	24.836	35	0	0	0	0	0	0	0	325.879	108.673	434.692	869.245
2 - Atención Médica	1.038.800	Nº pacientes	90.600	11	217.850	108.925	194.918	92.873	160.521	68.795	0	194.918	0	1.038.800	
3 - Realización de estudios	1.344.871	Cantidad de estudios	11.680	115	268.974	0	0	537.948	268.974	0	0	268.974	0	1.344.871	
4 - Tratamientos e intervenciones	1.408.005	Nº tratamientos	170.900	8	301.539	142.531	263.640	120.286	220.795	115.343	0	243.867	0	1.408.005	
Total	4.660.921 (L)				Totales	788.363	251.456	458.559	751.107	650.294	184.137	325.879	816.433	434.692	4.660.921

Notas:

L - El monto total de cada grupo homogéneo de actividades (procesos), surge de la sumatoria de los importes totales de las actividades que conforman cada grupo.

Cost - drivers útiles

PROCESOS	Horas Hombre (M)	nro. de Pacientes (N)	Reducción de nº para asignación a enfermería	Cantidad de Estudios (O)	Nro. de Tratamientos (P)	Reducción de nº para asignación a enfermería
1) MEDICINA GRAL.	0	19.000	-2.000	2.336	36.600	-3.000
2) PEDIATRÍA	0	14.000	-1.000	2.336	26.800	-2.000
3) FISIATRÍA	0	9.500	0	0	17.300	0
4) TOCOGINECOLOGIA	0	17.000	-2.000	0	32.000	-4.000
5) SERV. ADM. PACIENTES + REGISTROS MÉDICOS	9.311	0	0	0	0	0
6) LABORATORIO	3.105	17.000	-1.000	2.336	29.600	-5.000
7) DIRECCIÓN GENERAL	12.420	0	0	0	0	0
8) SERVICIO DE IMÉGENES	0	8.100	0	4.672	14.600	0
9) ENFERMERÍA	0	6.000	0	0	14.000	0
Total	24.836	90.600	-6.000	11.680	170.900	-14.000

Notas:

M – Para el cálculo de las proporciones correspondientes a cada uno de los procesos se considera la totalidad de actividades, relacionadas con la actividad homogénea "Apoyo Administrativo", que posee cada uno de los mismos.

N – Si bien en el enunciado, Enfermería no poseía asignado n° de pacientes, se decide asignarle la cantidad de 6.000 pacientes, reduciendo el n° de pacientes correspondientes al resto de los procesos.

O – Para el cálculo de las proporciones correspondientes a cada uno de los procesos se considera la totalidad de actividades, relacionadas con la actividad homogénea "Realización de Estudios", que posee cada uno de los mismos.

P - Si bien en el enunciado, Enfermería no poseía asignado "n° de tratamientos", se decide asignarle la cantidad de 14.000 tratamientos, reduciendo el n° de tratamientos correspondientes a los otros procesos.

Cálculos adicionales para obtener los valores correctos de los cost-drivers

CÁLCULO DE CANTIDAD DE ESTUDIOS POR PROCESOS DEPENDIENDO DE LA ACTIVIDAD (O)			
PROCESOS	Proporción de estudios dependiendo de las actividades	%	Cantidad de estudios estimados
1) MEDICINA GRAL.	2	20%	2.336
2) PEDIATRIA	2	20%	2.336
3) FISIATRIA	0	0%	0
4) TOCGINECOLOGIA	0	0%	0
5) SERV. ADM. PACIENTES + REGISTROS MÉDICOS	0	0%	0
6) LABORATORIO	2	20%	2.336
7) DIRECCIÓN GENERAL	0	0%	0
8) SERVICIO DE IMÉGENES	4	40%	4.672
9) ENFERMERIA	0	0%	0
Total	10	100%	11.680

CÁLCULO DE CANTIDAD DE HORAS HOMBRE POR PROCESOS DEPENDIENDO DE LA ACTIVIDAD (M)			
PROCESOS	Proporción de hh dependiendo de las actividades	%	Cantidad de Horas hombre
1) MEDICINA GRAL.	0	0%	0
2) PEDIATRIA	0	0%	0
3) FISIATRIA	0	0%	0
4) TOCGINECOLOGIA	0	0%	0
5) SERV. ADM. PACIENTES + REGISTROS MÉDICOS	3	38%	9.314
6) LABORATORIO	1	13%	3.105
7) DIRECCIÓN GENERAL	4	50%	12.418
8) SERVICIO DE IMÉGENES	0	0%	0
9) ENFERMERIA	0	0%	0
Total	8	100%	24.836

Distribución de recursos afectados por el grado de complejidad

Grupo Homogéneo de actividades	Costo total de cada actividad (\$)	Cost - Driver	Total indicador (Ver cuadro de detalle)	Cuota unitaria (\$)	Medicina General (\$)			Fisiatría (\$)			Tocoginecología (\$)			
					Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	
					1	2	3 = 1/2							
1 - Apoyo administrativo	869.245	Horas Hombre	24.836	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 - Atención Médica	1.038.800	N° pacientes	90.600	11	39.213	98.032	80.604	19.606	49.016	40.302	35.085	87.713	72.120	0
3 - Realización de estudios	1.344.871	Cantidad de estudios	11.680	115	110.279	126.418	32.277	0	0	0	0	0	0	0
4 - Tratamientos e intervenciones	1.408.005	N° tratamientos	170.900	8	120.615	147.754	33.169	57.012	69.840	15.678	105.456	129.184	29.000	0
Total	4.660.921				270.108	372.204	146.051	76.619	118.856	55.981	140.541	216.897	101.120	0
Totales						788.363			251.456			458.559		

Grupo Homogéneo de actividades	Costo total de cada actividad (\$)	Cost - Driver	Total indicador (Ver cuadro de detalle)	Cuota unitaria (\$)	Servicio de imágenes (\$)			Pediatría (\$)			Enfermería (\$)			
					Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	
					1	2	3 = 1/2							
1 - Apoyo administrativo	869.245	Horas Hombre	24.836	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 - Atención Médica	1.038.800	N° pacientes	90.600	11	16.717	41.793	34.363	28.894	72.234	59.393	12.383	30.958	25.454	0
3 - Realización de estudios	1.344.871	Cantidad de estudios	11.680	115	220.559	252.836	64.554	110.279	126.418	32.277	0	0	0	0
4 - Tratamientos e intervenciones	1.408.005	N° tratamientos	170.900	8	48.114	58.940	13.231	88.320	108.191	24.289	46.137	56.518	12.688	0
Total	4.660.921				285.390	353.569	112.148	227.493	306.844	115.958	58.520	87.476	38.142	0
Totales						751.107			650.294			184.137		

Grupo Homogéneo de actividades	Costo total de cada actividad (\$)	Cost - Driver	Total indicador (Ver cuadro de detalle)	Cuota unitaria (\$)	Servicio de adm. De pacientes + Registros médicos (\$)			Laboratorio (\$)			Dirección General (\$)			Totales (\$)
					Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	
					1	2	3 = 1/2							
1 - Apoyo administrativo	869.245	Horas Hombre	24.836	35	192.269	107.540	26.070	64.117	35.862	8.694	256.469	143.449	34.775	869.245
2 - Atención Médica	1.038.800	N° pacientes	90.600	11	0	0	0	35.085	87.713	72.120	0	0	0	1.038.800
3 - Realización de estudios	1.344.871	Cantidad de estudios	11.680	115	0	0	0	110.279	126.418	32.277	0	0	0	1.344.871
4 - Tratamientos e intervenciones	1.408.005	N° tratamientos	170.900	8	0	0	0	97.547	119.495	26.825	0	0	0	1.408.005
Total	4.660.921				192.269	107.540	26.070	307.029	369.488	139.916	256.469	143.449	34.775	4.660.921
Totales						325.879			816.433			434.692		4.660.921

Cuota por grado de complejidad

De acuerdo al grado de complejidad que posee los procesos / actividades se le asigna el importe correspondiente al consumo de recursos.

Cabe aclarar que los consumos se agrupan en función al grado de complejidad y en base a ello se determina la tarifa por complejidad en función de un indicador común que para este caso se decidió que sea "n° de pacientes".

Grupo Homogéneo de actividades	1	Cost - Driver	2	3 = 1/2	GRADO DE COMPLEJIDAD			Total
	Monto de Actividades (\$)		Total indicador	Cuota unitaria (\$)	ALTA (\$)	MEDIA (\$)	BAJA (\$)	
1- Apoyo administrativo	869.245	Horas Hombre	24.836	35	512.855	286.851	69.540	
2- Atención Médica	1.038.800	n° pacientes	90.600	11	186.984	467.460	384.356	
3- Realización de estudios	1.344.871	cantidad de estudios	11.680	115	551.397	632.089	161.385	
4- Tratamientos e intervenciones	1.408.005	n° tratamientos	170.900	8	253.441	633.602	520.962	
Total	4.660.921				1.504.677	2.020.002	1.136.242	4.660.921
	% sobre total de				32%	43%	24%	
	n° de pacientes				16.308	40.770	33.522	
	Tarifa por complejidad (\$)				92,27	49,55	33,90	

Cost-drivers según el grado de complejidad

CALCULADO POR GRADO DE COMPLEJIDAD								
Grado de complejidad	Nº pacientes	% por complejidad	Horas hombre	% por complejidad	Cantidad de estudios	% por complejidad	Nº tratamientos	% por complejidad
ALTA	16.308	18%	14.653	59%	4.789	41%	30.762	40%
MEDIA	40.770	45%	8.196	33%	5.490	47%	76.905	49%
BAJA	33.522	37%	1.987	8%	1.402	12%	63.233	11%
Total	90.600	100%	24.836	100%	11.680	100%	170.900	100%

Detalle de grado de complejidad por proceso

En función de los porcentajes obtenidos de cada cost - driver según el grado de complejidad, se procedió a calcular el indicador específico de cada proceso según el grado de complejidad.

PROCESOS	Grado de complejidad	Horas Hombre	Nro. de Pacientes	Cantidad de Estudios	Nro. de Tratamientos
MEDICINA GRAL.	Alta	0	3.420	958	14.640
	Media	0	8.550	1.098	17.934
	Baja	0	7.030	280	4.026
PEDIATRIA	Alta	0	2.520	958	10.720
	Media	0	6.300	1.098	13.132
	Baja	0	5.180	280	2.948
FISIATRÍA	Alta	0	1.710	0	6.920
	Media	0	4.275	0	8.477
	Baja	0	3.515	0	1.903
TOCOGINECOLOGIA	Alta	0	3.060	0	12.800
	Media	0	7.650	0	15.680
	Baja	0	6.290	0	3.520
SERV. ADM. PACIENTES + REGISTROS MÉDICOS	Alta	5.493	0	0	0
	Media	3.073	0	0	0
	Baja	745	0	0	0
LABORATORIO	Alta	1.832	3.060	958	11.840
	Media	1.025	7.650	1.098	14.504
	Baja	248	6.290	280	3.256
DIRECCIÓN GENERAL	Alta	7.328	0	0	0
	Media	4.099	0	0	0
	Baja	994	0	0	0
SERVICIO DE IMÉGENES	Alta	0	1.458	1.916	5.840
	Media	0	3.645	2.196	7.154
	Baja	0	2.997	561	1.606
ENFERMERÍA	Alta	0	1.080	0	5.600
	Media	0	2.700	0	6.860
	Baja	0	2.220	0	1.540
Total		24.836	90.600	11.680	170.900

Ilustración de una posible aplicación del ABC en una clínica privada de salud “pura”

En el presente capítulo se analizará la siguiente hipótesis:

- Evaluar la posibilidad de aplicación, a modo ilustrativo, del modelo de *costeo ABC en una clínica privada de salud “pura” (prestaciones generales de servicios de salud)* permitirá probar si es posible su implementación y si el método de costeo propuesto es de utilidad para los usuarios de la información. La hipótesis mencionada trata de ilustrar la posibilidad de aplicación de la propuesta de costeo mediante el sistema ABC. La clínica sobre la que se evaluará si es posible o no la aplicación del método de costeo ABC es “La Sagrada Familia”, la cual posee las características de una clínica “pura”, es decir, no se encuentra especializada en una prestación única específica sino que las prestaciones de servicio son variadas, pudiendo poseer más de una especialidad. Por lo tanto, el costeo estará basado en las prestaciones o actividades médicas que se ofrecen a los pacientes, los costos de los equipos, instalaciones, personal del que dispone y la estructura de la clínica. Se debe tener presente la existencia de ciertos factores / aspectos particulares de una clínica, por ello el resultado positivo que se pudiera obtener en la aplicación del método en una clínica no determinará el éxito en otra. El sistema de información contable que la misma disponga será un factor clave para establecer si es viable y beneficioso para los usuarios la aplicación del ABC en esta clínica particular.

En primer lugar, se evaluará cómo se está desarrollando el costeo en la clínica mencionada. En segundo lugar, se estudiará si el sistema de información contable que posee es apto para el desarrollo del método de costeo ABC. Para conocer en forma detallada la estructura y las prestaciones que brinda la clínica y entender las necesidades de información para la toma de decisiones, es imprescindible indagar a una o más personas que trabajen en la misma.

Luego del análisis del sistema de información, se conocerá que posibilidad existe de implementar el ABC en la clínica. Asimismo, se intentará conocer si el ABC es realmente de utilidad o no para esta clínica en particular, estableciendo una relación costo / beneficio. Seguramente, al analizar la posibilidad de aplicación surjan aspectos a mejorar, lo que llevará a un perfeccionamiento del modelo para cada aspecto en particular.

El objetivo principal de este capítulo será verificar qué tipo de costeo utiliza una clínica privada de salud, y analizar la posibilidad de aplicación del ABC, a modo ilustrativo en base a los sistemas de información contable que la misma dispone.

Descripción de la Clínica seleccionada

La clínica seleccionada es “La Sagrada Familia”.



Se encuentra ubicada en el barrio de Belgrano de la Ciudad de Buenos Aires, calle José Hernández 1642.



Es una institución que ha sido totalmente restaurada y equipada en el año 2008. Puede ser considerada una clínica privada de salud “pura”, que con su alta tecnología y el respaldo de un equipo médico de excelencia la convierten en un lugar de referencia para ofrecer las siguientes especialidades, además de los variados servicios que brinda:

- Medicina mínimamente invasiva: Un innovador concepto en el que la tecnología y el diagnóstico por imágenes se encuentra al servicio del tratamiento mínimamente invasivo.

La tecnología de avanzada en imágenes permite técnicas quirúrgicas mínimamente invasiva, tales como la endoscopia, la artroscopia y otras, por lo que se ha incorporado al equipo de La Sagrada Familia a cirujanos referentes en cada una de dichas especialidades.

- Unidad de rescate cerebral y vascular: Combina diagnóstico y tratamiento en un mismo espacio físico. Manejo normatizado de la emergencia vascular →
 1. Ambulancia: administra drogas neuroprotectivas y activa la recuperación en la clínica.
 2. Scanning: Define el tejido viable
 3. Intervención: Mínimamente invasiva o microquirúrgica
 4. Recuperación: Al cuidado de especialistas

- Diagnóstico por imágenes de alta precisión:

Estudios de diagnóstico por Imágenes de todas las regiones anatómicas y de cuerpo entero, además de los convencionales:

- Angiografía digital tridimensional por resonancia magnética de alto campo, por tomografía axial computada multicorte, y angiografía con sustracción digital Flat Panel.
- Resonancia magnética de alto campo, 3Tesla, que incluye: espectroscopia, examen funcional, tractografía, estudio dinámico de líquido cefalorraquídeo.
- Tomografía Axial Computada 64 cortes: coronariografía no invasiva, colonoscopia virtual, estudios de perfusión y difusión.
- Ultrasonografía y eco-Doppler color de última generación.

Como **cuerpo médico**, la clínica cuenta con los siguientes profesionales:

:: DR. ALEJANDRO CHERRO - DIRECTOR MÉDICO

Dr. Alejandro Musacchio	Dra. Graciela Abudara	Dra. Marta Kura
Dr. Alejandro Villamil	Dr. Hector Lambre	Dr. Maximiliano Wilches
Dra. Ana Ibáñez	Dr. Hector Lanza	Dra. Mercedes Eyherachar
Dra. Andrea Franco	Dr. Horacio Faella	Dr. Miguel Rubio
Dr. Ángel Ferrario	Dr. Javier Lundquist	Dr. Oscar Jacobo
Dra. Ángeles Videla Lynch	Dr. Jorge Senyszyn	Dr. Oscar Reynoso
Dr. Carlos Ingino	Dr. Jose Vila	Dr. Osvaldo Pepa
Dr. César Saéz	Dr. Juan Pulido	Dr. Raúl Borracci
Dr. Daniel D'Osvaldo	Dra. Laura Villarino	Dr Raúl Ceitlin
Dr. Daniel Ekizian	Dra. Liliana Mirabelli	Dr. Ricardo La Mura
Dr. Daniel Suárez	Dr. Luis Caro	Dr. Ricardo Romero
Dr. Daniel Vignera	Dr. Luis Ignacio Brusco	Dra. Rosana Ceratto
Dr. Eduardo Magariño	Dr. Luis Loviscek	Dra. Valeria Espinoza
Dr. Eduardo Tanus	Dr. Luis Trunzo	
Dr. Eric Mulinaris	Dra. Marcela Archer	CONSEJO ASESOR
Dr. Esteban Scrivano	Dr. Mariano Ferrerira	Dr. Alberto Alvarez
Dra. Estela Gomez	Dr. Mariano Gimenez	Prof. Dr. Daniel Stamboulian
Dr. Fabian Vaisbuj	Dr. Mario Montoya	Prof. Dr. Roberto Sica
Dr. German Henestrosa	Dr. Mario Perez Petit	

Todos ellos se encuentran a cargo del Dr. Pedro Lylyk, fundador de la Clínica.

Los servicios médicos que ofrece a sus pacientes son:

-  Neurología
-  Neurorradiología intervencionista
-  Neurocirugía
-  Unidad de stroke
-  Patología de columna
-  Cardiología
-  Cirugía Cardiovascular
-  Cardiología intervencionista
-  Cirugía vascular periférica
-  Cirugía General
-  Cirugía percutánea y mínimamente invasiva
-  Radiología intervencionista
-  Ginecología
-  Pediatría
-  Ecografía y ecodoppler
-  Clínica médica
-  Tratamiento de dolor

Las prácticas que se realizan en la clínica son:

- ❖ Laboratorio
- ❖ Hematología-Inmunológica
- ❖ Diagnóstico por imágenes
- ❖ Radiología
- ❖ Ecografía: Ecodoppler color, Ecodoppler transesofágico Punción biopsia con control ecográfico y anatomía patológica.
- ❖ Tomografía: Punción biopsia bajo T.A.C.
- ❖ TAC Multislice 64
- ❖ Resonancia magnética 3.0 Tesla
- ❖ Angiografía Allura 3D-RA Flat detector
- ❖ Prácticas Quirúrgicas
- ❖ Especialidades:

- 1) Alergia
- 2) Anatomía patológica
- 3) Cardiología
- 4) Eco-stress farmacológico con Dubotamina
- 5) Cirugía General
- 6) Cirugía Plástica
- 7) Cirugía Vasculat
- 8) Dermatología
- 9) Endocrinología
- 10) Fonoaudiología
- 11) Gastroenterología
- 12) Ginecología
- 13) Hematología
- 14) Hemoterapia
- 15) Hepatología
- 16) Infectología
- 17) Rehabilitación médica
- 18) Nefrología
- 19) Neumonología
- 20) Espirometría computarizada
- 21) Neurocirugía

- 22) Neurología
- 23) Potencial evocado
- 24) Polisomnografía
- 25) Electromiograma
- 26) Nutrición
- 27) Oncología
- 28) Oftalmología
- 29) Otorrinolaringología
- 30) Proctología
- 31) Reumatología
- 32) Traumatología
- 33) Urología

❖ Neurología intervencionista:

- Quimioinfusión intratumoral superselectiva, patología de cuello, cara y extracraneal.
- Embolización de tumores prequirúrgicos: a) tumores cerebrales, b) otros tumores.
- Malformaciones arteriovenosas
- Fístulas arteriovenosas
- Malformación arteriovenosa medular
- Embolización de aneurisma cerebral con tecnología de Microcoils de Platino
- Tratamiento endovascular de aneurismas por medio de su oclusión con balones
- Tratamiento de vasoespasmo (farmacológico-mecánico)
- Trombolisis intravascular súper selectiva (arterial-venosa) farmacológica y mecánica.
- Angioplastia y stenting intracerebral
- Angioplastia carótida y recanalización con trombolisis.
- Angioplastia de subclavia o vertebral
- Embolizaciones vasculares selectivas (pulmonar, hipogástrica, etc.)
- Embolización de miomas uterinos
- Radio cirugía cerebral estereotáxica con gamma Knife
- Biopsia estereotáxica
- Colocación de Catéter de PIC

- Colocación de válvula de derivación ventricular

- ❖ Intervencionismo percutáneo de columna
 - Vertebroplastia percutánea (por 1 (un) cuerpo vertebral)
 - Neucleólisis. Nucleoplastia.
 - Cifoplastia
 - Ozonoterapia

- ❖ Cirugía cardiovascular:
 - Cirugía Vasculardelascervicales.
 - Cirugía Vasculardelacavidadabdominal.

- ❖ Cardiología intervencionista:
 - Cinecoronariografía y Cateterismo
 - Angioplastia transluminal Coronaria
 - Angioplastia transluminal Periférica (renal unilateral, ílica, femoral, infrapatelar)
 - Valvuloplastia aortica / mitral.
 - Septostomía auricular con Balón de Rashbind.
 - Septostomía auricular con Cuchilla de Park.
 - Cierre de conducto arterioso con dispositivo ocluser
 - Cierre de comunicación intraauricular con dispositivo ocluser.

- ❖ Implante de endoprótesis para aneurisma: colocación de filtro de vena cava por cateterismo.

- ❖ Electrofisiología:
 - Implante de Cardiodesfibrilador automático
 - Cambio de generador de Cardiodesfibrilador automático.
 - Implante de marcapasos de estimulación ventricular
 - Implante de marcapasos de estimulación secuencial

- Cambio de generador de marcapasos definitivo
- Implante de Resincronizador ventricular
- Cambio de generador de Resincronizador ventricular.
- Implante de Cardiodesfibrilador mas Resincronizador ventricular.
- Cambio de generador de Cardiodesfibrilador mas Resincronizador ventricular.
- Estudio electrofisiológico
- Ablaciones simples
- Ablaciones complejas

❖ Prácticas de intervencionismo abdominal y hepático:

- Biopsia Eco / TAC dirigida
- Drenaje de colección torácica, abdominal o pelviana Eco / TAC dirigida
- Colectostomía percutánea
- Gastrostomía o gastroyeyunostomía percutánea
- Drenaje biliar
- Instrumentación percutánea biliar
- Dilatación biliar con balón
- Extracción de litiasis biliar
- Colocación de stent metálico biliar
- Colocación de stent metálico con tubo digestivo(esófago, estomago duodeno o colon).
- Ablación tumoral por radiofrecuencia.
- Embolización hepática
- Embolización portal
- Quimioembolización hepática
- Biopsia hepática transyugular y toma de presiones portales.

Descripción del sistema de costeo aplicado

Al asistir a la clínica “La Sagrada Familia”, he podido consultar a uno de los contadores, quien me ha sabido explicar la forma de realizar el costeo para poder tomar decisiones en tiempo y forma, y poder visualizar indicadores de gestión.

El primer aspecto que se observa es que la Clínica se encuentra aplicando un sistema de costeo tradicional apartado del concepto en que se basa el sistema de costeo basado en actividades. Se pudo relevar que el sistema de costeo tradicional contempla los siguientes cálculos:

I. Costos Totales de la Clínica:

- *Materiales descartables y medicamentos:* Se identifica el costo mensual, aunque no por centro de costo o sector. Se especifica el importe de la compra mensual realizada y el importe del consumo respectivo. En base a la información histórica, el importe que la clínica observa es el consumo promedio mensual que se realiza. De acuerdo a la información que me han proveído, no se observa una proyección de costos y cantidades (P y Q) en lo que respecta a medicamentos y materiales descartables.

- *Costo de Personal:* El costo empresa (sueldos + cargas sociales + cálculo del sueldo anual complementario y vacaciones) de cada una de las personas que trabaja en la clínica se encuentra detallado. La clínica ha informado, en el momento del relevamiento, la siguiente cantidad de personas que realizan tareas en distintos sectores:

Puesto	Cantidad	%Costos/ Total
ENFERMERA PISO	78	45%
JEFE ENFERMERIA	1	1%
MUCAMAS	35	14%
NUTRICIÓN	2	1%
MÉDICOS	11	7%
MANTENIMIENTO	6	4%
JEFE DE MANTENIMIENTO	1	1%
JEFE CIRUGIA	1	1%
GERENTE PERSONAL	1	2%
GERENTE FINANCIERO CONT.	1	2%
GERENTE ADM.	1	1%
ADMINISTRACIÓN	25	15%
CAMILLEROS	3	2%
PEONES	2	1%
FARMACIA	6	4%
Total Personal	174	100%

Además del costo empresa, la Clínica contempla costos de Licencias, ausentismo, Comida (comedor), Indemnizaciones y honorarios. Este tipo de costos representa un 12 % sobre el costo empresa total para las 174 personas mencionadas en el cuadro precedente.

- ❖ Costos indirectos: La Clínica posee nueve conceptos cuyos costos considera indirectos y cuyo porcentaje sobre el total de costos indirectos se refleja a continuación:

COSTOS INDIRECTOS	% s/ total
Administracion y generales	33%
Vigilancia	3%
Seguros	2%
Direccion medica	5%
Papeleria e imprenta	2%
Impuesto a las Ganancias	24%
Juicios	19%
IVA e impuestos no apropiados	6%
Servicios Públicos	4%
Total \$\$\$	100%

A continuación se describe cómo los costos directos e indirectos se distribuyen:

(A)

Cánones: En lo que se refiere a este concepto se asignan los costos de la siguiente manera:

- ❖ Costos directos Asignados:

DIRECTOS	Peso %
Mantenimiento MO + INSUMOS	12%
Servicios publicos	15%
Residuos patologicos	5%
Imp ingresos brutos	68%
Totales	100%

Para el cálculo del impuesto sobre los ingresos brutos, se toma en consideración el ingreso por cánones que posee cada uno de los siguientes sectores y se multiplica por el porcentaje del respectivo. El siguiente cuadro muestra el porcentaje de participación en cánones que posee cada uno de los sectores:

Sector	%
Rayos	35%
Anatomia Patologica	4%
Laboratorio	4%
Nefrologia	7%
consultorios	9%
Hemoterapia	10%
Cardiologia - Monitoreos	27%
dif % osde y luis pasteur	4%
Total	100%

❖ Costos indirectos asignados:

INDIRECTOS	Porcentaje Aplicación
Administracion y generales	10%
Vigilancia	10%
Seguros	10%
Direccion medica	10%
Papeleria e imprenta	15%
Impuesto a las Ganancias	15%
Juicios	15%
IVA e impuestos no apropiados	15%
Servicios Públicos	15%

El % de aplicación es sobre el importe total que presenta cada uno de los conceptos. No es posible observar con claridad cuál es el criterio utilizado para la asignación de los costos indirectos.

La suma de costos directos e indirectos resulta el costo total de cánones.

(B)

Farmacia: Bajo este concepto se incluyen los medicamentos y los materiales descartables. El primer cálculo que la Clínica realiza es el de la contribución marginal de los medicamentos y de los materiales descartables:

VENTA PROMEDIO DE MEDICAMENTO CONSUMOS DE MEDICAMENTOS IIBB

CONTRIBUCION MARGINAL MEDICAMENTOS

VENTA PROMEDIO DE DESCARTABLES CONSUMOS DE DESCARTABLES IIBB
--

CONTRIBUCION MARGINAL DESCARTABLES

TOTAL CONT MARGINAL

Cálculo → [Contribución marginal = Venta promedio Medicamentos/Descartables) – Consumo (Medicamentos/Descartables) – IIBB.]

- ❖ Los costos directos que se le asignan a este sector son:

COSTOS DIRECTOS	Peso %
Personal directamente afectado (Personal de Farmacia)	7%
Consumo Medicamentos y materiales descartables	88%
Mantenimiento M.O + Insumos	1%
Servicios publicos	1%
Imp ingresos brutos	3%
Total	100%

El peso % es el % que posee cada concepto sobre el total de costo directo asignado al sector.

- ❖ Los costos indirectos que se asignan a este sector son:

Conceptos	Porcentaje Aplicación
Administracion y generales	15%
Vigilancia	15%
Seguros	15%
Direccion medica	15%
Papeleria e imprenta	15%
Impuesto a las Ganancias	15%
Juicios	15%
IVA e impuestos no apropiados	15%
Servicios Públicos	15%

El % de aplicación es sobre el importe total que presenta cada uno de los conceptos. No es posible observar con claridad cuál es el criterio utilizado para la asignación de los costos indirectos.

La suma de costos directos e indirectos resulta el costo total del sector Farmacia.

(C)

Quirófano: En primer lugar, de acuerdo a los turnos que trabaja cada categoría de personal, se determina la cantidad de personal afectado al área, que multiplicado por el costo empresa resulta el costo directo que impacta en este sector.

Ejemplo:

ENFERMEROS	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche A	Turno Noche B	Franco	Cantidad de Personal	COSTO	TOTAL
Quirofano	4	4	1	1	1	11	3.233,92	35.573,07

MUCAMAS	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche A	Turno Noche B	Franco	Cantidad de Personal	COSTO	TOTAL
Quirofano	1	1	1	1	1	5	2.386,28	11.931,38
ROPERIA	0,25	0,25			0,25	0,75	2.386,28	1.789,71

Además de Enfermeros y Mucamas, en este sector se adiciona el costo del personal de:

- Jefe de Cirugía (costo mensual),
- Monitoristas (honorarios determinados)
- Esterilización (honorarios determinados)

El total del costo del personal se obtiene con la suma del costo de cada uno de los mencionados anteriormente.

❖ Otros costos directos que impactan en el área son:

DIRECTOS	Peso %
Lavadero	18%
Mantenimiento MO + INSUMOS	22%
Servicios publicos	16%
Descartables incluidos en pension	7%
Gases medicos	12%
Esterilizaciones y alquiler instrumental	5%
Residuos patologicos	9%
Imp ingresos brutos	10%
Total	100%

❖ Costos indirectos:

INDIRECTOS	Porcentaje Aplicación
Administración y generales	10%
Vigilancia	20%
Seguros	20%
Dirección médica	10%
Papelería e imprenta	15%
Impuesto a las Ganancias	15%
Juicios	15%
IVA e impuestos no apropiados	15%
Servicios Públicos	15%

El % de aplicación es sobre el importe total que presenta cada uno de los conceptos. No es posible observar con claridad cuál es el criterio utilizado para la asignación de los costos indirectos.

La suma de: Costo de Personal directamente afectado + Costos directos + Costos indirectos = Costos total del sector Quirófano.

El cálculo que realiza la Clínica a partir el costo total es el del costo por hora promedio de cirugía:

I. Cantidad de Cirugía

II. Horas promedio

III. Horas totales promedio = (I x II)

IV. Costo por hora = Costo Total Área / III

(D)

Guardia: El costo de personal que esta área incluye es:

ENFERMEROS	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche A	Turno Noche B	Franco	Cant. de Personal	COSTO	TOTAL
PISO 1	1	1	1	1	1	5	2.983,92	14.919,58
SUPERVISION	6	0,05				0,3	3.580,70	1.074,21
JEFE SECTOR	0,05					0,05	4.475,55	223,78

MUCAMAS	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche A	Turno Noche B	Franco	Cant. de Personal	COSTO	TOTAL
PISO 1	1	1	1	1	1	5	2.136,28	10.681,38

- Médicos = 1 x costo empresa
- Coordinación = 1 x costo empresa

❖ Costos Directos:

DIRECTOS	% Peso
Lavadero	2%
Mantenimiento MO + INSUMOS	55%
Servicios publicos	23%
Descartables incluidos en pension	13%
Residuos patologicos	2%
Imp ingresos brutos	5%
Total	100%

El Peso % es el que cada concepto posee sobre el total de costo directo asignado al sector.

❖ Costos Indirectos:

INDIRECTOS	Porcentaje Aplicación
Administracion y generales	20%
Vigilancia	18%
Seguros	10%
Direccion medica	20%
Papeleria e imprenta	15%
Impuesto a las Ganancias	15%
Juicios	15%
IVA e impuestos no apropiados	15%
Servicios Públicos	15%

El % de aplicación es sobre el importe total que presenta cada uno de los conceptos. No es posible observar con claridad cuál es el criterio utilizado para la asignación de los costos indirectos.

La suma de: Costo de Personal directamente afectado + Costos directos + Costos indirectos = Costos total del área.

A partir del costo total del área se calcula el costo por consulta, realizando la división entre el costo total por la cantidad de consultas realizadas. A su vez se compara el costo total con la facturación, teniendo en cuenta los importes cobrados en toda el área de Guardia (Guardia Clínica, Guardia Traumatológica y Guardia Pediátrica).

(E)

Piso: El costo de personal que esta área incluye es:

ENFERMEROS	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche A	Turno Noche B	Franco	Cant. de Personal	COSTO	TOTAL
PISO 1	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	10,00	2.983,92	29.839,15
PISO 2	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	10,00	2.983,92	29.839,15
PISO 3	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	5,00	2.983,92	14.919,58
SUPERVISION	6,00	0,55				3,30	3.282,31	10.831,61
JEFE SECTOR	0,50					0,50	4.475,55	2.237,77
Total	11,50	5,55	5,00	5,00	5,00	28,80		87.667,27

MUCAMAS	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche A	Turno Noche B	Franco	Cant. de Personal	COSTO	TOTAL
PISO 1	2,00	2,00			2,00	6,00	2.136,28	12.817,66
PISO 2	2,00	2,00			2,00	6,00	2.136,28	12.817,66
PISO 3	1,00	1,00			1,00	3,00	2.136,28	6.408,83
ROPERIA	0,50	0,50			0,50	1,50	2.136,28	3.204,42
NUTRICIONISTA	1,00	1,00				2,00	1.756,20	3.512,40
Total	6,50	6,50	0,00	0,00	5,50	18,50		38.760,97

- Médicos = 7 x costo empresa
- Administrativo: 1 x costo empresa

❖ Costos Directos:

DIRECTOS	% Peso
Lavadero	21%
Mantenimiento MO + INSUMOS	24%
Servicios publicos	15%
Gases medicos	1%
Esterilizaciones	1%
Residuos patologicos	2%
Imp ingresos brutos	7%
Total	100%

El Peso % es el que cada concepto posee sobre el total de costo directo asignado al sector.

❖ Costos Indirectos:

INDIRECTOS	Porcentaje de Aplicación
Administracion y generales	25%
Vigilancia	25%
Seguros	25%
Direccion medica	24%
Papeleria e imprenta	25%
Impuesto a las Ganancias	25%
Juicios	25%
IVA e impuestos no apropiados	25%
Servicios Públicos	25%

El % de aplicación es sobre el importe total que presenta cada uno de los conceptos. No es posible observar con claridad cuál es el criterio utilizado para la asignación de los costos indirectos.

La suma de: Costo de Personal directamente afectado + Costos directos + Costos indirectos = Costos total del área.

A partir del costo total calculado, se calcula el costo por cama de la siguiente manera:

I.Cantidad de Camas de Piso = 25

II.Cantidad de días del mes = 30

III.Capacidad Habitual de la Clínica = 85 %

IV.Días Camas a distribuir el costo del personal = (I x II x III) = 638

V.Costo x Cama = (Costo total Piso / IV)

(F)

UCO (Unidad Coronaria): El costo de personal que esta área incluye es:

ENFERMEROS	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche A	Turno Noche B	Franco	Cant. de Personal	COSTO	TOTAL
PISO 1	2	2	2	2	2	10	3.282,31	32.823,07
JEFE SECTOR	0,2					0,2	4.475,55	895,11
SUPERVISION	6	0				1	3.578,04	3.220,24

MUCAMAS	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche A	Turno Noche B	Franco	Cant. de Personal	COSTO	TOTAL
PISO 1	1	1			1	3	2.136,28	6.408,83

- Administrativo = 0,33 x costo empresa
- Médicos = 3 x costo empresa
- Coordinación = 1 x costo empresa
- Jefe Médico Sector = 1 x costo empresa

❖ Costos Directos:

DIRECTOS	% Peso
Lavadero	17,1%
Servicio Comedor	13,8%
Mantenimiento MO + INSUMOS	36,6%
Servicios publicos	17,7%
Descartables incluidos en pension	5,2%
Gases medicos	6,5%
Esterilizaciones	0,4%
Residuos patologicos	2,1%
Imp ingresos brutos	0,6%
Total	100%

El Peso % es el que cada concepto posee sobre el total de costo directo asignado al sector.

❖ Costos Indirectos:

INDIRECTOS	Porcentaje Aplicación
Administracion y generales	8%
Vigilancia	4%
Seguros	7%
Direccion medica	7%
Papeleria e imprenta	5%
Impuesto a las Ganancias	5%
Juicios	5%
IVA e impuestos no apropiados	5%
Servicios Públicos	5%

El % de aplicación es sobre el importe total que presenta cada uno de los conceptos. No es posible observar con claridad cuál es el criterio utilizado para la asignación de los costos indirectos.

La suma de: Costo de Personal directamente afectado + Costos directos + Costos indirectos = Costos total del área.

A partir del costo total calculado, se calcula el costo por cama de la siguiente manera:

- i. Cantidad de Camas de Piso = 6
- ii. Cantidad de días del mes = 30
- iii. Capacidad Habitual de la Clínica = 80 %
- iv. Días Camas a distribuir el costo del personal = (I x II x III) = 144
- v. Costo x Cama = (Costo total Piso / IV)

(G)

U.T.I. (Unidad de terapia intensiva): El costo de personal que esta área incluye es:

ENFERMEROS	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche A	Turno Noche B	Franco	Cant. de Personal	COSTO	TOTAL
UTI	4	4	4	4	4	20	3.282,31	65.646,14
JEFE SECTOR	0,3					0,3	4.475,55	1.342,66
SUPERVISION	6	0,25				1,5	3.282,31	4.923,46

MUCAMAS	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche A	Turno Noche B	Franco	Cant. de Personal	COSTO	TOTAL
UTI	2	2	0	0	1	5	2.563,53	12.817,66
ROPERIA	0,25	0,25			0,25	0,75	2.563,53	1.922,65

- Médicos = 7 x costo empresa
- Administrativo = 0,67 x costo empresa
- Coordinación UTI = 1 x costo empresa

❖ Costos directos:

DIRECTOS	% Peso
Lavadero	17%
Comedor	28%
Mantenimiento MO + INSUMOS	21%
Servicios publicos	10%
Descartables incluidos en pension	5%
Gases medicos	9%
Esterilizaciones y alquiler instrumental	2%
Residuos patologicos	3%
Imp ingresos brutos	5%
Total	100%

El Peso % es el que cada concepto posee sobre el total de costo directo asignado al sector.

❖ Costos indirectos:

INDIRECTOS	Porcentaje Aplicación
Administracion y generales	12%
Vigilancia	8%
Seguros	13%
Direccion medica	14%
Papelería e imprenta	10%
Impuesto a las Ganancias	10%
Juicios	10%
IVA e impuestos no apropiados	10%
Servicios Públicos	10%

El % de aplicación es sobre el importe total que presenta cada uno de los conceptos. No es posible observar con claridad cuál es el criterio utilizado para la asignación de los costos indirectos.

La suma de: Costo de Personal directamente afectado + Costos directos + Costos indirectos = Costos total del área.

A partir del costo total calculado, se calcula el costo por cama de la siguiente manera:

- Cantidad de Camas de Piso = 12
- Cantidad de días del mes = 30
- Capacidad Habitual de la Clínica = 80 %
- Días Camas a distribuir el costo del personal = (I x II x III) = 288
- Costo x Cama = (Costo total Piso / IV)

(H)

Control: Una vez distribuidos todos los costos y fundamentalmente la cantidad de personal entre las distintas áreas mencionadas, se realiza un chequeo de que la suma de los costos directos e

indirectos resulten los costos totales que se pretenden distribuir, así como también se chequea la cantidad total de personal asignados en los distintos sectores o áreas.

(I)

Hoja Resumen: Además del control que se realiza respecto de la distribución de los costos directos e indirectos, la Clínica realiza una hoja resumen en donde se plasma información resumen sobre:

- ❖ Costo Pensión
- ❖ Costo por Consulta
- ❖ Costo por hora Quirófano
- ❖ Costo de Medicamentos y materiales descartables
- ❖ Cánones
- ❖ Total

A continuación se podrán observar los cuadros resúmenes de la información mencionada que utiliza la clínica (los valores e importes son ejemplificativos):

RESUMEN COSTO PENSION						
Asignacion de costos por area		U.T.I		PISO		UCO
Costos directos						
<u>Personal directamente afectado</u>						
Enfermeria		65.646,14		74.597,88		32.823,07
Mucamas		14.740,31		35.248,57		6.408,83
Supervision		6.266,12		13.069,39		4.115,35
Medicos fijos		30.641,22		22.769,37		8.315,24
Coordinaciones		5.000,00		3.512,40		10.000,00
Administrativos		2.034,96		3.052,44		984,69
Subtotal		124.328,75		152.250,04		62.647,18
Insumos directamentes afectados						
Med. Y desc.						
Lavadero	25%	5.483,56	43%	8.335,02	13%	2.862,42
Comedor		9.380,57		10.174,50		2.298,24
Mantenimiento M.O + Insumos	16%	6.989,57	25%	9.610,66	14%	6.115,87
Servicios publicos	13%	3.204,50	25%	6.162,50	12%	2.958,00
Descartables incluidos en pension	6\$ POR DIA	1.728,00	2\$ POF	1.275,00	6\$ POI	864,00
Gases medicos	40%	2.904,00	10%	363,00	15%	1.089,00
Esterilizaciones y alquiler instrumental	30%	660,00	10%	220,00	3%	66,00
Residuos patologicos	25%	1.125,00	18%	891,00	7%	346,50
Imp ingresos brutos		1.584,00		2.772,00		97,02
Subtotal		33.059,20		39.803,67		16.697,05
Total costos directos		157.387,95		192.053,72		79.344,24
Costos indirectos						
Administracion + varios	18%	20.460,00	25%	42.625,00	8%	13.640,00
Vigilancia	10%	1.200,00	25%	3.750,00	4%	600,00
Seguros	15%	1.235,00	25%	2.375,00	7%	617,50
Direccion medica	18%	3.839,15	24%	6.581,40	7%	1.919,58
Papeleria e imprenta	10%	1.150,00	25%	2.875,00	5%	575,00
Impuesto ganancias	10%	12.500,00	25%	31.250,00	5%	6.250,00
Juicios	10%	10.000,00	25%	25.000,00	5%	5.000,00
Iva e impuestos no apropiados	10%	3.160,00	25%	7.900,00	5%	1.580,00
Servicios Publicos	10%	2.250,00	25%	5.625,00	5%	1.125,00
Total costos indirectos		55.794,15		127.981,40		31.307,08
Total costo		213.182,10		320.035,12		110.651,31
Camas promedio ocupadas	80%	288,00	80%	600,00	80%	144,00
Costo total por dia cama		740,22		533,39		768,41
Costo con ocupacion 90%		787,37		452,73		697,43
CONTROL COSTO GRAL		213.182,10		320.035,12		110.651,31
Presupuesto 2007 egresos		1.313.153,03				
		1.264.000,00				
PRECIO PROMEDIO VTA		533,80		230,00		533,80
TOTAL VENTA		153.734,40		152.490,00		76.867,20

RESUMEN COSTO POR CONSULTA		
Asignacion de costos por area		GUARDIA
<u>Costos directos</u>		
<u>Personal directamente afectado</u>		
	Enfermeria	14.919,58
	Limpieza	10.681,38
	Supervision	1.297,99
	Medicos fijos	4.498,20
	Coordinaciones	6.000,00
<u>Subtotal</u>		37.397,15
Insumos directamentes afectados		
2%	Lavadero	397,00
	Comedor	0,00
20%	Mantenimiento M.O + Insumos	8.736,96
15%	Servicios publicos	3.697,50
0,50 \$ por consulta	Descartables incluidos en pension	2.122,70
0%	Gases medicos	0,00
0%	Esterilizaciones y alquiler instrumental	0,00
5%	Residuos patologicos	247,50
	Imp ingresos brutos	747,19
<u>Subtotal</u>		15.948,85
<u>Total costos directos</u>		<u>53.346,00</u>
<u>Costos indirectos</u>		
	20% Administracion + varios	34.100,00
	18% Vigilancia	2.700,00
	10% Seguros	950,00
	20% Direccion medica	5.484,50
	15% Papeleria e imprenta	1.725,00
	15% Impuesto ganancias	18.750,00
	15% Juicios	15.000,00
	15% Iva e impuestos no apropiados	4.740,00
	15% Servicios Publicos	3.375,00
<u>Total costos indirectos</u>		<u>86.824,50</u>
<u>Total costo</u>		<u>140.170,50</u>
<u>Consultas promedio guardias</u>		<u>4.245,00</u>
<u>Costo total guardia</u>		<u>33,02</u>
<u>Precio promedio consulta \$ (canon)</u>		<u>10,00</u>
CONTROL COSTO GRAL		140.170,50
PRECIO PROMEDIO VTA		20
TOTAL VENTA		84.900,00

RESUMEN COSTO POR HORA QUIROFANO	
Asignacion de costos por area	HORA QUIROFANO
<u>Costos directos</u>	
<u>Personal directamente afectado</u>	
Enfermeria	35.573,07
Limpieza	13.721,09
Supervision	5.232,89
Medicos fijos	4.712,40
Coordinaciones	
Subtotal	59.239,45
Insumos directamente afectados	
22% Lavadero	4.367,00
0% Comedor	0,00
12% Mantenimiento M.O + Insumos	5.242,18
15% Servicios publicos	3.697,50
5\$ Descartables incluidos en pension	1.750,00
40% Gases medicos	2.904,00
57% Esterilizaciones y alquiler instrumen	1.254,00
45% Residuos patologicos	2.227,50
0% Imp ingresos brutos	2.310,00
Subtotal	23.752,18
Total costos directos	82.991,63
<u>Costos indirectos</u>	
10% Administracion + varios	17.050,00
20% Vigilancia	3.000,00
20% Seguros	1.900,00
10% Direccion medica	2.742,25
15% Papeleria e imprenta	1.725,00
15% Impuesto ganancias	18.750,00
15% Juicios	15.000,00
15% Iva e impuestos no apropiados	4.740,00
15% Servicios Publicos	3.375,00
Total costos indirectos	68.282,25
Total costo	151.273,88
Cantidad promedio de ciruqias	370,00
Hora promedio x cirugia	425,50
Costo promedio x hora	355,52
CONTROL COSTO GRAL	151.273,88
MONITORES	30
GASTO POR ANESTESIA	22,55
VTA X HRA.	400
TOTAL VENTA	189.643,50

RESUMEN COSTO MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES	
Asignacion de costos	MED. Y DESC
<u>Costos directos</u>	
<u>Personal directamente afectado</u>	
Farmacia	19.847,06
<u>Subtotal</u>	<u>19.847,06</u>
<u>Insumos directamentes afectados</u>	
Med. Y desc.	194.572,64
0% Lavadero	0,00
0% Comedor	0,00
4% Mantenimiento M.O + Insumos	1.747,39
5% Servicios publicos	1.232,50
0% Descartables incluidos en pension	0,00
0% Gases medicos	0,00
0% Esterilizaciones y alquiler instrumental	0,00
0% Residuos patologicos	0,00
0% Imp ingresos brutos	7.481,29
<u>Subtotal</u>	<u>205.033,82</u>
<u>Total costos directos</u>	<u>224.880,88</u>
<u>Costos indirectos</u>	
15% Administracion + varios	25.575,00
15% Vigilancia	2.250,00
15% Seguros	1.425,00
15% Direccion medica	4.113,38
15% Papeleria e imprenta	1.725,00
15% Impuesto ganancias	18.750,00
15% Juicios	15.000,00
15% Iva e impuestos no apropiados	4.740,00
15% Servicios Publicos	3.375,00
<u>Total costos indirectos</u>	<u>76.953,38</u>
<u>Total costo</u>	<u>301.834,26</u>
CONTROL COSTO GRAL	<u>301.834,26</u>
TOTAL VENTA	600.000,00

RESUMEN CANONES		
variable		
Asignacion de costos	CANON	
Costos directos		
<u>Personal directamente afectado</u>		
	LIQ. Honorarios	3.052,44
Subtotal		3.052,44
Insumos directamente afectados		
0%	Lavadero	0,00
No	Comedor	0,00
12%	Mantenimiento M.O + Insumos	2.640,00
15%	Servicios publicos	3.697,50
0,50 \$ por consulta	Descartables incluidos en pensión	0,00
0%	Gases medicos	0,00
0%	Esterilizaciones y alquiler instrume	0,00
5%	Residuos patologicos	247,50
	Imp ingresos brutos	536,17
Subtotal		7.121,17
Total costos directos		10.173,61
Costos indirectos		
10%	Administracion + varios	17.050,00
10%	Vigilancia	1.500,00
10%	Seguros	950,00
10%	Direccion medica	2.742,25
15%	Papeleria e imprenta	1.725,00
15%	Impuesto ganancias	18.750,00
15%	Juicios	15.000,00
15%	Iva e impuestos no apropiados	4.740,00
15%	Servicios Publicos	3.375,00
Total costos indirectos		65.832,25
Total costo		76.005,86
CONTROL COSTO GRAL		76.005,86
TOTAL VENTA		48.742,93

RESUMEN COSTO PENSION	
Asignacion de costos por area	TOTAL
<u>Costos directos</u>	
<u>Personal directamente afectado</u>	
Enfermeria	223.559,73
Mucamas	80.800,19
Supervision	29.981,74
Medicos fijos	73.988,86
Coordinaciones	44.359,46
Administrativos	6.072,09
Subtotal	458.762,07
<u>Insumos directamentes afectados</u>	
Med. Y desc.	194.572,64
Lavadero	21.445,00
Comedor	21.853,31
Mantenimiento M.O + Insumos	41.082,64
Servicios publicos	24.650,00
Descartables incluidos en pension	7.739,70
Gases medicos	7.260,00
Esterilizaciones y alquiler instrumental	2.200,00
Residuos patologicos	5.085,00
Imp ingresos brutos	15.527,67
Subtotal	341.415,96
<u>Total costos directos</u>	<u>800.178,03</u>
<u>Costos indirectos</u>	
Administracion + varios	170.500,00
Vigilancia	15.000,00
Seguros	9.452,50
Direccion medica	27.422,50
Papeleria e imprenta	11.500,00
Impuesto ganancias	125.000,00
Juicios	100.000,00
Iva e impuestos no apropiados	31.600,00
Servicios Publicos	22.500,00
<u>Total costos indirectos</u>	<u>512.975,00</u>
<u>Total costo</u>	<u>1.313.153,03</u>
<u>Camas promedio ocupadas</u>	
<u>Costo total por dia cama</u>	
<u>Costo con ocupacion 90%</u>	
CONTROL COSTO GRAL	1.313.153,03
TOTAL VENTA	1.306.378,03

La columna total representa la suma de todos los costos que se encuentran alocados en cada uno de los cuadros precedentes. Cabe recordar que los valores e importes son meramente ejemplificativos.

Análisis del Sistema de Información de la Clínica privada de Salud “La Sagrada Familia”

La consulta sobre el sistema de información que dispone la clínica “La Sagrada Familia” se ha realizado a uno de los contadores de la misma.

El sistema de información se encuentra diseñado para:

- ✚ Registrar los datos relevantes de todos los pacientes (clientes). La historia clínica, que si bien se encuentra plasmada en papel, también se registra en sistema. La misma contiene toda la información asociada a los datos personales, los diagnósticos, patologías y evolución médica del paciente. Cada historia clínica posee un código particular, permitiendo que un paciente que ingresa en la clínica mantenga su información asociada a dicho código a lo largo del tiempo. La información referida al tipo de financiación también se encuentra incluida en dicha historia clínica.
- ✚ Aplicar el nomenclador nacional de obras sociales en lo que respecta a la facturación. El sistema dispone de toda la información necesaria asociada a las empresas de medicina prepaga con las que acuerda el cobro de las prestaciones a los pacientes.
- ✚ Calcular el costo empresa del personal (médico y no médico) que se encuentra en relación de dependencia y aquellos contratados. El sistema permite la emisión de los recibos de sueldo y el registro de las facturas por el pago de honorarios.
- ✚ Registrar los siguientes costos en forma periódica:

DIRECTOS	INDIRECTOS
Lavadero	Administración y generales
Servicio Comedor	Vigilancia
Mantenimiento MO + INSUMOS	Seguros
Servicios públicos	Dirección médica
Descartables incluidos en pensión	Papelería e imprenta
Gases médicos	Impuesto a las Ganancias
Esterilizaciones	Juicios
Residuos patológicos	IVA e impuestos no apropiados
Imp ingresos brutos	Servicios Públicos

- + Registrar la compra, venta y consumo de medicamentos y de materiales descartables.
- + Registrar los equipos que se encuentran a disposición de cada área, junto con la amortización de los mismos.
- + Registrar los turnos que corresponden a cada una de las áreas.
- + Calcular los costos por cada una de las áreas, utilizando el método tradicional de costeo. Este cálculo se realiza de acuerdo a lo explicado anteriormente.
- + Registrar las patologías / diagnósticos / servicios prestados por paciente. Si bien esta información está incluida en la historia clínica de cada paciente, puede consultarse en el sistema sobre estos aspectos en forma particular para luego poder armar indicadores.
- + Consultar la cantidad de camas / guardias / consultas / cirugías disponibles y ocupadas por área.

Posibilidad de aplicación del sistema de costeo basado en actividades en la clínica “La Sagrada Familia”

Desde mi parecer, el sistema de costeo ABC puede aplicarse en la Clínica “La Sagrada Familia” siempre y cuando se consiga conformar un equipo de profesionales interdisciplinarios (contadores, médicos, personal de informática) que se encarguen de:

- 1) Modificar y ampliar el sistema de información con todos los datos necesarios que sirvan de input para el modelo ABC.
- 2) Determinar claramente la estructura de la clínica (organigrama). Definir y delimitar los centros de costos, asignando un responsable de los mismos. Es fundamental el armado del manual de funciones de todo el personal de la clínica.
- 3) Listar las actividades de cada centro de costo de la clínica. Este listado servirá para el armado del “Diccionario de actividades” o “Catálogo de actividades”.
- 4) Determinar el conjunto de actividades que conformarán cada uno de los procesos. Listar cada proceso elaborando el “Diccionario de procesos” o “Catálogo de procesos”. Para entender mejor cada proceso, es importante que la clínica grafique mapas de procesos.

- 5) Con la ayuda de personal con conocimientos informáticos, incluir en el sistema de información todos los datos necesarios que debe tener la historia clínica, definir si son correctos sus códigos, incluir y codificar las actividades y procesos, materiales (descartables y no descartables), medicamentos, equipos y bienes muebles.
- 6) Redefinir el proceso de inventario con la utilización e implementación de códigos de barras y con la instalación de los suficientes lectores. Esto es con el objeto de conocer la trazabilidad del consumo / venta de los medicamentos y materiales (descartables y no descartables). Esto significa que la instalación de lectores en los distintos centros de costos, permitirá identificar en donde se consumen cada elemento que sale del inventario.
- 7) Redefinir los cost-drivers o inductores de costos para asignar los costos indirectos a los centros de costos. Definir los cost-drivers para la asignación de los costos indirectos, ya asignados a los centros de costos, a las diferentes actividades. La definición de estos cost-drivers puede ser realizada en conjunto con la colaboración de personal de los diferentes centros de costos. Debe tratarse de que el personal de la clínica forme parte del modelo ABC ya que la participación en su realización es imprescindible.
- 8) Listar los tipos de costos que posee la clínica y clasificarlos en directos o indirectos dependiendo del tipo de asignación que puedan tener respecto de los centros de costos y actividades. Los costos deberán estar alocados en rubros, los cuales se deben codificar (especie de plan de cuentas con códigos) para incluirlos en el sistema informático con mayor facilidad.
- 9) Entrevistar o encuestar al personal de cada centro de costo para diagramar las actividades que se realizan y el tiempo que se demora en promedio por cada una de ellas. Esto permitirá el desarrollo del time-driven ABC, calculando el costo por unidad de tiempo. A su vez, conocer los tiempos de cada actividad posibilitará gestionar sobre la optimización de cada una. (ABM).
- 10) Compilar todo lo realizado y relevado en los puntos anteriores para poder confeccionar el modelo ABC. El modelo debe ser realizado de manera que

permita ser actualizado fácilmente y que posibilite conocer el costo por actividad y proceso de manera rápida y sencilla. A partir de esta información, se podrá conocer el costo por paciente, por cama, por consulta, por día, por hora, por mes, por centro de costo. Asimismo, se podrá armar un conjunto de indicadores útiles para la mejora de la gestión (ABM).

- 11) Comparar el costo (por proceso, por actividad, por centro de a costo) con la respectiva facturación o ingreso. Para esto, no sólo es necesario el desarrollo del modelo ABC, sino que se debe asociar cada código del nomenclador nacional de obras sociales con cada una de las actividades y procesos. Esto es imprescindible dado que la mayor parte de los ingresos de la clínica proviene del cobro a las obras sociales y empresas de medicina prepaga, entidades que financian a los pacientes adheridos. Por otro lado, se deberá comparar el ingreso por el pago en forma particular (pagos en efectivo) con el costo de las actividades, procesos y centros de costos.

- 12) Concientizar a todo el personal médico o no médico de la importancia del sistema de costos ABC para la toma de decisiones y para la mejora continua de las actividades y funciones de cada uno de ellos. El manual de funciones y el diccionario de actividades y procesos, deberá ser actualizado a medida que se modifiquen o mejoren las actividades para lograr la mayor eficacia y eficiencia. El cambio deberá ser visto como algo positivo dado que la mejora y la posible estandarización de actividades llevará a tener una visibilidad completa de la clínica.

- 13) Reunirse periódicamente con el directorio y gerentes para la presentación de informes pertinentes sobre cada centro de costo, actividad y proceso (puede presentarse de acuerdo a la importancia que cada una posee realizando un pareto en función de este factor) y de los diagnósticos y patologías que están siendo tratadas. Es posible que el directorio con las gerencias soliciten mayor información por lo que se deberá entender si es necesario o no adaptar el sistema de información para lograrlo.

- 14) Establecer políticas o procedimientos generales para determinar como actuar ante la presencia de diferentes circunstancias, ejemplo: cómo cargar en

sistema los medicamentos, materiales, actividades o la generación de un nuevo centro de costo.

Conclusión

En los capítulos desarrollados he reflejado la factibilidad y mejoras a conseguir a través de la aplicación del sistema de costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud actuales en Argentina.

De acuerdo al tipo de organización que representa una clínica privada de salud, es muy importante la capacidad de decisión de su personal (médico y no médico) ya que es quien se relaciona con el cliente externo (paciente). Para poder tomar decisiones, estos profesionales deben disponer de un sistema de información que ofrezca suficiente soporte o respaldo en tiempo y forma adecuada. Los médicos, enfermeros y personal administrativo son responsables de los recursos que manejan y de la estructura y centro de costo al que pertenecen (cada centro de costo posee un responsable principal). Ellos son los responsables del cuidado de los recursos de la clínica, por lo que disponer de información detallada y siendo conscientes de los recursos consumidos será de gran ayuda para cumplir con sus respectivos presupuestos y objetivos, definidos previamente por la Dirección / Gerencias.

Es importante considerar que los servicios que se le prestan a un enfermo en un episodio, según su patología, su cronicidad y su complejidad se incorporan al conocimiento institucional y profesional. El médico suele protocolizar su actividad o sus procesos de acuerdo al grupo profesional que pertenece y no con la institución que le da soporte. Es decir, que los profesionales gestionan su propio conocimiento. A pesar de ello, es realmente necesario normalizar los comportamientos (manuales de funciones / procesos/ procedimientos y políticas generales) ya que la clínica necesita contar con líneas mínimas que le permitan gestionar eficientemente, aunque sea con amplios márgenes de maniobra.

La estructura organizativa de la clínica debe apoyar a todo el personal médico y no médico en relación a la logística, información, administración, asesoramiento y disponibilidad de recursos, para que puedan conseguir la realización eficiente y eficaz de las tareas. La necesidad de conocer, adecuar y ordenar la gran magnitud de información que genera una clínica hace imprescindible la utilización de tecnología informática (servidores, programas, computadoras, lectoras de código de barras), significando la mecanización de las funciones operativas. Es sustancial la tarea de aquellos equipos de personas dentro de la clínica dedicados a la captura y procesamiento de información. Generalmente, las personas encargadas de admisiones no han gestionado por si solas ningún recurso hospitalario, siendo las encargadas de apuntar y de registrar lo que los médicos y los enfermeros dicen y hacen. Es por ello que como parte de la evolución de la necesidad de información, la clínica se encuentra obligada a desarrollar o a implementar los siguientes productos:

1. Aplicativos de: gestión administrativa de enfermos, admisiones, consultas externas, urgencias, archivo, contabilidad, entre otros.
2. Catálogo de productos hospitalarios (Listado de procesos / actividades / prestaciones contempladas en el nomenclador)
3. Estadísticas de: actividades, patologías, pacientes, inventarios, costos (de distintos tipos).

Para una clínica es de vital importancia la gestión de la información siendo uno de los procesos más trascendentes.

Al ingresar el paciente en una clínica, deben tenerse en claro ciertos conceptos, a saber:

- **Paciente – enfermo:** es el sujeto de la actividad de la clínica, está registrado por número de historia o ficha clínica (principal documento de la información de la clínica). La demanda de asistencia la genera el propio enfermo y es atendido por su médico. El enfermo, antes de ser atendido, brinda un conjunto de datos que formarán parte de su historia clínica, única para la clínica.
- **Episodio asistencial:** es el conjunto de datos médicos y de enfermería, que suelen denominarse prestaciones, que se le practican a un enfermo por un motivo concreto y/o en un lugar y/o con un centro de costo definido y durante un período de tiempo determinado. Es el objeto de la actividad clínica. El episodio clínico suele contener un diagnóstico principal y quizá también uno o más de tipo secundarios, que en su caso, se le asocian, un procedimiento principal y alguno secundario si los hay. El seguimiento de una sucesión de episodios asistenciales en el tiempo permite visualizar la continuidad asistencial e informativa de un enfermo, constituyendo el episodio clínico.
- **Prestaciones o procesos:** Conjunto de actividades que se pueden ejercer sobre un enfermo por un médico o por un profesional sanitario. Cada acto lo lleva a cabo un único profesional, persona o grupo a un solo enfermo, en uno o varios centros de costos definidos. La suma de procesos prestados a un enfermo en un período de tiempo por una causa médica asistencial dan lugar al concepto de episodio clínico o al asistencial, dependiendo del método aplicado.
- **Productos:** los productos de una clínica pueden etiquetarse, es decir, tener una representación formal del episodio clínico y del motivo de asistencia. La clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-CM, ICD 9-CM) es una de

las formas de descubrir el ingreso. También se utiliza el algoritmo de cálculo que clasifica los recursos mediante un criterio de agrupación específico, ejemplo: costo = GRD, enfermedad = PMC.

La aplicación del sistema de costeo ABC en una clínica privada de salud permitirá conocer con claridad todos los aspectos mencionados. Considero al ABC como una de las formas de costeo más completas que permite tomar decisiones en base a información detallada de:

- ❖ La estructura general
- ❖ Cada centro de costos
- ❖ Cada actividad
- ❖ Cada proceso
- ❖ Cada servicio / producto ofrecido al paciente
- ❖ Enfermedades / Patologías
- ❖ Estadísticas
- ❖ Pacientes

Es el costeo ABC el que desde mi parecer ofrece la posibilidad de mejorar la gestión y el cuidado de los recursos de la clínica. La clínica contará con la suficiente confianza en su sistema de información para extraer los datos útiles y necesarios para el input del costeo ABC. El sistema de información es la base de toda compañía para poder desarrollar herramientas, tableros de comando, modelos de costeo (como el ABC y los tradicionales), ofreciendo la posibilidad de tener una visión profunda de cómo, con qué y de qué manera opera la clínica y cada parte de su estructura.

Considero de gran relevancia el relevamiento que se debe realizar en toda la estructura de la clínica, tanto por consultores externos como por el personal propio (médico y no médico), para identificar la totalidad de las actividades que se realizan en cada centro de costo y para conocer cuál es el tiempo estimado de duración de cada una de ellas. Para poder desarrollar el sistema de costeo basado en actividades, la clínica deberá confeccionar el diccionario de actividades y procesos (conjunto de actividades). A partir de este diccionario, se podrán relacionar los códigos del nomenclador nacional de obras sociales utilizados para la facturación.

Las fichas o historias clínicas de los pacientes son la principal fuente de información para conocer cual es el costo estimado de los servicios que le fueron prestados. Mediante el

sistema ABC, puede identificarse el costo de cada actividad / proceso prestada al paciente, por lo que al visualizar la historia o ficha clínica en donde se encuentra plasmado el diagnóstico del paciente y las actividades realizadas, se podrá calcular fácilmente lo que cada paciente cuesta para la clínica y la rentabilidad que se obtuvo por lo facturado.

Los cálculos a realizar en el sistema ABC parecieran sencillos una vez que el mismo haya sido implementado aunque la complejidad deviene del desarrollo informático necesario para:

- ❖ Diagramar la estructura
- ❖ Lograr un sistema de información de rápida respuesta y de sencilla utilización
- ❖ La implementación del código de barras
- ❖ La identificación de todo el cuerpo médico y no médico, y su asociación con uno o varios centros de costos
- ❖ El control estricto del inventario y de los equipos instalados en cada centro de costo, y utilizados por las actividades
- ❖ El control del consumo de energía (electricidad, gas, agua) en cada centro de costo y por cada actividad

En comparación con los sistemas tradicionales de costeo, el ABC requiere de la atención de cada una de las personas que trabajan en la clínica. El cuidado de los recursos consumidos por las actividades será prioridad para cada persona ya que estarán siendo controlados y gestionados por los responsables de cada centro de costo, por las Gerencias y por la Dirección de la Clínica.

Opino que si el costeo basado en actividades, conjuntamente con el time-driven ABC y el ABM, son implementados en forma progresiva en una clínica y se capacita al personal para que sean los ejecutores, brindará una mejora sustancial de la rentabilidad. Asimismo, mediante la confección de manuales y diagramas de procesos / actividades brindará la posibilidad de gestionar aquellas actividades / procesos de mayor importancia relativa en la clínica.

No se debe olvidar que la Clínica privada de salud es una empresa de servicio y que sus dueños o accionistas pretenden maximizar sus beneficios. Con esto, no quiero decir que necesariamente se deban reducir los costos con la utilización del sistema de costeo ABC, sino que es este sistema el que permitirá mejorar la manera de realizar cada una de las actividades, logrando así una optimización de la utilización de los recursos, resultando indirectamente en

una reducción de costos. Los sistemas de costeo tradicionales no satisfacen lo mencionado ya que no alcanzan el nivel de detalle de información que si logra el sistema de costeo ABC.

Posteriormente a la investigación que he realizado en la presente tesis, desde mi punto de vista es posible la implementación del costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud actuales en Argentina, teniendo en cuenta que puede realizarse en forma simultánea con el método de costeo tradicional. Si bien la implementación de este sistema de costeo puede ser costosa (tiempo + recursos) es clave que la Dirección de la Clínica considere las ventajas y oportunidades de mejora que generará en el corto, mediano y largo plazo. Se trata de una inversión inevitable y una decisión estratégica si se considera el crecimiento de la competencia en el rubro salud que se ha presentado en los últimos años.

Para finalizar cabe decir que, la realización de la presente tesis me ha permitido reflexionar acerca de la complejidad que caracteriza el rubro "Salud" en comparación con el resto de los rubros. Los servicios que puede brindar una clínica / hospital y las diferencias que se pueden presentar en la realización de las mismas actividades para combatir una misma enfermedad es realmente considerable. Creo que un equipo interdisciplinario conformado por médicos, contadores públicos y licenciados en administración, es el ideal para crear y llevar adelante el sistema de costeo basado en actividades en este tipo de rubro. El tiempo que demandará la realización del mismo significará el entendimiento y comprensión total de la operatoria de una clínica desde que el paciente ingresa hasta que se retira de la misma. Concluyo que existe la posibilidad de implementación del sistema de costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud actuales en Argentina si se establece con claridad el principal objetivo que ello implica: "Tomar decisiones y gestionar en base a información clara y confiable, conocida por todo el personal (médico y no médico) consciente de la importancia que implica el desarrollo del sistema de costeo basado en actividades".

Cdor. Alejandro E. Vattuone

ANEXO I

Categoría Diagnósticas Mayores

N°	Descripción
1	Enfermedades y trastornos del sistema nervioso
2	Enfermedades y trastornos del ojo
3	Enfermedades y trastornos del oído, nariz, boca y garganta
4	Enfermedades y trastornos del sistema respiratorio
5	Enfermedades y trastornos del sistema circulatorio
6	Enfermedades y trastornos del sistema digestivo
7	Enfermedades y trastornos del sistema hepatobiliar y tejido conectivo
8	Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conectivo
9	Enfermedades y trastornos de la piel, del tejido subcutáneo y de la mama
10	Enfermedades y trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos
11	Enfermedades y trastornos del riñón y vías urinarias
12	Enfermedades y trastornos del sistema reproductos masculino
13	Enfermedades y trastornos del sistema reproductos femenino
14	Embarazo, parto y puerperio
15	Recién nacidos y cuadros del período perinatal
16	Enfermedades y trastornos de la sangre, del sistema hematopoyético y del sistema inmunitario
17	Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias poco diferenciadas
18	Enfermedades infecciosas y parasitarias (sistémicas o afectación no especificada)
19	Enfermedades o trastornos mentales
20	Consumo de alcohol / drogas y trastornos orgánicos mentales inducidos por alcohol / drogas
21	Heridas, envenamamientos y efectos tóxicos de las drogas
22	Quemaduras
23	Factores que influyen en el estado de salud y otros contactos con servicios sanitarios
24	Infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana

Fuente: www.gestion-sanitaria.com

ANEXO II

Servicios:

1 - Servicios de análisis clínicos: misión de apoyo diagnóstico y terapéutico en las áreas básicas de Bioquímica, Hematología, Microbiología e Inmunología.

Los Centros de costos asociados son:

- Análisis clínicos
- Bioquímica
- Hematología analítica
- Microbiología
- Inmunología
- Laboratorio de urgencias
- Extracciones de sangre
- Docencia
- Investigación

2 - Servicio de angiología y cirugía vascular: Dedicado al estudio y tratamiento médico y quirúrgico de las enfermedades vasculares, exceptuando las cardiacas e intracraneales.

Los centros de costos asociados son:

- Angiología y Cirugía vascular hospitalización
- Angiología y Cirugía vascular consulta
- Angiología y Cirugía vascular ambulatoria
- Pruebas especiales
- Docencia
- Investigación

3 - Servicio de admisión: Gestión de entrada y salida de pacientes

- Admisión
- Admisión de hospitalización
- Admisión de consulta externa
- Admisión de urgencia
- Citaciones
- Documentación clínica y archivo: destinado al servicio de documentación clínica y archivo
- Unidad de codificación: destinado al servicio de documentación clínica y archivo

4 - Servicio de administración: Integra unidades que desempeñan actividades de sustento y apoyo implicadas directamente en la gestión y organización general.

- Administración
- Registro de hospital

- Asuntos generales

5 - Servicios de alergología: Se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de la patología producida por mecanismos inmunológicos, especialmente de hipersensibilidad.

- Alergología hospitalización
- Alergología consulta
- Alergología pruebas
- Docencia
- Investigación

6 - Servicio de anestesia y reanimación: Encargado de los métodos y técnicas para hacer insensibles al dolor y proteger al paciente de la agresión, antes, durante y después de cualquier intervención quirúrgica y obstétrica, de exploraciones diagnósticas y de traumatismos y mantener sus condiciones vitales en cualquiera de las situaciones citadas.

- Anestesia y reanimación
- Anestesia
- Consulta de anestesia
- Reanimación
- Unidad de dolor
- Unidad de dolor hospitalización
- Unidad de dolor consulta
- Docencia
- Investigación

7 - Servicio anatomía patológica: Realiza los procedimientos diagnósticos sobre especímenes de autopsia, biopsia y citología.

- Anatomía patológica
- Anestesia
- Docencia
- Investigación

8 - Servicio de administración periférica: Agrupa al personal que cumple la función de secretaria cuyas tareas no requieren personal especializado. Se creará únicamente en caso de existir un pool de secretarías. Integraría a las personas encargadas de la elaboración de los informes de alta, partes interconsultas, registro de historias clínicas y otros servicios.

- Administración periférica (pool de secretarías)

9 - Servicio de asuntos generales: Encargado de gestionar el área de comunicaciones, seguridad, transporte, y otras actividades susceptibles de incluir en este Servicio.

- Asuntos generales
- Central telefónica
- Seguridad y vigilancia
- Comunicaciones

10 - Servicio de atención al cliente: Se encarga de la atención e información al paciente y familiares, así como de la centralización y gestión de reclamos y sugerencias.

- Atención al paciente
- Bibliotecas de pacientes
- Asistencia social

11 - Servicio de audiovisuales: Integra las actividades de imprenta, fotografía, técnicas audiovisuales y similares.

- Audiovisuales
- Imprenta
- Fotografía

12 - Servicio de banco de sangre: Se ocupa de la planificación y control de los procesos que intervienen en los tratamientos transfusionales.

- Banco de sangre
- Donantes
- Docencia
- Investigación

13 - Servicio de bioquímica clínica: Servicio de diagnóstico biológico con función de apoyo diagnóstico y terapéutico.

- Bioquímica
- Biología molecular
- Docencia
- Investigación

14 - Servicio de cardiología: Encargado del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

- Arritmias
- Cardiología hospitalización
- Cardiología consulta
- Hemodinámica cardíaca
- Pruebas funcionales
- Unidad coronaria
- Docencia
- Investigación

15 - Servicio de cirugía cardíaca: Dedicado al estudio y tratamiento quirúrgico de las enfermedades cardíacas.

- Cirugía cardíaca hospitalización
- Cirugía cardíaca consulta
- Cirugía cardíaca ambulatoria
- Docencia
- Investigación

16 - Servicio de cirugía general y digestivo: Se ocupa de los problemas derivados de la patología abdominal, de la totalidad del aparato digestivo, del sistema endocrino, de la cabeza y del cuello (con exclusión de la patología específica de otras especialidades quirúrgicas), de la mama y de las partes blandas. En hospitales pequeños se utiliza este Servicio para englobar a todos o parte de los servicios del área de Cirugía.

- Cirugía General y digestivo hospitalización
- Cirugía General y digestivo consulta
- Cirugía General y digestivo ambulatoria
- Docencia
- Investigación

17 - Servicio de control de gestión: Es el encargado del procesamiento y evaluación de la información económico asistencial del hospital.

- Control de gestión
- Estadísticas

18 - Servicio de consultas externas: Incluye aquellos centros de costos cuya función es la consulta especializada de pacientes en régimen ambulatorio.

Solamente se abrirá este Servicio para recoger los costos comunes que no se pueden asignar directamente a los distintos centros de costos de consultas de los distintos servicios clínicos. Cada Consulta debe de figurar en el servicio correspondiente según la especialidad. Este servicio repartirá sus costes a los centros de costos clínicos correspondientes de consulta.

- Consulta externa hospital
- Consulta externa ambulatorio

19 - Servicio de cirugía máxilofacial: Se ocupa del estudio, diagnóstico, tratamiento de la patología de la cavidad bucal y de la cara.

- Cirugía máxilofacial hospitalización
- Cirugía máxilofacial consulta
- Cirugía máxilofacial ambulatoria
- Docencia
- Investigación

20 - Servicio de cirugía pediátrica: Encargado del estudio y tratamiento quirúrgico de las patologías en menores de 14 años.

- Cirugía pediátrica hospitalización
- Cirugía pediátrica consulta
- Cirugía pediátrica ambulatoria
- Cirugía cardiovascular pediátrica hospitalización
- Cirugía cardiovascular pediátrica consulta
- Cirugía maxilofacial pediátrica hospitalización
- Cirugía maxilofacial pediátrica consulta
- Cirugía plástica pediátrica hospitalización
- Cirugía plástica pediátrica consulta
- Neurocirugía Pediátrica Hospitalización
- Neurocirugía Pediátrica Consulta
- Oftalmología Pediátrica Hospitalización
- Oftalmología Pediátrica Consulta
- Otorrinolaringología Pediátrica Hospitalización
- Otorrinolaringología Pediátrica Consulta
- Traumatología y Cir. Ortop. Pediátrica Hospitalización
- Traumatología y Cir Ortop. Pediátrica Consulta
- Urología Pediátrica Hospitalización
- Urología Pediátrica Consulta

- Docencia Final
- Investigación

21 - Servicio de cirugía plástica y reparadora: Se ocupa de la corrección quirúrgica de todo proceso congénito, adquirido, tumoral o simplemente involutivo, que requiere reparación o reposición de la cobertura cutánea, o que afecta a la forma o función corporal.

- Cirugía Plástica y Reparadora Hospitalización
- Cirugía Plástica y Reparadora Consulta
- Cirugía Plástica y Reparadora Ambulatoria
- Docencia Final
- Investigación

22 - Servicio de conserjería: Incluye las actividades que realiza el personal subalterno, así como el mortuorio.

- Celadores
- Mortuorio
- Peluquería

23 - Servicio de cirugía torácica: Dedicado al estudio y tratamiento de los procesos que afectan a la región anatómica del tórax y que incluye la pared torácica, pleuras, pulmón, mediastino, árbol traqueo-bronquial, esófago y diafragma.

- Cirugía Torácica Hospitalización
- Cirugía Torácica Consulta
- Cirugía Torácica Ambulatoria
- Docencia
- Investigación

24 - Servicio de documentación clínica y archivo: Encargado de garantizar la custodia, conservación y control de calidad de la documentación clínica, así como en su caso la codificación y disponibilidad

asistencial. Si se diera el caso, no deseable, de que el archivo no fuera centralizado, se integraría dentro de un único Servicio.

- Archivos de historias clínicas
- Unidad de codificación

25 - Servicio de docencia e investigación: Encargado de las actividades de docencia e investigación que se realicen para tal fin en los centros.

La docencia recoge el costo por tiempo de dedicación del personal del hospital a la formación de pregrado y postgrado, así como demás costos inherentes a la actividad docente. La investigación recoge el costo originado por tiempos de dedicación del personal a dicha actividad, así como costes de materiales y funcionamiento de dicha unidad. Asimismo se incluirán los costes de proyectos financiados con fondos externos (FIS, etc.).

- Docencia
- Investigación
- Biblioteca
- Quirófano Experimental
- Animalario
- Unidad Mixta de Investigación

26 - Servicio de dirección de enfermería: Dirige, coordina y evalúa el funcionamiento de las unidades de enfermería de los servicios centrales, laboratorios, consultas, quirófanos, etc., tanto en los aspectos de calidad de la asistencia, como docentes y de investigación realizadas por el personal sanitario no facultativo.

- Dirección de enfermería
- Enfermería polivalente
- Enfermeras de área

27 - Servicio de dermatología: Dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades de la piel.

- Dermatología Hospitalización
- Dermatología Consulta
- Dermatología Ambulatoria
- Docencia
- Investigación

28 - Servicio de dirección de gestión: Dirige, coordina y evalúa el funcionamiento de las unidades de personal, suministros, mantenimiento, hostelería, contabilidad y otros servicios adscritos, con el fin de prestar el necesario apoyo al conjunto del hospital y facilitar el cumplimiento de objetivos generales.

- Dirección de gestión

29 - Servicio de dietética: Encargado del estudio y regulación de la dieta.

- Dietética

30 - Servicio de digestivo: Se ocupa de las enfermedades que afectan el aparato digestivo.

- Digestivo hospitalización
- Digestivo consulta
- Pruebas especiales digestivo
- Docencia
- Investigación

31 - Servicio de dirección: Se utiliza en hospitales pequeños para englobar a toda la Gerencia y Direcciones anteriores.

- Dirección

32 - Servicio de dirección médica: Dirige, coordina y evalúa el funcionamiento de los servicios sanitarios del hospital, en los aspectos asistenciales, docentes y de investigación, sustituyendo al gerente en los casos de ausencia del mismo.

- Dirección médica

33 - Servicio de endocrinología: Se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de las patologías del sistema endocrino, así como del metabolismo de las sustancias nutritivas y de las consecuencias patológicas derivadas de sus alteraciones de todo tipo.

- Endocrinología Hospitalización
- Endocrinología Consulta
- Docencia Final
- Investigación

34 - Servicio de esterilización: Tiene como función la eliminación de microorganismos del material nuevo y reutilizable necesario para las distintas áreas del hospital, así como su distribución.

- Esterilización

35 - Servicio de farmacología clínica: Se ocupa esencialmente del estudio de los efectos de los medicamentos en el ser humano, evaluación de efectos terapéuticos y análisis de reacciones adversas a través de la monitorización de los niveles de fármacos. Este Servicio se abrirá siempre que tenga entidad de servicio en el organigrama de la clínica.

- Farmacología clínica
- Docencia
- Investigación

36 - Servicio de farmacia: Encargado de la selección, adquisición, almacenamiento, producción y distribución de productos farmacéuticos para el consumo del resto de centros de costos.

Asimismo realiza funciones de información de medicamentos, farmacocinética clínica, elaboración, toxicología y farmacovigilancia.

- Farmacia Intermedio
- Almacén de Farmacia
- Farmacología Clínica
- Toxicología

37 - Servicio de gestión económica: Realiza las tareas financieras y contables del centro.

- Gestión Económica Estructural
- Facturación y Cobros Estructural
- Contabilidad Estructural
- Fondo de Maniobra y Caja

38 - Servicio de genética: Estudia la herencia genética y diagnóstica y trata las enfermedades genéticas.

- Genética laboratorios
- Genética Consultas
- Docencia
- Investigación

39 - Servicio de Gerencia: Órgano superior de la clínica a la que representa. Ordena los recursos humanos, físicos y económicos, planificando y coordinando al conjunto de sus divisiones y adoptando las medidas oportunas para el buen funcionamiento.

- Gerencia Estructural
- Unidad de comunicación Estructural
- Unidad de Calidad Estructural
- Asesoría Jurídica

40 - Servicio de ginecología: Se encarga de la fisiología y patología inherente a los órganos que constituyen el tracto genital femenino y de la endocrinología y fisiología reproductiva femenina.

- Ginecología Hospitalización
- Ginecología Consulta
- Ginecología Ambulatoria
- Planificación Familiar
- Unidad de Reproducción
- Ecografía Ginecológica Intermedio
- Docencia Final
- Investigación

41 - Servicio de geriatría: Se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de las patologías en la tercera edad.

- Geriatría Hospitalización
- Geriatría Consulta
- Hospital de Día Geriátrico
- Docencia
- Investigación

42 - Servicio de hospitalización de día: Esta unidad está dirigida a atender pacientes que deban someterse a métodos de diagnóstico y tratamiento y requieran durante unas horas cuidados continuados médicos y/o de enfermería, recibiendo el alta el mismo día. Este es un Servicio pluridisciplinario donde desarrollan su trabajo diferentes especialidades. Se abrirá siempre que tenga personal propio y estructura asignada.

- Hospital de Día
- HD Médico-Quirúrgico
- HD Onco-Hematológico
- HD Geriátrico
- HD Psiquiátrico
- HD Sida

43 - Servicio de hematología laboratorio: Se ocupa del apoyo diagnóstico y control terapéutico in vitro, de las patologías de los elementos de la sangre y órganos hemotopoyéticos

- Hematología laboratorio

- Docencia
- Investigación

44 - Servicio de hematología clínica: Se ocupa del diagnóstico clínico y el tratamiento de las patologías de los elementos formes de la sangre y de los órganos hematopoyéticos

- Hematología Hospitalización
- Hematología Consulta
- Hospital de Día Onco-Hematológico
- Docencia Final
- Investigación

45 - Servicio de unidades de enfermería: Unidad cuya función se centra en la atención y cuidado de los pacientes durante su estancia en el hospital. El bloque de hospitalización comprende también aquellos espacios que no siendo privativos de una unidad de enfermería, son necesarios para el funcionamiento de éstas, pero se utilizan de forma compartida, así como los nidos, las salas de juego, las salas de estar, etc. La enfermería de los servicios centrales y de Medicina Intensiva debe incluirse en el Servicio correspondiente.

- Unidad de enfermería 1
- Unidad de enfermería 2
- Unidad de enfermería

46 - Servicio de hostelería: Engloba las actividades hoteleras del hospital. En este Servicio se incluye la Alimentación, Lavandería y Limpieza, siempre que exista una responsable interno de la clínica, incluyendo, en su caso, el costo de la contratación.

- Cafetería
- Comedor de Personal
- Unidad de Hostelería
- Limpieza
- Alimentación - cocina
- Almacén de alimentación
- Lavandería
- Almacén de lencería
- Lencería y vestuario

47 - Servicio de informática: Incluye las actividades propias derivadas de la gestión informatizada del hospital.

- Informática

48 - Servicio de inmunología: Estudia el diagnóstico, tratamiento y monitorización de las patologías debidas a trastornos del sistema inmune.

- Inmunología
- Docencia
- Investigación

49 - Servicio de intervención: Este Servicio, aunque no integrado en el organigrama de la clínica por sus particulares vinculaciones con el mismo, debe considerarse como un Servicio más de la clínica, que aglutine los costos generados por la intervención a priori y por el control financiero permanente.

- Intervención de Centro o Delegada
- Unidad de Control Financiero

50 - Servicio de mantenimiento: Incluye el mantenimiento preventivo y correctivo de la urbanización, los edificios, el equipamiento y las instalaciones del hospital, de la conservación de la estructura física y del suministro de agua y energía.

- Mantenimiento
- Almacén de Mantenimiento
- Central Térmica
- Oficina Técnica

51 - Servicio de microbiología y parasitología: Se ocupa del diagnóstico y monitorización terapéutica de las patologías debidas a microorganismos y parásitos.

- Microbiología y parasitología
- Docencia
- Investigación

52 - Servicio de medicina interna: Realiza las funciones propias de la especialidad médica correspondiente. En las clínicas que por su tamaño y características no existiera diferenciación entre las diversas especialidades médicas (Digestivo, Endocrino etc.), se considerará a éste como aglutinador del resto.

- Medicina Interna Hospitalización
- Medicina Interna Consulta

- Infecciosos Hospitalización
- Infecciosos Consulta
- Alergología Consulta
- Cardiología Hospitalización
- Cardiología Consulta
- Dermatología Consulta
- Digestivo Hospitalización
- Digestivo Consulta
- Endocrinología Consulta
- Hematología Hospitalización
- Hematología Consulta
- Neumología Hospitalización
- Neumología Consulta
- Neurología Hospitalización
- Neurología ConsultaOncología
- Hospitalización
- Oncología Consulta
- Pruebas Cardiología
- Pruebas Digestivo
- Reumatología Consulta
- Hospital de Día de SIDA
- Hospital de Día Onco-Hematológico
- Hospital de Día Médico Final
- Docencia Final
- Investigación Final

53 - Servicio de medicina intensiva: Se encarga del tratamiento de pacientes que por la gravedad de su patología requieren una atención continua e inmediata. El control de enfermería se incluirá dentro del propio servicio.

- Unidad de Cuidados Intensivos 1
- Unidad de Cuidados Intensivos 2
- Unidad de Cuidados Intensivos..
- Unidad Coronaria
- Docencia Final
- Investigación

54 - Servicio de medicina nuclear: Es el Servicio que emplea los isótopos radiactivos, las radiaciones nucleares, las variaciones electromagnéticas de los componentes del núcleo y técnicas biofísicas similares con fines diagnósticos o terapéuticos.

- Medicina nuclear
- Medicina nuclear hospitalización
- Medicina nuclear consulta
- Docencia
- Investigación

55 - Servicio de medicina preventiva: Su función es realizar funciones de control interno, tanto en el personal como en las instalaciones, para evitar y prevenir los riesgos para la salud derivados de la actividad de la clínica.

- Higiene Hospitalaria
- Medicina Preventiva
- Salud laboral

56 - Servicio de nefrología: Es el encargado del estudio y tratamiento de las patologías renales.

- Nefrología Hospitalización
- Nefrología Consulta
- Diálisis
- Docencia
- Investigación

57 - Servicio de neurofisiología clínica: Tiene como misión la exploración funcional del sistema nervioso central y periférico, con fines de diagnóstico, pronóstico o de orientación terapéutica.

- Neurofisiología Clínica
- Docencia
- Investigación

58 - Servicio de neumología: Estudia, diagnostica y trata las enfermedades de los pulmones y vías aéreas.

- Neumología Hospitalización
- Neumología Consulta
- Pruebas especiales de Neumología
- Oxigenoterapia

- Docencia
- Investigación

59 - Servicio de neurocirugía: Servicio quirúrgico que trata del estudio, diagnóstico y tratamiento de las afecciones orgánicas y funcionales del sistema nervioso central, periférico y vegetativo.

- Neurocirugía Hospitalización
- Neurocirugía Consulta
- Docencia
- Investigación

60 - Servicio de neurología: Se encarga de las patologías del sistema nervioso central y neuromuscular.

- Neurología Hospitalización
- Neurología Consulta
- Docencia
- Investigación

61 - Servicio de obstetricia y ginecología: Se utiliza en hospitales sin desglose en servicios en estas especialidades.

- Obstetricia y Ginecología Hospitalización
- Obstetricia y Ginecología Consulta
- Obstetricia Hospitalización
- Obstetricia Consulta
- Paritorios
- Ginecología Hospitalización
- Ginecología Consulta
- Ginecología Ambulatoria
- Ecografía ginecológica
- Planificación familiar
- Docencia
- Investigación

62 - Servicio de obstetricia: Encargado de la atención, embarazo, parto y puerperio, integrando las actividades de examen, control, dilatación y parto, así como la reanimación del recién nacido.

- Obstetricia Hospitalización
- Obstetricia Consulta
- Paritorios
- Docencia
- Investigación

63 - Servicio de oftalmología: Trata de todo lo referente al estudio del aparato visual y sus enfermedades, desde el punto de vista anatómico, fisiológico y patológico.

- Oftalmología Hospitalización
- Oftalmología Consulta
- Oftalmología Ambulatoria
- Docencia
- Investigación

64 - Servicio de oncología médica: Se encarga del diagnóstico, seguimiento y tratamiento médico de las neoplasias.

- Oncología Hospitalización Final
- Oncología Consulta Final
- Oncología Médica Ambulatoria Final
- Hospital de Día Onco-Hematológico Final
- Docencia Final
- Investigación Final

65 - Servicio de oncología radioterápica: Servicio que trata los aspectos diagnósticos, cuidados clínicos y terapéuticos del enfermo oncológico, orientado al empleo de tratamientos con radiaciones y terapéuticas asociadas.

- Oncología Radioterápica Hospitalización
- Oncología Radioterápica Consulta
- Oncología Radioterápica Ambulatoria
- Radioterapia
- Docencia
- Investigación

66 - Servicio de otorrinolaringología: Se ocupa del estudio de las enfermedades que afectan al oído, nariz y laringe, así como de su patología y cuidados terapéuticos.

- Otorrinolaringología Hospitalización

- Otorrinolaringología Consulta
- Otorrinolaringología Ambulatoria
- Docencia
- Investigación

67 - Servicio de pediatría: Es el encargado del estudio del desarrollo de los niños, de su cuidado y del tratamiento de sus enfermedades.

- Pediatría Hospitalización
- Pediatría Consulta
- Neonatología
- Digestivo Pediátrica Hospitalización
- Digestivo Pediátrica Consulta
- Endocrinología Pediátrica Hospitalización
- Endocrinología Pediátrica Consulta
- Hematología Pediátrica Hospitalización
- Hematología Pediátrica Consulta
- Infecciosos Pediátrica Hospitalización
- Infecciosos Pediátrica Consulta
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Nefrología Pediátrica Hospitalización
- Nefrología Pediátrica Consulta
- Neumología Pediátrica Hospitalización
- Neumología Pediátrica Consulta
- Neurología Pediátrica Hospitalización
- Neurología Pediátrica Consulta
- Oncología Pediátrica Hospitalización
- Oncología Pediátrica Consulta
- Psiquiatría Pediátrica Consulta
- Reumatología Pediátrica Hospitalización
- Reumatología Pediátrica Consulta
- Docencia
- Investigación

68 - Servicio de personal: Encargado de la gestión del personal del hospital en su más amplia concepción.

- Personal

- Planificación de Recursos Humanos
- Centrales Sindicales
- Junta de personal

69 - Servicio de pruebas especiales: Incluye las exploraciones funcionales que se llevan a cabo en la clínica con fines diagnósticos, pronósticos o de orientación terapéutica, como las respiratorias, digestivas, etc. Dicho Servicio únicamente se abrirá cuando exista un pool de enfermería que realice pruebas de forma conjunta (cardiología, digestivo, neumología, etc.).

- Pruebas Especiales

70 - Servicio de prevención de riesgos laborales: Se ocupa de la evaluación de los riesgos laborales que puedan afectar a los trabajadores, planificando las actividades preventivas que procedan y la revisión de las actuaciones. También supervisaran los planes de emergencia y evacuación.

- Prevención de riesgos laborales

71 - Servicio de atención primaria: Servicio contable que incluirá todos los costes que demanda los centros de atención primaria al hospital y que este tendrá que imputar al mismo.

- Atención Primaria
- Centro de Salud 1
- Centro de Salud 2

72 - Servicio de psiquiatría: Es el encargado del estudio y tratamiento de las enfermedades mentales.

- Psiquiatría Hospitalización
- Psiquiatría Consulta
- Psiquiatría Infantil Hospitalización
- Psiquiatría Infantil Consulta
- Hospital de Día Psiquiátrico
- Salud Mental
- Docencia
- Investigación

73 - Servicio de quirófanos: Salas destinadas a la asistencia quirúrgica del paciente. Servicio con responsabilidad directa de enfermería, que facilita la utilización de estas salas, durante un determinado tiempo, a los servicios quirúrgicos.

- Quirófanos
- Quirófano Programados
- Quirófano Urgentes

74 - Servicio de radiodiagnóstico: Se ocupa del estudio de las imágenes obtenidas por medio de radiaciones y otras fuentes de energía.

- Radiodiagnóstico
- Ecografías
- Mamografías
- Resonancia Magnética
- TAC
- Radiología Vascular Intervencionista
- Docencia
- Investigación

75 - Servicio de radioprotección: Es la unidad dedicada al control de la radiación, control de aparatos radiológicos, determinación de campos de radiación, etc. Cuando el físico realice actividades en otros centros el coste deberá imputarse a Centros Ajenos.

- Física y protección Radiológica
- Radioprotección

76 - Servicio de rehabilitación: Realiza las actividades encaminadas a facilitar, mantener y devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente incapacitado.

- Rehabilitación Hospitalización
- Rehabilitación Consulta
- Unidad de Fisioterapia (se incluye el gimnasio)
- Docencia
- Investigación

77 - Servicio de reumatología: Se ocupa del estudio de las enfermedades del sistema musculoesquelético y del colágeno.

- Reumatología Hospitalización

- Reumatología Consulta
- Docencia
- Investigación

78 - Servicio de suministros: Su función es la compra, almacenamiento y distribución de productos, incluidas las prótesis, para consumo del resto de la clínica. Incluye los almacenes generales, excepto el de farmacia, alimentación, lavandería y lencería.

- Almacén
- Compras-aprovisionamiento

79 - Servicio de traumatología y cirugía ortopédica: Se ocupa del estudio, desarrollo, conservación y restablecimiento de la forma y de la función de las extremidades, la columna vertebral y sus estructuras asociadas por los medios médicos, quirúrgicos y físicos.

- Traumatología y Cirugía Ortopédica Hospitalización
- Traumatología y Cirugía Ortopédica Consulta
- Traumatología y Cirugía Ortopédica Ambulatoria
- Docencia
- Investigación

80 - Servicio de unidad de cirugía ambulatoria: Unidad multidisciplinar encargada de atender los procesos de Cirugía Mayor Ambulatoria. Esta Unidad se abrirá siempre que tenga personal propio y estructura asignada, y estará compuesta de Quirófanos más la Unidad de Hospitalización.

- Unidad de Cirugía Ambulatoria

81 - Servicio de unidad de cuidados paliativos: Se refiere a las unidades destinadas al cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento con intención curativa.

- Unidad de Cuidados Paliativos.

82 - Servicio de urgencias: Encargado fundamentalmente de la atención de pacientes procedentes del exterior que sufren un proceso agudo que les obliga a acudir inmediatamente a la clínica. En este Servicio se desarrollan, pues, los primeros cuidados y procesos de diagnóstico y tratamiento para que, una vez definido el padecimiento, referir al paciente al Servicio requerido o darle de alta.

Aunque por razones organizativas existan urgencias pediátricas, traumatológicas, etc., se integran dentro de este Servicio.

- Urgencias
- Urgencias Pediátricas
- Urgencias Traumatológicas

83 - Servicio de urología: Encargado del estudio, diagnóstico y tratamiento de las afecciones médicas y quirúrgicas del aparato urinario masculino, femenino y aparato genital del varón.

- Urología Hospitalización
- Urología Consulta
- Urología Ambulatoria
- Pruebas Especiales (litotricia)
- Docencia
- Investigación

84 - Servicio de extracción y trasplante: Se encarga de la extracción de órganos y de la realización de injertos de órganos o tejidos en el propio cuerpo o en el otra persona.

- Unidades de Transplante
- Unidades de Extracción

85 - Servicio de unidad de desintoxicación: Encargado del tratamiento de los pacientes afectados por drogodependencias.

- Unidad de Desintoxicación

Fuente: INSALUD. Gestión Clínica-Financiera y Coste por Proceso. GECLIF
(<http://www.ingesa.msc.es>)

ANEXO III

A continuación se mencionarán algunas prestaciones médicas obligatorias con sus respectivos códigos y valores (*Fuente: <http://www.amepla.com>*):

Desarrollo del costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud actuales en Argentina

Código Nomenclador	Descripción	Q GAL	Q GAL AY	ANEST	Gto	Q Ay	Unidad Arancelaria	Costo
010101	Tratamiento quirúrgico del encefalomeningocele (cráneo bifido) de las malformaciones de la charnela occipitotiloidea y otras malformaciones de la región.	531,75	106,50	186,00	361,00	2	A	\$ 1.652,75
010102	Tratamiento quirúrgico de la craneostenosis. En uno o dos tiempos.	478,50	95,25	159,75	273,00	2	A	\$ 1.374,75
010103	Craneoplastias con injerto ose o protesicas. Incluye eventual toma de injerto.	478,50	95,25	159,75	313,00	2	A	\$ 1.454,75
010104	Reducción abierta de fracturas de cráneo con elevación o extracción de fragmentos.	252,75	51,00	104,25	276,00	2	A	\$ 1.011,00
010105	Escisión de lesión tumoral, infecciosa, parasitaria, etc. De huesos del cráneo (con o sin compromiso de estructuras vecinas).	228,00	45,00	104,25	127,00	2	A	\$ 676,25
010106	Descompresión orbital unilateral.	531,75	106,50	186,00	220,00	2	A	\$ 1.370,75
010201	Ventriculocisternostomías (apertura de las láminas terminales, ventriculocisterna magna y otras similares). Como única operación.	637,50	127,50	239,25	361,00	2	A	\$ 1.853,75
010202	Derivación ventriculoauricular derecha -ventriculoatriostomia-. Derivación ventrículo peritoneal o similar. Válvula de Pudenz, Válvula de Holster. Válvula de Hakim o similares. Como única operación.	372,75	74,25	132,75	281,00	2	A	\$ 1.216,00
010203	Revisión de válvulas derivativas o restitución parcial o total.	252,75	51,00	104,25	276,00	2	A	\$ 1.011,00
010204	lobectomía parcial o total por traumatismo o epilepsia	744,00	149,25	239,25	328,00	2	A	\$ 1.937,75
010205	Tractotomía espinalámica, trigeminal o mesencefálica. Cingulectomías o similares.	637,50	127,50	186,00	366,00	2	A	\$ 1.810,50
010206	Tratamiento quirúrgico de los aneurismas y malformaciones arteriovenosas intracraneales (aneurismas, malformaciones arteriovenosas, fistula carótido-cavernosa). (X)	797,25	159,75	292,50	366,00	2	A	\$ 2.141,25
010207	Evacuación por punción, de colección intercerebral, epidural, subdural y/o subaracnoidea (hematoma, hidroma, absceso.).	228,00	45,00	104,25	137,00	2	A	\$ 696,25
010208	Craneotomía exploradora, con o sin biopsia, evacuación de colección intracerebral, epidural, subdural y/o subaracnoidea, extracción de cuerpo extraño, etc. (X)	531,75	106,50	212,25	276,00	2	A	\$ 1.509,00
010209	Reparación plástica de senos craneales y/o meninges. Rinoliquorrea, otoliquorrea, neumucefalia, Fistulas. (Por craneot.)	531,75	106,50	212,25	356,00	2	A	\$ 1.669,00

Desarrollo del costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud actuales en Argentina

Código Nomenclador	Descripción	Q GAL	Q GAL AY	ANEST	Gto	Q. Ay	Unidad Arancelaria	Costo
010210	Escisión de lesión tumoral intracraneana (neoplasia benigna o maligna cualquiera sea su ubicación) con o sin lobectomía.	744,00	149,25	239,25	366,00	2	A	\$ 2.013,75
010211	Drenaje ventricular continuo. Como única operación.	119,25	30,00	80,25	346,00	1	A	\$ 575,50
010212	Extracción de tubos en operaciones derivativas craneanas. Como única operación.	119,25	30,00	80,25	180,00	1	A	\$ 409,50
010213	Intervenciones estereotáxicas. Por los diversos métodos.	637,50	127,50	239,25	358,00	1	A	\$ 1.362,25
010214	Punción diagnóstica o terapéutica de ventrículo por trepanación.	119,25	30,00	80,25	180,00	1	A	\$ 409,50
010215	Punción transfontanelar de ventrículos o subdural, terapéutica o diagnóstica.	26,25	0,00	0,00	7,00	2	A	\$ 40,25
010301	Reparación de defectos congénitos del complejo vertebromeningomedular (espina bífida con meringocele o mielomeningocele, diastomiella, etc.)	478,50	95,25	186,00	352,00	2	A	\$ 1.559,00
010302	Tratamiento quirúrgico de las lesiones adquiridas del complejo vertebromeningomedular, (escisión, exploración, evacuaciones, liberación de adherencias, cuerpo extraño.) lesiones únicas o múltiples por la misma incisión.	372,75	74,25	159,75	352,00	2	A	\$ 1.385,00
010303	Extirpación o ligadura de aneurismas o malformaciones arteriovenosas medulares.	956,25	191,25	239,25	366,00	2	A	\$ 2.310,00
010304	Cordotomía espinotalámica. Cordotomía anterolateral, mielotomía comisural, cordotomía posterior.	531,75	106,50	159,75	356,00	2	A	\$ 1.616,50
010305	Rizotomía, radicotomía posterior.	372,75	74,25	159,75	356,00	2	A	\$ 1.393,00
010306	Sección de ligamentos dentados.	372,75	74,25	159,75	356,00	2	A	\$ 1.393,00
010307	Punción raquídea doble con pruebas manométricas.	26,25	0,00	0,00	7,00	2	A	\$ 40,25
010308	Punción cisternal con o sin manometría.	39,75	0,00	0,00	7,00	2	A	\$ 53,75
010309	Punción lumbar con o sin manometría. (X)	0,00	0,00	0,00	7,00	2	A	\$ 14,00

Desarrollo del costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud actuales en Argentina

Código Nomenclador	Descripción	Q GAL	Q GAL AY	ANEST	Gto	Q Ay	Unidad Arancelaria	Costo
010401	Neurotomía o descompresión retrogasariana trigeminal. Por vía temporal o posterior.	531,75	106,50	186,00	356,00	2	A	\$ 1.642,75
010402	Neurolisis transoval del trigémino.	119,25	0,00	0,00	7,00	2	A	\$ 133,25
010403	Neurotomía del intermediario, vestibular o glossofaríngeo. Abordaje por fosa posterior.	531,75	106,50	186,00	281,00	2	A	\$ 1.492,75
010404	Intervenciones sobre nervios ópticos.	797,25	159,75	239,25	273,00	2	A	\$ 1.902,00
010405	Neurotomía del supraorbitario, infraorbitario, dentario inferior, suboccipital y temporal superficial.	101,25	30,00	80,25	124,00	1	A	\$ 335,50
010406	Neurotomía selectiva del facial o del glossofaríngeo o neumogástrico cervical.	119,25	30,00	80,25	267,00	1	A	\$ 496,50
010407	Injerto y/o anastomosis de nervio facial, hipogloso, espinal o similares.	252,75	51,00	104,25	266,00	2	A	\$ 991,00
010408	Neurolisis extracraneal. Alcoholicización o similar.	26,25	0,00	0,00	168,00	2	A	\$ 362,25
010409	Bloqueo extracraneal antiálgico.	0,00	0,00	0,00	7,00	2	A	\$ 14,00
010501	Tratamiento quirúrgico (exploración, neurorrafia, escisión de neurona) por patología del plexo cervicobraquial.	252,75	51,00	104,25	271,00	2	A	\$ 1.001,00
010502	Tratamiento quirúrgico (exploración, neurorrafia, escisión de neurona) por patología del plexo lumbosacro.	303,00	61,50	127,50	271,00	2	A	\$ 1.095,50
010503	Neurorrafia, injerto, tubulización, escisión de lesión tumoral del nervio radial, mediano, cubital femoral, ciático, popliteo, tibial y peroneo.	201,75	39,75	87,00	266,00	2	A	\$ 900,25
010504	Transposición del cubital.	119,25	30,00	80,25	177,00	1	A	\$ 406,50
010505	Descompresión del mediano a nivel del túnel carpiano (sección ligamento anular anterior del carpo).	80,25	30,00	80,25	124,00	1	A	\$ 314,50
010506	Escisión de lesión tumoral de nervio periférico (neurona de amputación, neurona de Morton, etc.) no mencionados en otros códigos.	61,50	30,00	80,25	183,00	1	A	\$ 354,75
010507	Neurolisis quirúrgica de nervio periférico.	39,75	30,00	80,25	182,00	1	A	\$ 332,00
010508	Neurolisis química o bloque antiálgico de nervio periférico.	0,00	0,00	0,00	7,00	2	A	\$ 14,00
010601	Simpactotomía cervical.	119,25	30,00	80,25	266,00	1	A	\$ 495,50
010602	Simpactotomía torácica.	252,75	51,00	127,50	267,00	2	A	\$ 1.016,25
010603	Simpactotomía lumbar (por lumbotomía).	201,75	39,75	87,00	267,00	2	A	\$ 902,25
010604	Resección de plexos hipogástricos superior o inferior.	252,75	51,00	104,25	215,00	2	A	\$ 889,00
010605	Simpactotomía periarterial carotídea, humeral, femoral o similar.	101,25	30,00	80,25	266,00	1	A	\$ 477,50
010606	Inyección paravertebral de troncos y ganglios simpáticos. Simpático cervical, torácico, lumbar, esplácnico y semilunar.	0,00	0,00	0,00	7,00	2	A	\$ 14,00
010701	Ventriculografía por inyección de medio contraste (líquido o gaseoso). Incluye trepanación.	80,25	30,00	80,25	178,00	1	A	\$ 368,50
010702	Pan-arteriografía cerebral por cateterismo. Uni o bilateral.	119,25	30,00	80,25	83,00	1	A	\$ 312,50
010703	Arteriografía carotídea o vertebral. Por disección o punción directa. (X)	66,00	0,00	80,25	78,00	2	A	\$ 302,25
010704	Neumoencefaloventriculografía fraccionada (cisternografía)	66,00	0,00	80,25	78,00	2	A	\$ 302,25
010705	Mielografía ascendente o descendente. Cisternografía. Mielografía. Radiculografía. (X)	66,00	0,00	80,25	36,00	2	A	\$ 218,25
010706	Discografía. Neurografía. Epidurografía.	39,75	0,00	80,25	35,00	2	A	\$ 190,00

ANEXO IV

Fuente: www.gestion-sanitaria.com

Pre Categoría Diagnóstica Mayor
<p><u>Trasplante simultáneo de riñón y páncreas</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 805 Peso: 21.0147 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha practicado un trasplante simultáneo de riñón y páncreas en el ingreso actual.</p>
<p><u>Trasplante de médula ósea autólogo</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 804 Peso: 15.7412 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha practicado en el ingreso actual un trasplante autólogo de médula ósea o de células madre hematopoyéticas o bien un trasplante de médula ósea sin especificar si autólogo o alogénico.</p>
<p><u>Trasplante de médula ósea alogénico</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 803 Peso: 21.3658 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha practicado en el ingreso actual un trasplante alogénico de médula ósea, alogénico de células madre hematopoyéticas o de células madre de sangre de cordón umbilical.</p>
<p><u>Trasplante de pulmón</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 795 Peso: 36.3505 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha practicado un trasplante de pulmón en el ingreso actual.</p>
<p><u>Traqueostomía excepto por trastorno de boca, laringe o faringe</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 483 Peso: 22.8232 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad que no es de boca, laringe o faringe, a los que se les ha practicado una traqueotomía. Suelen estar relacionados con la ventilación mecánica prolongada.</p>
<p><u>Traqueostomía con trastorno de boca, laringe o faringe</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 482 Peso: 5.4574 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad de boca, laringe o faringe, generalmente una neoplasia maligna, a los que se les ha practicado una traqueotomía.</p>
<p><u>Trasplante hepático</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 480 Peso: 35.5382 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha practicado un trasplante hepático en el ingreso actual.</p>
<p><u>Procedimiento quirúrgico no extensivo no relacionado con el diagnóstico principal</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 477 Peso: 1.8706 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha realizado una intervención menor que no tiene relación con el motivo por el que ingresaron.</p>
<p><u>Procedimiento quirúrgico prostático no relacionado con el diagnóstico principal</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 476 Peso: 4.3279 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha realizado una intervención prostática que no tiene relación con el motivo por el que ingresaron.</p>
<p><u>No agrupable</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 470 Peso: 0 Es un GRD que agrupa a pacientes cuyo código de diagnóstico motivo de ingreso es erróneo o, simplemente, no se ha codificado. También se clasifican en este grupo los pacientes cuyos datos tienen ausencia o error en la fecha de nacimiento, sexo o tipo de alta.</p>
<p><u>Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 469 Peso: 0 Es un GRD que agrupa a pacientes ingresados por un diagnóstico cuyo código, aunque existente en la CIE-9-MC, no es válido como motivo de alta. Supone un 15 error de codificación. También se clasifican en este GRD los pacientes que tienen como motivo de ingreso un diagnóstico específicamente neonatal y, sin embargo, tienen una edad superior a 29 días en el momento del ingreso.</p>
<p><u>Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con el diagnóstico principal</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 468 Peso: 4.2116 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha realizado una intervención quirúrgica mayor que no tiene relación con el motivo por el que ingresaron.</p>
<p><u>Trasplante renal</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 302 Peso: 10.5073 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha practicado un trasplante renal en el ingreso actual.</p>
<p><u>Trasplante cardíaco</u> Pre Categoría Diagnóstica Mayor Código GRD: 103 Peso: 33.3504 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha practicado un trasplante cardíaco en el ingreso actual.</p>

Bibliografía

- ✓ Abeledo, A.. "La salud en el país: cuánto se gasta y quién la paga". Diario Clarín, IEEO (suplemento Economía). Buenos Aires, Argentina, Mayo 23, 2010. Págs. 8-9.
- ✓ Baroli C. A., Cordo J., Dans Marta I., Fernández Ana M., Rubinsztein J., Testorelli G., Demarchi G. M., Kent P., Carnevali C. A., Corroppoli M. D., Fantini A. C., Franco J. A., Pasti M. A., Schulman D. R., Tortosa de Raumundo I., Vicente M. A.. Administración aplicada a Organizaciones de Salud. Librería Editorial Osmar Buyatti. Buenos Aires, Argentina, 1996.
- ✓ Bharara, A. and Lee, C.Y.. Implementation of an Activity-Based Costing System in a Small Manufacturing Company. International Journal of Production Research. Vol.34, No.4, 1996.
- ✓ Brimson James A.. Contabilidad por actividades: Un enfoque de costes basado en actividades. Editorial Marcombo. 1° Edición. 1995.
- ✓ Cerritos Antonio, Fernandez Puerto Francisco J., Gatica Lara Florina. Sistema de Información Hospitalaria. Universidad Autónoma de México. Facultad de Medicina, 2003.
- ✓ Comisión de Salud del CPCECABA: Abalo R. E., Alberich J. A., Di Paolo N.A., Ini E. B., Liotti G. B., Tejedor G. M., Rodríguez H. A., Asorey G. E.. El Sistema de Salud en la República Argentina. Edicon Fondo Editorial Consejo. Buenos Aires, Argentina, 2006.
- ✓ Cooper, R.. Elements of Activity-Based Costing, Emerging Practices in Cost Management. Boston, Warran Gorham & Lamont, 1990.
- ✓ Cooper, R. y Kaplan, R.. Profit priorities from Activity Base Costing. Harvard Business Review, Mayo-Junio, 1991.
- ✓ Cuervo Tafur Joaquin y Osorio Agudelo Jair Albeiro. Costeo basado en actividades – ABC. ECOE Ediciones. Buenos Aires, Argentina, 2007.
- ✓ Daccordi Horacio A., Dalmazzo Roberto A.. Manual de Gerenciamiento en Empresas de Salud. 1° Edición. PROA XXI. Buenos Aires, Argentina, 2004.
- ✓ Delfí Cosialls i Pueyo. Gestión Clínica y Gerencial de Hospitales – Servicio de Información. Ediciones Harcourt S.A.. Madrid, España, 2000.
- ✓ Dominguez Luis Martín. Costos Especiales. Librería Editorial Osmar D. Buyatti. Buenos Aires, Argentina, 1998.
- ✓ Furlan, S., Provenzali. P.: Contabilidad de costos e informaciones extracontables. Deusto. Bilbao, España, 1977, págs. 291-292.
- ✓ Gimenez Carlos M. y Colaboradores. Costos para empresarios. Ediciones Macchi. Buenos Aires Argentina, 1995.
- ✓ Gimenez Carlos M. y Colaboradores. Gestión y Costos: Beneficio Creciente Mejora Continua. Ediciones Macchi. Buenos Aires, Argentina; 2001.

- ✓ Gimenez Carlos M.. Costos para no especialistas. 1° edición, La Ley. Buenos Aires, Argentina, 2006.
- ✓ Gimeno Juan A., Repullo José R., Rubio Santiago y Tamayo Pedro. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica, Economía de la Salud: Instrumentos. Ediciones Diaz Santos. Madrid, España, 2006.
- ✓ Gordon D. Pirrong. As easy as ABC: using activity based costing in service industries. Gale, Cengage Learning, 2008.
- ✓ Grupos relacionados de diagnósticos (GRD); www.gestion-sanitaria.com.
- ✓ Horngren Charles T., Datar Srikant M., Foster George. Contabilidad de costos: Un enfoque gerencial. 12° edición, Pearson Prentice Hall. México, 2007.
- ✓ Instituto Nacional de la Salud. Gestión Clínica-Financiera y Coste por Proceso. GECLIF (www.ingesa.msc.es) . Madrid, España, 2001.
- ✓ Instituto Nacional de la Salud (Insalud), Guías integradas asistenciales: Metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España, 2001.
- ✓ Kaplan R.S.. En defensa de la gestión del coste basada en la actividad. Harvard Deusto Bussiness Review, No. 58. Junio, 1993.
- ✓ Kaplan R.S. y Anderson S.R.. Time-Driven Activity-Based Costing. Harvard Deusto Bussiness Review. Noviembre 2003.
- ✓ Kaplan R.S. y Anderson S.R.. Rethinking Activity-Based Costing. Harvard Deusto Bussiness Review. Enero 2005.
- ✓ Kaplan R.S. y Gilbert Sarah Jane. Adding Time to Activity-Based Costing. Harvard Deusto Bussiness Review. Abril 2007.
- ✓ Kaplan, R. S.. Strategic cost analysis. Cost accounting for the '90: the challenge of technological change. Conference proceedings, National Association of Accountants. Montvale New Jersey, 1986.
- ✓ Kaplan, Robert S. y Cooper Robin. Coste y Efecto. Editorial Gestión 2000 S.A.. Barcelona, 1999.
- ✓ Lavolpe Antonio, Capasso Carmelo M., Smollje Alejandro R.. Presupuestos y Gestión". 1° edición, La Ley. Buenos Aires, Argentina, 2006.
- ✓ Mallo Carlos, Kaplan Robert S., Meljem Sylvia y Giménez Carlos. Contabilidad de costos y estratégica de gestión. Prentice Hall Iberia. Madrid, 2000.
- ✓ Ministerios de Sanidad y Política social de España: www.msc.es
- ✓ Nomenclador de prácticas médicas (I.N.O.S.); www.practicamedicas.com.ar

- ✓ Podemolguilny Marcelo G.. El costeo basado en Actividades. Un enfoque desde su aplicabilidad práctica. 1° edición, La Ley. Buenos Aires , Argentina, 2007.
- ✓ Proyecto Arg. / 90 / 015, Programa de Seguimiento y Evaluación de la Política Social de la Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Economía, Programa de Recuperación del Hospital Público (Administración y Gestión hospitalaria). Buenos Aires, Argentina, 1992.
- ✓ Revista médica del Uruguay: Dres. Elbio Paolillo, Uruguay Russi, Cras. Daniela Cabrera, Lucy Martins, Dres. Alberto Scasso, María Constantin, Martín Ferreira, Dr. Francisco Flores, T.R.M. Diego Genta, Dr. Julio Álvarez. Artículo: "Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Experiencia con IR-GRD en el Sanatorio Americano, sistema FEMI".Uruguay, 2008
- ✓ Smolje Alejandro R.. El sistema de costos ABC y el sistema de gestión ABM. 1° edición, Edicon Fondo Editorial Consejo. Buenos Aires, Argentina, 2007.
- ✓ Salvador Oliván José A.. Sistemas de información hospitalarios: el C.M.B.D. Departamento de Ciencias de la documentación e historia de la Ciencia, Universidad de Zaragoza, 1997.
- ✓ Smolje Alejandro R.. El sistema de costos ABC y el sistema de gestión ABM. 1° edición, Edicon Fondo Editorial Consejo. Buenos Aires, Argentina, 2007.
- ✓ Spina Carlos, Gimenez Enrique M., Scaletta Rubén A.. Los Servicios relacionados con la salud- Tratamiento impositivo. 1° edición, Librería Editorial Osmar Buyatti. Buenos Aires, Argentina, 2007.
- ✓ Superintendencia de servicios de salud: www.sssalud.gov.ar