
IMPORTANCIA DEL USO DE SISTEMAS DE COSTOS EN EL SECTOR SALUD

DIEGO PARRA¹

Fecha de recepción: 01 de mayo de 2024

Fecha de aprobación: 03 de septiembre de 2025

Resumen

Este artículo propone destacar la importancia y los beneficios que generan la implementación y uso adecuado de los sistemas de gestión de costos en el sector salud. Durante los últimos años, el sistema argentino de salud atraviesa una importante crisis resultado de múltiples variables: económicas, políticas y sociales, pero también de aspectos relacionados con la administración interna de las organizaciones. En este último caso, la inexistencia de herramientas en la gestión genera limitaciones a la hora de tomar decisiones como: medir la eficiencia en el consumo de recursos, monitorear presupuestos, evaluar ahorros de costos, negociar convenios, controlar costos ocultos, analizar rendimiento de servicios médicos, entre otras. Esta falta de información, indispensable para la toma de decisiones, genera un agravante adicional a la problemática que atraviesa el sector. Como resultado de esta situación y del contexto actual, la mayor parte de las instituciones de salud padecen déficits económicos significativos y se encuentran al borde del colapso. En tal sentido, se ha realizado un trabajo descriptivo-explicativo para fundamentar las causas de la problemática actual y comprender cómo estas impactan en forma negativa en la gestión interna.

Palabras clave: Costos por servicios, problemática de salud, costos ocultos, triángulo de costos.

JEL: I110

1 Licenciado en Administración (Universidad Nacional de Rosario). Gerenciamiento de Salud (Universidad Católica Argentina) y Universidad de Barcelona (España). Pergamino/Bueno Aires/Argentina.

parradh24@gmail.com

IMPORTANCE OF USING COST SYSTEMS IN THE HEALTH SECTOR

Abstract

This article proposes to highlight the importance and benefits generated by the implementation and appropriate use of cost management systems in the health sector. In recent years, the Argentine healthcare system has experienced a significant crisis resulting from multiple factors: economic, political, and social, as well as aspects related to the internal administration of organizations. In the latter case, the lack of management tools creates limitations when making decisions such as measuring resource efficiency, monitoring budgets, evaluating cost savings, negotiating agreements, controlling hidden costs, and analyzing medical service performance, among others. This lack of information ultimately exacerbates the problems facing the sector. As a result of this situation and the current context, most institutions are experiencing economic deficits, putting the sector at risk of collapse. In this regard, a descriptive and explanatory study has been conducted to substantiate the causes of the current problems and understand how they negatively impact internal management.

Keywords: Costs for services, health problems, hidden costs, the cost triangle.

JEL: I110

IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS DE CUSTOS NO SETOR SAÚDE

Resumo

Este artigo tem como objetivo destacar a importância e os benefícios gerados pela implementação e uso adequado de sistemas de gestão de custos no setor da saúde. Nos últimos anos, o sistema de saúde argentino tem passado por uma crise significativa resultante de múltiplas variáveis: econômica, política e social, mas também de aspectos relacionados à administração interna das organizações. Neste último caso, a falta de ferramentas de gestão cria limitações na tomada de decisões como medir a eficiência dos recursos, monitorar orçamentos, avaliar a economia de custos, negociar acordos, controlar custos ocultos, analisar o desempenho dos serviços médicos, entre outros. Essa falta de informação acaba se tornando um fator agravante para os problemas que o setor enfrenta. Como resultado dessa situação e do contexto atual, a maioria das instituições sofre déficits financeiros, colocando o setor em risco de colapso. Nesse sentido, foi realizado um estudo descritivo e explicativo para fundamentar as causas dos problemas atuais e entender como estes impactam negativamente a gestão interna.

Palavras-chave: Custos de serviços, problemas de saúde, custos ocultos, triângulo de custos.

JEL: I110

1. Introducción a la problemática de los sistemas de costos en el sector salud

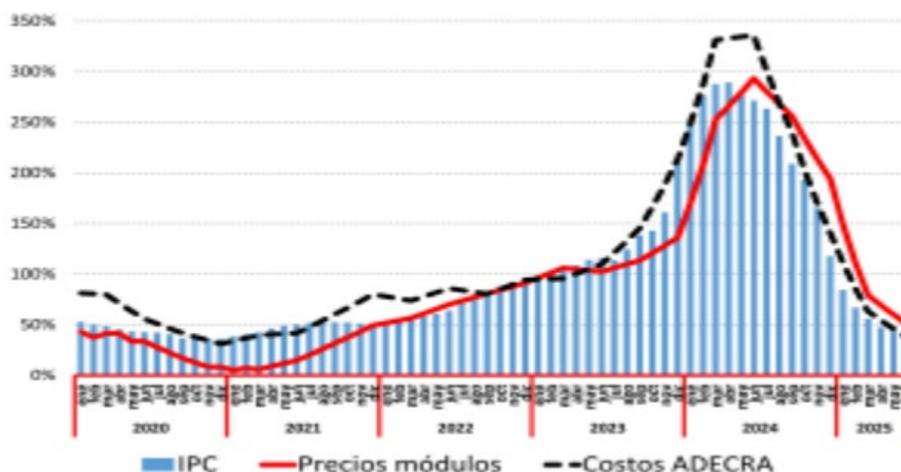
En los últimos años, la problemática del sector privado de salud se ha acentuado en forma exponencial. Como consecuencia de la pandemia, la mala gestión, la falta de poder de negociación, la imposibilidad de ser formadores de precios, la ausencia de políticas de salud a largo plazo, entre otros, han puesto en jaque al sector, afectando tanto a los prestadores públicos como privados.

Bajo el paraguas de una Ley Emergencia Sanitaria que enmarca legalmente la agonía de muchos prestadores, sin resolver de fondo los problemas y dificultades del sector, sino que simplemente resulta un paliativo para quienes están al borde del abismo y han logrado sobrevivir gracias a acciones y esfuerzos individuales (Ministerio de Justicia de la Nación, 2002).

La dependencia del estado para lograr la financiación en forma directa o a través de las obras sociales nacionales y provinciales ha marcado claramente que el sector prestador no es formador de precios, a esta situación se suma la regulación actual de las EMP (Empresas de Medicina Prepaga) limitando los aumentos de aranceles de acuerdo a una escala determinada por el ICS (Índice de Costos de Salud) (Ministerio de Salud, 2022-2023). Finalmente, el sistema de seguridad social ha perdido participación en la financiación del sector debido a múltiples factores, podemos destacar como ejemplo principal el aumento del desempleo o caída del empleo formal.

Como se observa en el gráfico 1, desde el año 2020 el retraso arancelario acumulado con respecto a la inflación y a los costos determina un significativo desfase donde no alcanzan a cubrir el costo de prestación, el cual, es producto de una elevada inflación del sector sin el acompañamiento en la actualización de valores.

Gráfico 1. Inflación, precios de módulos y costos médicos de ADECRA + CEDIM (Tasa de crecimiento interanual)



Fuente: Elaborador por ADECRA en base a INDEC, Comisión de Administración y Departamento de Estudios Económicos de Adecra+Cedim, 2025

El impacto inflacionario continúa siendo relevante, siendo superior al 115% interanual, y el valor de los insumos dolarizados impactan directamente en el costo de prestación, sin poder trasladarlo a los precios.

La actualización del Convenio Colectivo de Trabajo se convierte en la principal variable en la estructura de costos; la mano de obra intensiva del sector impacta directamente en el costo fijo de la prestación del servicio, resultando superior al 70% (Ministerio de Trabajo, 1975). Situación que determina que la eficiencia y la productividad de los prestadores deben ser elevadas a los fines de su cobertura.

Se suma a esta situación el ciclo de cobranzas del sector, donde el costo financiero por las dilaciones en los pagos de los financiadores supera en promedio el 8% mensual. Tener obligaciones de pago a 30 días (sueldos, honorarios, proveedores, servicios, etc.) y cobros a 90 días o a 120 días (obras sociales nacionales y provinciales, seguridad social) sigue siendo un costo que absorben los prestadores en forma directa.

Podríamos entonces, delegar la responsabilidad en el contexto que enmarca al sector. Todas estas variables, afectan en forma directa las instituciones que brindan servicios de salud, no han podido ser abordadas en forma proactiva por quienes tienen el rol representativo de los prestadores de salud. La importancia que reviste el sistema de salud para el cuidado de la población no ha sido atendida tampoco por el poder político. Determinando una gran debilidad en la gestión del sector y una clara erosión de los recursos del sistema.

Los prestadores de salud se han convertido en actores pasivos de una realidad que han aceptado como tal, sin posibilidades y sin injerencia institucional-corporativa para poder modificar o ser parte de las políticas de salud a nivel gubernamental en todos sus estamentos.

En este marco, los sistemas de costos y control de gestión se han vuelto indispensables, a fin de que los aranceles/precios recibidos por las prestaciones puedan cubrir la inversión que demanda el servicio de salud. Esta situación ha derivado en una eficiencia extrema, que no todos los prestadores han sabido o podido llevar adelante, esto explica el cierre masivo de instituciones de salud con deudas previsionales imposibles de pagar, sin ningún tipo de subsidio, y con aranceles que tienen años de retraso con respecto a los aumentos de costos.

Se suma a lo anterior la falta de gestión y profesionalización de los puestos gerenciales y directivos, aún muchos dependiendo de los médicos (propietarios) encargados de gestionar o dirigir organizaciones de salud.

Esta situación exige un monitoreo constante de la actividad, donde el control presupuestario, y los sistemas de costos ha sido clave en la gestión.

2. Desarrollo

2.1. Importancia de la gestión de costos en salud

El uso e implementación de sistemas de costos en el sector deriva en múltiples beneficios para la gestión de cualquier institución de salud: permiten la medición de la capacidad instalada, medir la eficiencia en el uso de los recursos materiales y equipos, control interno de los recursos humanos, materiales y financieros, análisis de la ejecución del presupuesto, gestión de costos por sector, por pacientes, por patologías, analizar el punto de equilibrio para cubrir los costos que generan las prestaciones del servicio, sirve de base para analizar y calcular el porcentaje de rentabilidad para cada uno de los convenios, resulta indispensable en la negociación con los financiadores en función de un costo objetivo, medir la productividad y eficiencia de los servicios intermedios y finales, generar información para la toma de decisiones en todos los sectores de la organización, presupuestar el impacto del ajuste del Convenio Colectivo de Trabajo y la inflación anual.

2.2. El análisis de costos en los prestadores de salud

La importancia de la implementación de los sistemas de costos hace necesario evolucionar a sistemas de información que permitan saber no solamente cuánto se gasta, sino también cómo se invierten los recursos, para determinar la eficiencia de los distintos sectores y procesos hospitalarios. Por tales motivos resulta fundamental que dicha herramienta sea considerada como base y pilar para la gestión y toma de decisiones

A pesar de las bondades y beneficios que aporta su uso la mayor parte de los prestadores de salud (monovalentes, polivalentes, públicos, privados), no generan información necesaria para calcular costos, lo cual deriva en un desconocimiento de las principales unidades estratégicas del negocio, como del costo día cama, paciente egresado, hora quirúrgica, gasto radiológico, costo por estudio (tomografía, ecografía, resonancia magnética nuclear, etc.).

Esta situación se ve más agravada en contextos inestables como los generados por una alta inflación o épocas de pandemia (COVID-19).

La falta de información hace que el cálculo de los costos se realice con un enfoque ad hoc, dependiendo de la información disponible, por lo que la misma no se sustenta en bases objetivas, únicamente se considera información agregada (presupuesto global y actividad hospitalaria) o derivada del ejercicio económico.

Motivo de ello, el cálculo de los costos en aquellas instituciones que no desarrollan sistemas de gestión se convierte solamente en un dato relativo y de escaso valor.

Por otra parte, la implementación del análisis de costos ofrece grandes posibilidades a la gestión hospitalaria, llegando a convertirse en una importante herramienta para la toma de decisiones. Este tipo de análisis permite conocer el costo y la productividad de los servicios en los que está estructurado el prestador, identificar áreas de ineficiencia económica dentro

del hospital o incluso dentro de las propias secciones y, por tanto, valorar la eficiencia de la gestión de los servicios en general.

Adicionalmente, permite efectuar comparaciones entre distintos centros hospitalarios o entre secciones de los mismos. No obstante, para poder efectuar comparaciones entre centros y explicar las diferencias en los resultados se necesitan unos criterios homologados de imputación de los distintos conceptos de costos a los servicios finales. El gran problema a la hora de efectuar este tipo de análisis radica en la inexistencia de tales criterios, una problemática acentuada en la comparación de secciones concretas de diferentes hospitales, como es el caso de las enfermedades recurrentes.

2.3. Uso de sistemas de costos en prestadores de salud

Teniendo en cuenta la realidad del mercado de salud, las técnicas a aplicar deben estar basadas en la Teoría General de Costos (Cartier & Osorio, 1992) y además deben tener especialmente en cuenta la realidad que plantea la organización y su medio, las herramientas que dispone para la solución de sus problemas en materia de información, y los principios generales implícitos.

Teniendo en cuenta que los costos tienen como característica común su relatividad (Giménez et al., 1995) en tal sentido, "habrá tantas figuras del costo cuantas sean los objetivos que se persigan con su determinación" (Giménez, 2002).

Hoy día se encuentran instrumentos para la gestión y manejo de los costos que pueden cumplir con los requisitos de información, y combinan las técnicas más acertadas en la asignación de recursos con el análisis de procesos y actividades. Es por ello que según cada vez toma más fuerza en este sector además del Costo por Área o Servicios, la utilización de metodologías tales como el Costeo Basado en Actividades ABC (*Activity Based Costing*), - costos por Protocolos o por Ordenes, Costos por Procesos, Costos por Pacientes o Patologías y (GRDs) Grupos Relacionados de Diagnostico (Duque Roldan et al., 2009)

En tal sentido, deben analizarse los costos al momento de la búsqueda de la técnica que más se adapte a satisfacer las distintas necesidades de información. Se reconoce que para la construcción de un sistema de costos se requiere considerar en primera instancia la estructura organizacional del centro, los procedimientos médicos empleados y el tipo de información de costos hospitalarios deseados

Por tales motivos, teniendo en cuenta la relatividad de los costos, existen diferentes sistemas para aplicar a los servicios de salud. Dada la situación del contexto actual, nos enfocaremos en el enfoque tradicional como base de implementación, para la concientización de la importancia de su uso y puntapié inicial para el desarrollo de sistemas de costos más avanzados.

El resto de los sistemas requiere exigencias de información más complejas que permitan registrar los costos para cada uno de los pacientes, patológicas, servicios, consumos, etc. Además, requiere la determinación de las cantidades de bienes y servicios consumidos por cada paciente durante el proceso.

En por ello, que la aplicación del sistema de costos por servicios y de los costos unitarios, no reemplazará al resto de los sistemas, sino que a partir de su implementación se construye una nueva dimensión de análisis de la producción.

Otro aspecto sobre el que hay que trabajar fuertemente es la promoción de la cultura de costos al interior de las empresas, para que los diferentes niveles de dirección comprendan la importancia de hacer un monitoreo permanente del comportamiento de los costos de su unidad y con ello mejorar la gestión y los resultados. Nada se lograría con que las entidades encargadas de la vigilancia y control en el sector definan claramente el sistema de costos a aplicar y que los prestadores de salud inviertan una cantidad considerable de recursos en su implementación, si finalmente esta información no es utilizada de forma adecuada.

2.3.1. Implementación de Costos por servicios o áreas

Estos sistemas son denominados o conocidos como métodos tradicionales, donde el foco del análisis se ubica en los servicios, departamentos, centros o sectores. El sistema de costeo tradicional aceptado por la contabilidad financiera tiene validez en el sector salud ya que considera que el recurso de la mano de obra directa y los materiales directos son los factores de producción predominantes (Instituto Internacional de Costos, s.f). Bajo este enfoque de costeo, los costos indirectos de fabricación, se asignan a los sectores o productos usando para ello bases de distribución que reflejen el consumo, como metros cuadrados, horas de mano de obra, o el número de empleados, para distribuir el costo de forma proporcional al uso que cada servicio o departamento hace del recurso. Las organizaciones son divididas en centros de costos de acuerdo con los organigramas y estructuras departamentales. En tal sentido, se obtienen costos totales por áreas o centros de costos en un periodo determinado. A partir de ello se calculan los costos de las unidades producidas o de la actividad cumplida en cada una de esas funciones. El costo unitario de cada producto elaborado (o unidad de actividad realizada) en cada uno de ellos se obtiene con especificaciones técnicas de costos directos asignables a cada unidad, y utilizando bases de prorrateo o distribución (jornales directos, horas-hombre, distribución de personal, etc.) para la asignación de costos indirectos.

A pesar de las bondades y los beneficios de la aplicación de las diferentes herramientas de costos, la realidad actual muestra un escaso uso y aplicación de los distintos sistemas de costos, aún del sistema tradicional de costos por áreas o servicios.

La base de implementación de estos sistemas parte de la clasificación de los elementos del costo según Balanda (2005):

- A. Materiales o insumos directos: aquellos insumos (medicamentos, descartables, insumos, etc.) suministrados al paciente durante el proceso de atención médica.
- B. Mano de obra directa: remuneraciones, cargas sociales, honorarios, etc. del equipo de salud.
- C. Costos Indirectos: corresponden al resto de los gastos en los que incurre

una institución para atender a un paciente sin que se incorporen físicamente en ellos. Los cuales resultan de difícil afectación directa, por lo tanto, se aplica sobre las bases de distribución. Además, se caracterizan por su diversidad y heterogeneidad de sus componentes como: alquileres, combustibles, energía, impuestos, tasas, etc.

Por su parte los distintos servicios o sectores departamentales se clasifican como:

- **Finales:** Últimos sectores o sectores de salida, en los cuales se deben concentrar los gastos para obtener el costo final. Consultorios externos, guardia, internación, etc.
- **Intermedios:** Son directamente relacionados con la actividad médica y con su actuación; permiten el desenvolvimiento de los sectores finales. Radiología, laboratorio, hemoterapia, ecografía, etc.
- **Primarios o Generales:** Son aquellos sectores que brindan apoyo de tipo general a los intermedios y a los finales, de modo de desarrollar eficientemente la totalidad de la atención médica en la institución: administración, sistemas, lavadero, mantenimiento, contaduría, etc.

A partir de dicha clasificación se realiza la distribución escalonada o en cascada las cuales consisten en asignaciones sucesivas según Dueñas Ramia (2002).

Asignación primaria, como se presenta en la Tabla 1, asigna los gastos directos a cada uno de los sectores. De esta manera, la totalidad de los gastos del período se pueden identificar directamente con un centro de costos, e inclusive pueden los mismos pertenecer a dos o más centros y asignarse a los mismos proporcionalmente. La información utilizada surge de datos de la contabilidad y de la implementación de formularios internos de consumo por sectores: ej. papelería, raciones de alimentación, lavadero, etc. Los RRHH se asignan por sector teniendo en cuenta la nómina de personal, cargas sociales y aguinaldos prorrateados, anual o semestralmente. Finalmente se aplican las bases de distribución para asignar los componentes del costo indirectos a cada área o sector. Es importante recordar que aquellas cuentas que no pueden asignarse en forma directa a un sector pueden distribuirse a través de dichas bases.

Los centros de costos se caracterizan por ser la unidad mínima de gestión y se caracterizan por tener una actividad homogénea, un único responsable, una ubicación física, objetivos propios, una responsabilidad definida y un código identificativo. Estos además pueden clasificarse según la contabilidad de costos en sectores finales, intermedios y generales para realizar la asignación y acumulación de costos, a fin de obtener el costo unitario de los productos obtenidos, ya sean estos bienes o servicios (Santamaría Benhumea, A.M.et al., 2015).

Tabla 1. Ejemplo de asignación primaria

CENTROS DE COSTOS	GASTOS DIRECTOS	RRHH SUELDOS	Residuos Patologicos	Seguros	Luz	Teléfono	Amortizaciones	TOTAL INDIRECTOS	COSTO TOTAL	
			ASINACION DE GASTOS INDIRECTOS							
			\$ 46.305,44	\$ 156.714	\$ 88.623	\$ 16.119	\$ 34.600			\$ 593.419
Servicios Primarios	GERENCIA	\$ 85.536	\$ 145.642		\$ 80	\$ 454	\$ 180	\$ 177	\$ 1.612	\$ 235.703
	PERSONAL	\$ 23.856	\$ 126.347		\$ 177	\$ 1.001	\$ 180	\$ 391	\$ 2.797	\$ 155.527
	SISTEMAS E INFORMÁTICA	\$ 27.957	\$ 86.775		\$ 52	\$ 294	\$ 90	\$ 115	\$ 9.612	\$ 126.080
	MANTENIMIENTO	\$ 83.238	\$ 172.327		\$ 56	\$ 319	\$ 90	\$ 125	\$ 124.470	\$ 383.483
	AUDITORÍA MÉDICA INTERNA	\$ 13.057			\$ 21	\$ 116	\$ 90	\$ 45	\$ 341	\$ 13.398
	FACTURACIÓN / DÉBITOS	\$ 54.098	\$ 179.387		\$ 33	\$ 185	\$ 90	\$ 72	\$ 941	\$ 238.013
	ADMINISTRACION	\$ 13.498	\$ 328.666		\$ 641	\$ 3.622	\$ 450	\$ 1.414	\$ 8.741	\$ 357.478
	RELACIONES PUBLICAS	\$ 16.209	\$ 51.577		\$ 138	\$ 779	\$ 90	\$ 304	\$ 10.776	\$ 79.594
	NUTRICIONISTA Y COCINA	\$ 100.467	\$ 96.113		\$ 835	\$ 4.719	\$ 270	\$ 1.843	\$ 19.841	\$ 218.344
	LAVADERO Y ROPERIA	\$ 32.969	\$ 187.094		\$ 456	\$ 2.577	\$ 90	\$ 1.006	\$ 9.411	\$ 233.215
Servicios Intermedios	CONTADURIA	\$ 97.876	\$ 76.840		\$ 114	\$ 643	\$ 90	\$ 251	\$ 1.975	\$ 178.228
	ECODOPLER	\$ 151	\$ 1.031		\$ 54	\$ 306	\$ 90	\$ 119	\$ 753	\$ 1.955
	ECOGRAFÍA GENERAL	\$ 123	\$ 2.421		\$ 44	\$ 250	\$ 180	\$ 98	\$ 722	\$ 3.315
	ENDOSCOPIA	\$ 1.486	\$ 22.449	\$ 271	\$ 62	\$ 352	\$ 90	\$ 138	\$ 1.124	\$ 25.507
	HEMODINAMIA	\$ 580	\$ 5.051	\$ 682	\$ 208	\$ 1.178	\$ 90	\$ 460	\$ 3.321	\$ 9.053
	IMÁGENES TAC	\$ 258	\$ 4.146	\$ 150	\$ 93	\$ 524	\$ 180	\$ 205	\$ 1.314	\$ 5.801
	KINESIOLOGÍA Y REHABILITACIÓN	\$ 242	\$ 1.895	\$ 75	\$ 87	\$ 492	\$ 90	\$ 192	\$ 1.154	\$ 3.329
	CIRUGIA	\$ 117.617	\$ 458.337	\$ 7.527	\$ 582	\$ 3.290	\$ 360	\$ 1.285	\$ 66.587	\$ 651.708
	IÁGENES RADIOLOGÍA	\$ 42.850	\$ 231.048	\$ 114	\$ 493	\$ 2.790	\$ 180	\$ 1.089	\$ 6.221	\$ 284.740
	LABORATORIO	\$ 460.139	\$ 156.296	\$ 1.439	\$ 331	\$ 1.873	\$ 180	\$ 731	\$ 5.673	\$ 623.233
Servicios Finales	CENTRO DE DIA	\$ 397	\$ 43.252	\$ 620	\$ 143	\$ 807	\$ 90	\$ 315	\$ 2.456	\$ 46.971
	INTERNACION	\$ 46.324	\$ 695.346	\$ 14.705	\$ 3.385	\$ 19.144	\$ 5.583	\$ 7.474	\$ 74.679	\$ 830.256
	SERVICIO DE GUARDIA	\$ 90.251	\$ 388.897	\$ 1.054	\$ 244	\$ 1.379	\$ 90	\$ 538	\$ 4.130	\$ 491.055
	SERVICIO MEDICINA LABORAL Y A.R.T.	\$ 3.456	\$ 58.234		\$ 12	\$ 67	\$ 90	\$ 26	\$ 234	\$ 3.690
	CONSULTORIOS EXTERNOS	\$ 9.678	\$ 68.572	\$ 10.092	\$ 3.474	\$ 19.648	\$ 5.223	\$ 7.671	\$ 62.848	\$ 142.469
TOTAL	\$ 1.508.665	\$ 4.507.661	\$ 46.305	\$ 15.671	\$ 88.623	\$ 16.119	\$ 34.600	\$ 593.419	\$ 6.699.898	

Fuente: Elaborador por el autor

En la asignación o distribución secundaria se asignan los centros primarios o de apoyo a los sectores intermedios y productivos (sectores finales) en función del servicio que brindan a cada uno de los mismos. De acuerdo con las bases de distribución para sectores primarios se pueden utilizar unidades referidas en el Cuadro 1 y a las bases de distribución de los sectores intermedios como en el Cuadro 2 y se realiza la asignación correspondiente.

Cuadro 1. Ejemplo de bases de distribución de sectores primarios

BASES DE DISTRIBUCION SECTORES PRIMARIOS	
SERVICIOS GENERALES	UNIDAD DE PRODUCCIÓN / BASE PRORRATEO
ADMINISTRACIÓN	% Facturación a cada Sector
	Tiempo a cada Sector
	Gastos Directos
COMERCIALIZACIÓN	% Facturación por Sector
SISTEMAS	Nº PC por Sector
	Tiempo a cada Sector
FACTURACIÓN	% Facturación por Sector
PERSONAL	Empleados en cada Sector

BASES DE DISTRIBUCION SECTORES PRIMARIOS	
SERVICIOS GENERALES	UNIDAD DE PRODUCCIÓN / BASE PRORRATEO
MANTENIMIENTO	Por Orden de Trabajo
	Tiempo a cada Sector según Orden de Trabajo
LIMPIEZA	M2
LAVADERO	Kg ropa lavada
COCINA	Nº raciones por sector solicitante
VESTUARIOS	Empleados en cada Sector
DEPÓSITO GENERAL	Cantidad de pedidos
VIGILANCIA	M2
	Asignación directa
DIRECCIÓN MÉDICA	Médicos por Sector
	Tiempo a cada Sector
COMEDOR DEL PERSONAL	Empleados en cada Sector

Fuente: Elaborador por el autor

Cuadro 2. Ejemplo de bases de distribución de sectores intermedios

BASES DE DISTRIBUCION SECTORES INTERMEDIOS	
SECTORES INTERMEDIOS	UNIDAD DE PRODUCCIÓN / BASE PRORRATEO
QUIRÓFANOS	Horas utilizadas
LABORATORIO	Determinación
RADIOLOGÍA	Placa
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Examen
ANESTESIOLOGÍA	Anestesia
FISIATRÍA	Sesión
ESTERILIZACIÓN	Paquete-tambor-caja
HEMODIÁLISIS	Sesión
HEMODINAMIA	Procedimiento
HEMOTERAPIA	Litros de sanfre / bolsa transfundida
UTI	Día cama
	Horas cama utilizadas
FARMACIA (insumos+estructura)	\$ consumidos por Sector
	Cantidades consumidas por Sector
FARMACIA = costo de estructura	Cantidad de pedidos

Fuente: Elaborador por el autor

Una vez definidas las bases de asignación para cada uno de dichos sectores, se procede a calcular los coeficientes y a prorratear cada uno de los mismos en los sectores intermedios y finales, tal como se ejemplifica en la Tabla 2.

Tabla 2. Ejemplo de distribución secundaria sectores de Farmacia y Radiología

DISTRIBUCION SECUNDARIA CENTROS DE COSTOS	FARMACIA				RADIOLOGIA			
	COSTO SECTOR	CONSUMO \$\$ medicamentos	COEF. %	ASIGNAC. 832.036,34	COSTO SECTOR	PLACAS CANTIDAD	COEF. %	ASIGNAC. 401.837,29
CENTRO DE COSTOS INTERMEDIOS								
FARMACIA	\$ 832.036							
ESTERILIZACIÓN	\$ 68.166	\$ 9.349	2%	\$ 14.107				
HEMOTERAPIA - HEMATOLOGIA	\$ 206.023	\$ 2.822	1%	\$ 4.258				
RADIOLOGIA	\$ 401.315	\$ 756	0%	\$ 1.137	\$ 401.837			
QUIROFANOS	\$ 810.535	\$ 150.303	27%	\$ 226.814	\$ 958.316	50	5%	\$ 20.092
LABORATORIO	\$ 756.411	\$ 1.535	0%	\$ 2.316	\$ 762.423			
CENTROS DE COSTOS FINALES PROPIOS								
CENTRO DE DIA	\$ 130.321	\$ 12.226	2%	\$ 18.450	\$ 145.033	100		
INTERNACION	\$ 1.489.397	\$ 182.900	38%	\$ 317.588	\$ 1.747.596	250	10%	\$ 40.184
SERVICIO DE GUARDIA	\$ 612.598	\$ 30.000	5%	\$ 45.271	\$ 634.983	50	25%	\$ 100.459
SERVICIO MEDICINA LABORAL Y A.R.T.	\$ 66.505	\$ 117.744	16%	\$ 136.097	\$ 148.089	500	5%	\$ 20.092
CONSULTORIOS EXTERNOS	\$ 346.529				\$ 356.631		50%	\$ 200.919
TOTAL	\$ 6.699.898		100%	\$ 832.036	\$ 6.699.898		100%	\$ 401.837

Fuente: Elaborador por el autor

El orden de distribución está determinado de mayor a menor de acuerdo a los servicios que brinda al resto de los sectores.

Finalmente, en la Distribución Terciaria se distribuyen los sectores intermedios entre los finales.

La implementación del sistema de costos por áreas o servicio permite calcular el costo unitario y total en cada uno de áreas definidas como centros de costos para el prestador. A modo de ejemplo para el servicio de Radiología (Tabla 3).

Tabla 3. Ejemplo de cálculo de costo total y unitario para el servicio de Radiología

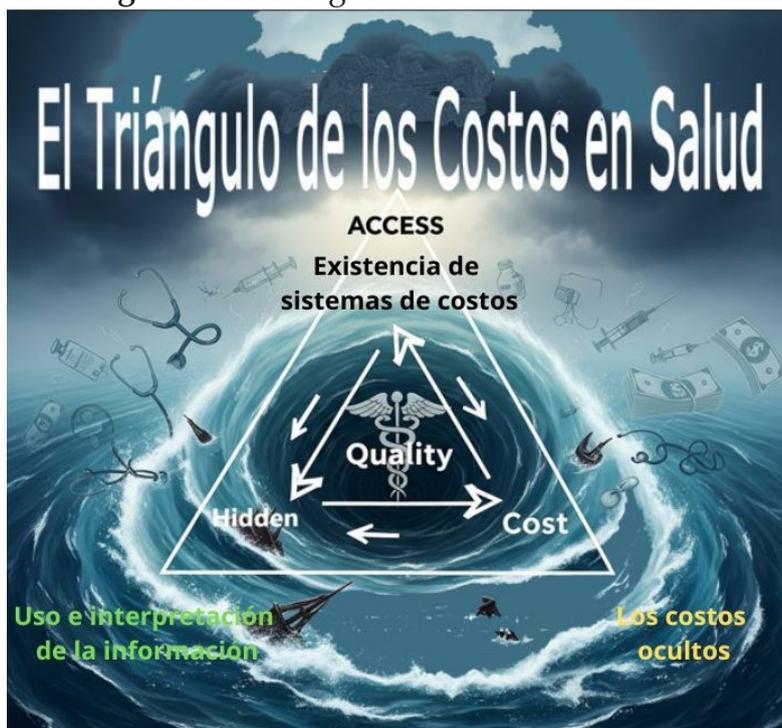
- Gastos Directos		\$42.850,04	Calculo costo Servicio de Radiología Responsable: Dr. Jorge Gonzalez
* 4.1.1.1.007 CONSERVACION BIENES DE USO	36.353,00		
* 4.2.1.1.004 ROPERIA	290		
* 4.3.1.1.001 PAPELERIA Y GTS. DE ESCRITORIOS	4.825,13		
* 4.3.1.1.018 MANTENIMIENTO SISTEMA COMPUTACION	2500		
- Gastos Indirectos		\$4.637,73	
* ARBA y Contri.	1.463,12		
* Energia Electrica	2.790,29		
* Telefonía	180,09		
- Gastos Recibidos		\$117.712,07	
* MANTENIMIENTO	6.794,86		
* DIRECCION GERENCIA ORG.	3.846,75		
* RECURSOS HUMANOS	10.642,82		
* CONTADURIA	20.757,87		
* SISTEMAS	2.570,63		
* ALIMENTACION	26.110,88		
* LAVADERO Y ROPERIA	3.633,20		
* RELACIONES PUBLICAS Y MKT	5.786,36		
* CONFITERIA	5.581,84		
* FARMACIA	1.136,56		
- Gastos de Personal		\$235.669,39	
* SUELDOS	231.048,42		
* DESPIDOS	4.620,97		
TOTAL GASTOS ----->		\$400.869,23	
COSTO ESTUDIO RADIOLOGICO		\$ 114,50	

Fuente: Elaborador por el autor

3. El triángulo de los costos del sector salud

El triángulo de costos (Figura 1) se refiere a las dificultades más significativas que presentan los prestadores de salud en materia de uso de los sistemas de costos; no solo se plantea la existencia de los mismos, sino el adecuado uso de la información que los mismos generan. Sumado a ello, la existencia de los costos ocultos o de no calidad que se presentan incrementando las ineficiencias de los servicios y muchas veces poniendo en riesgo la vida del paciente.

Figura 1. El triángulo de los costos de salud



Fuente: Elaborador por el autor

3.1. Existencia de los sistemas de costos como herramienta de gestión

Una de las herramientas clave en la gestión para atravesar la crisis que afecta este sector (contexto inflacionario, insumos dolarizados, precios regulados, etc.) viene de la mano de un apropiado sistema de información financiera y de costos. Para ello, resulta fundamental la creación de una cultura de gerenciamiento en estas instituciones. Las entidades de salud no solo se logran mejorar con dinero: se necesita liderazgo gerencial, implementar tecnologías y cambiar la cultura organizacional.

La realidad actual marca claramente que tradicionalmente los prestadores de salud han sido gerenciados y dirigidos por médicos, quienes, si bien se han especializado en conocimientos derivados de las ciencias de la salud, solo unos pocos han entendido o han reconocido la importancia de gestionar profesionalmente estas instituciones.

Esto ha generado que a través del tiempo los sistemas de costos no han sido desarrollados formalmente en la gestión de los prestadores de salud, ni públicos ni privados.

Es por esto, que la inexistencia de estas herramientas genera grandes limitaciones para la toma de decisiones sobre el control presupuestario, la negociación y definición de aranceles, establecer márgenes de rentabilidad, definir módulos prestacionales, o básicamente conocer cuál es el costo de una cama de internación.

3.2. Uso de la información de los sistemas de costo

La implementación de dichos sistemas requiere de líderes que sepan interpretar la información y tomar decisiones adecuadas, que no piensen en la minimización del consumo de recursos como única salida, pues es importante tener en cuenta que en la atención en salud lo primordial es salvar vidas, independientemente de lo que cueste; el objetivo es lograr a través de la información de costos y las decisiones gerenciales que se toman en la entidad, ser más eficientes en la utilización de los recursos y en los planes de racionalización –sin desmejorar la calidad- que se ejecutan, ya que lo ideal no es disminuir costos sino prestar un servicio con la mayor calidad al menor costo posible.

En suma, se requieren líderes y profesionales que sepan interpretar la información financiera y de costos y que a partir de ella diseñen la plataforma para implantar un modelo de gestión estratégica, que según Arcila¹ (2003) involucra entre otras herramientas:

- Análisis de capacidad ociosa: Para mejorar los niveles de productividad haciendo un mejor uso de la infraestructura disponible y, en general, de los costos fijos que tiene la entidad. Como contrapartida, también resulta clave el nivel promedio de ocupación o utilización de los servicios. Esto demandará de una estrategia prestacional para trabajar sobre el análisis marginal una vez que los costos fijos están cubiertos.
- Cálculo de puntos de equilibrio: Con el fin de establecer los niveles mínimos de actividad que se requieren para recuperar los costos y con ello establecer las actividades que se deben estimular y aquellas que se deben eliminar o replantear.
- Fijación de tarifas / precios: independientemente que hoy la mayor parte de los aranceles que perciben los prestadores se encuentran regulados por el Estado, o por el índice de costos de salud publicados por el Ministerio de Salud de la Nación, contar con información que aporte un sistema confiable a la hora de enfrentar procesos de negociación con las entidades contratantes resulta indispensable para no acordar condiciones deficitarias.
- Análisis de valor agregado y eficiencia de las actividades: lo que le permitirá a la empresa determinar en cuáles de ellas se deben tomar decisiones como la subcontratación o contratación con terceros, la reestructuración, la centralización de actividades repetitivas o la eliminación. Como así también nos permitirá analizar aquellos servicios por ser los mismos tercerizados, aporten un canon o alquiler que permita absorber los costos directos e indirectos que demanda su funcionamiento.
- La comparación (Benchmarking): este procedimiento permite mediante la comparación con entidades de salud de similares características o que cuentan con las mejores prácticas en determinados aspectos, con el objetivo de que el prestador u organización de salud mejore sus procesos tanto asistenciales como administrativos. Este procedimiento es muy

¹ Arcila, L.G. (2003). *Costos hospitalarios y grupos relacionados de diagnóstico*. Medellín: Editorial Hospital San Vicente de Paul.

utilizado en otros países y en el caso británico, por ejemplo, todos los hospitales están incluidos en un proceso de Benchmarking obligatorio impulsado por el Gobierno y que culmina con la publicación anual de un ranking de los hospitales en función de sus costos.

- Presupuestación: si se cuenta con adecuada información de costos, se puede mejorar significativamente este proceso, aplicando técnicas como el presupuesto basado en actividades o el presupuesto basado en la demanda esperada. Su importancia redundará en la comparación entre el estimado y la realidad a fin de analizar los desvíos, y poder determinar acciones para su corrección.

El triángulo. Además de los requisitos mencionados precedentemente, la realidad indica que aún en aquellas organizaciones que poseen sistemas de costos en los convenios por prestación, ceden en aceptar aranceles o precios que no alcanzan para cubrir el costo fijo de la disponibilidad de camas (Figura 2). Lograr un rendimiento positivo demandará la incorporación de otros insumos directos o servicios durante la atención (medicamentos y descartables, estudios de imágenes y tratamientos, etc.).

Figura 2. Ejemplos de rendimiento de las principales unidades de negocios



Fuente: Elaborador por el autor

La situación se vuelve aún más compleja en los convenios de pago modulado o capitados donde los ingresos son fijos e independientes de la cantidad de prestaciones que se brinden al paciente.

Por tales motivos resulta imperioso ratificar la importancia de los costos y el liderazgo en la gestión de los mismos, como clave en el gerenciamiento de las instituciones de salud en un sistema donde los precios y aranceles no pueden ser formados por quienes realmente se encargan de brindar el servicio.

3.3. Los costos ocultos

Un tercer costo que, lejos de ser considerado, se convierte en un marcador de ineficiencia operativa al momento de brindar el servicio.

Y, si bien forman parte del servicio, no son trasladables a precios y por supuesto que en la mayoría de los casos no son cuantificadas. Los programas de acreditación en calidad son optativos, solamente acceden a ellos, las grandes organizaciones prestadoras de salud o algunos efectores con referentes y líderes que conocen acerca de la importancia del tema.

De acuerdo con Feigenbaum (1991) "La experiencia ha demostrado que los programas de control de la calidad con frecuencia se pagan a sí mismos casi desde sus inicios y el rendimiento total es muchas veces mayor que los costos iniciales".

La mayoría son costos evitables y, en general, perceptibles. No le agregan valor al producto o servicio, pero sí costo. Algunos son intangibles y más difíciles de medir.

A veces son costos externos a la organización o que no se detectan de forma inmediata, como los relativos a la insatisfacción del usuario y la pérdida de la imagen de la institución.

Según Feigenbaum (1999) el costo total de la calidad es el resultado de dos tipos de costos, como se aprecia en la Figura 3, los mismos se clasifican en:

- Costos de calidad: Considerados estos costos como la inversión en promoción y prevención, las sumas invertidas en calidad deberían verse reflejadas en el mejoramiento de la satisfacción de los clientes, en la reducción de las quejas y los costos de operación injustificados o de no calidad.
- Costos de no calidad: El valor en pesos gastado en solucionar las fallas en los procedimientos, por errores humanos, técnicos, ignorancia y negligencia, que obligan a la utilización de recursos no justificados, si las cosas se hubieran hecho bien desde la primera vez.

Figura 3. Costo total de calidad



Fuente: Adaptado de The new quality for the twenty-first century

(Feigenbaum, 1999, The TQM).

El control y mejoramiento de cada proceso, debería reducir los costos de no calidad, aquellos denominados fallas internas (están asociados con defectos, errores o no conformidad del producto o servicio), detectados antes de transferirlo al cliente y que por tanto éste no percibe y no se siente perjudicado (desperdicios, repetición de estudios, altas tardías; exceso de stocks por falta de planificación, etc.). Las fallas externas (se asocian con aquellos que perciben los clientes, con lo que ello afecta la confianza y satisfacción de los mismos, convirtiéndose normalmente en quejas y reclamaciones, acciones judiciales, y pago de penalizaciones).

Pero en realidad no son costos ocultos, sino que no se llevan registros de las pérdidas producidas por la mala calidad (en general se ocultan sus ineficiencias). Antes las empresas disimulaban su ineficiencia elevando precios y/o tarifas; esta práctica ya es desestimada porque ahora quien regula los aranceles es el mercado, a través del gobierno nacional y provincial o a través de las empresas de medicina prepaga.

Existen muchos ejemplos de costos ocultos en el sector, entre ellos encontramos: día pre quirúrgico injustificado, demora diagnóstica, estudios repetidos por pérdida o mala calidad, altas demoradas, subutilización tecnológica y de estructura física, inadecuada programación en consultorios y quirófanos, historias clínicas y estudios mal archivados o perdidos, reinternaciones, rechazo de internaciones, pedido de estudios innecesarios, elevada tasa de infecciones, ausencias, reemplazos y llegadas tarde de los profesionales, burocracia administrativa, incumplimiento horarios, turnos e internaciones programadas, inadecuado sistema de señalización e información, dificultades en el sistema de accesibilidad telefónica, mala calidad en registros médicos, errores médicos, de enfermería y mala praxis, elevado nivel de reclamos judiciales, trato deshumanizado en profesionales y personal, falta de atención y gestión de quejas y reclamos, inadecuada programación interservicios, inadecuado mantenimiento edilicio y tecnológico, descuido en aspectos ambientales y estéticos (vestimenta, mobiliario e instalaciones), entre otros

Si bien los sistemas existentes de calidad, permiten combinar la racionalización de recursos con una adecuada prestación del servicio, y mediante el cual se controlen los índices de demanda insatisfecha, los tiempos de espera, los reclamos de usuarios por mala atención, los mismos no han sido incorporados a las culturas de las organizaciones de salud actuales.

De acuerdo a los datos publicados por las dos entidades acreditadoras de instituciones de salud del país CENAS (Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud) e ITAES (Instituto para la Acreditación de Establecimientos de Salud) en la actualidad solamente 100 instituciones de salud, entre ellos prestadores, han obtenido algún tipo de certificación y solamente 3 prestadores han accedido a acreditaciones internacionales.

4. Conclusiones

A pesar de la existencia de diferentes sistemas de costos y herramientas de control de gestión, los prestadores de salud en Argentina presentan un significativo desconocimiento y escasa utilización de dichos elementos para la toma de decisiones.

Las distintas variables que afectan la falta de uso de estos sistemas por los motivos antes mencionados generan que los prestadores negocien aranceles, definan precios y acepten convenios por debajo de los costos de prestaciones. Independientemente de dónde provengan los fondos, todos los sistemas de salud públicos y privados necesitan recursos para ser financiados.

A la situación actual del sector conformada por la ausencia de políticas de salud, la inestabilidad económica, la inflación, el elevado endeudamiento y el retraso arancelario se suma la falta de herramientas y líderes en la materia. Consecuencia de ello, innumerable cantidad de prestadores han tenido que cerrar sus puertas. La gestión ineficiente de recursos tanto a nivel público como privado ha derivado inevitablemente en la pérdida de camas de internación y el menor acceso a la atención de la población.

El sector, a través de sus representantes y de sus prestadores, no ha sabido posicionarse en el lugar estratégico que la salud merece, como derecho de la población, no solo por la accesibilidad sino por la calidad de los servicios que se brindan.

Esta situación se ve agravada por aquello que tampoco se mide, los costos de no calidad, incrementando las ineficiencias en el uso de recursos y elevados riesgos en la atención de los pacientes. Por tales motivos, el uso de los sistemas de gestión y control resulta de vital importancia, volviéndose indispensable la implementación de los programas de calidad para trabajar en los costos ocultos del proceso de atención.

Con todo ello, podemos concluir que más allá del contexto actual del sector los prestadores que hayan caído dentro de este triángulo, caracterizado por la ausencia, utilización inadecuada de los sistemas de costos y por la falta de control de las ineficiencias, no han podido subsistir sin atravesar grandes crisis económicas financieras, llegando en la mayoría de los casos a la desaparición y al cierre de sus puertas.

Tras más de dos décadas en la búsqueda de una solución definitiva a la problemática del sector, la responsabilidad ahora debería ser de los profesionales encargados de la administración de estas instituciones. Ellos, en áreas como la salud y las ciencias económicas, deberían asumir el deber de concientizar sobre la importancia e implementar el uso de los sistemas de gestión de costos como una herramienta crucial para la viabilidad a largo plazo de las organizaciones de salud.

Referências bibliográficas

- Arcila, L.G. (2003). *Costos hospitalarios y grupos relacionados de diagnóstico*. Medellín: Editorial Hospital San Vicente de Paul.
- Balanda, A. T. (2005). *Contabilidad de costos. - 1a ed.* Posadas: EDUNAM. Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones.
- Cartier, E. N., & Osorio. M. (1992). "Teoría General del Costo. Un marco necesario". Evento Científico Contabilidad, Finanzas y Auditoría en el Proceso de Integración Iberoamericana, Ciudad de La Habana, Cuba. Disponible en: <http://apps.econ.unicen.edu.ar/sitios/costos/wp-content/uploads/2016/03/TGCMarco-Necesario.pdf>
- Dueñas Ramia, G. (2002). *La Dirección de Hospitales por Productos: Nuevas Metodologías de Cálculo y Análisis de Costos*. En el XXV Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos (IAPUCO), Ciudad de Buenos Aires
- Duque Roldán, M., Gómez Montoya, L., Osorio Agudelo, J. (2009). XI Congreso Internacional de Costos y Gestión. XXXII Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos. *Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud y su utilidad para la toma de decisiones*. Trelew
- Feigenbaum, A.V. (1991). *Total quality control*. 3ra ed. McGraw-Hill. New York
- Feigenbaum, A. V. (1999). *La nueva calidad para el siglo XXI*. *The TQM Magazine*, vol. 11 núm. 6, págs. 376-383
- García Cornejo, B. (2006). Benchmarking en Hospitales Públicos a partir de la Información Suministrada por la Contabilidad de Costes. *Revista de Contabilidad: Spanish Accounting Review*. Vol. 9, 55 - 80
- Giménez, C. M. y colaboradores. (1995). *Costos para empresarios*. Buenos Aires. Ediciones Macchi. pag. 12
- Instituto Internacional de Costos. (s.f). *Sistema de Costeo ABC versus Costeo Tradicional como herramientas estratégicas para la determinación del correcto margen de los productos de empresas multiproductoras y en el apoyo al control de gestión de actividades*. IIC. <https://intercostos.org/documentos/congreso-08/300.pdf>
- Ministerio de Justicia de la Nación (2002). *Emergencia Sanitaria Nacional*. Decreto 486/2002.
- Ministerio de Salud (2022 - 2023). *Índice de costos de salud*. <https://www.argentina.gob.ar/indice-de-costos-de-salud-historico-anos-2022-2023>.
- Ministerio de Trabajo. *Convención Colectiva de Trabajo 122/75. Sanidad. Clínicas, sanatorios y hospitales privados*. 1975
- Santamaría Benhumea, A.M., Herrera Villalobos, J.E. Sil Jaimes, P.A., Santamaría Benhumea, N.H., Flores Manzur, M.Á., del Arco Ortiz, A.

(2015). *Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria, Unidad de Investigación, Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, Toluca, Estado de México, México, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México, D.F., México*