

XXVII CONGRESO DEL INSTITUTO INTERNACIONAL DE COSTOS

SEVILLA 2021

13, 14 y 15 DE OCTUBRE DE 2021

Apuntes para medir los efectos de la pandemia desde la óptica de una empresa de salud: la información de costos y las capacidades instaladas

Autor: Martín Emilio Velarde Rossa

Contador Público

UDELAR – Universidad de la República - Uruguay

crmvelarde@gmail.com

Categoría Temática: Dimensionamiento de la actividad, capacidad ociosa. Flexibilización de costes fijos

Apuntes para medir los efectos de la pandemia desde la óptica de una empresa de salud: la información de costos y las capacidades instaladas

Categoría Temática: Dimensionamiento de la actividad, capacidad ociosa. Flexibilización de costes fijos

Resumen

En las instituciones de salud la pandemia ha generado un impacto en todos los servicios y la mayoría de los recursos / factores de costos se vieron alterados en su comportamiento real por la misma.

El objetivo del trabajo es analizar si los sistemas de información de costos estaban preparados para responder a la pregunta: ¿cuál fue el efecto económico del covid en la empresa? O si fue necesario readaptar aquellos para responder y como impactó tal situación en aquellos factores de costos de comportamiento fijo o costos de estructura, sabiendo la relación íntima de estos últimos con los modelos de costos.

La metodología utilizada para realización de este trabajo fue contrastar la situación de las empresas de este tipo (variación en el uso de la capacidad y costos extras) con la teoría general del costo para llegar a esbozar una respuesta a la pregunta planteada.

Las principales conclusiones son que en general los sistemas de información de costos no estaban suficientemente preparados para mostrar directamente el impacto económico del covid 19 y respecto al uso de la capacidad fue necesario analizar bajo el modelo de costeo completo resultante, el impacto de la ociosidad en unos servicios y sobreutilización en otros.

1. Introducción

Son muchas las facetas por las cuales puede analizarse el impacto del covid en cualquier empresa pero en las de salud el estudio del caso es distinto porque la pandemia no solo afectó el empleo y las ventas como a muchas empresas, sino que en estas instituciones afectó además, en parte, el proceso productivo, pero no solo por los costos incrementales de respetar los protocolos, sino porque fue una enfermedad que agregó nuevas formas de prestar el servicio médico – algunas que llegaron para quedarse y otras solo por la duración de la pandemia -, que exigió inversiones de diverso tipo, que modificó las capacidades de estructura de las empresas, todo lo cual tuvo su correspondiente impacto económico. Analizar el mismo no es fácil para nada porque esos impactos pueden ser medidos directamente por costos observables, pero sobre todo costos que se dispararon que no son observables a primera vista sino que surgen de un análisis posterior de producción y costos.

En este trabajo vamos a tratar parcialmente el análisis de ese impacto a través de dos ópticas. Una que tiene que ver con la capacidad de los sistemas de información de mostrar esos costos directamente observables y otra que tiene que ver con el impacto en los costos unitarios de los servicios por los cambios de capacidad.

2. Algunos efectos de la pandemia en la operativa asistencial

Este tema no es sencillo ya que, a diferencia de cualquier otra patología, el covid de alguna manera atravesó a todo el resto de las enfermedades, unas veces afectando directamente a las otras patologías y otras veces, como dijimos, por la forma de prestar el servicio, es decir, por los cuidados que era necesario observar para evitar el contagio. Entonces es difícil, en estas organizaciones, hacer un índice de todos los motivos de los impactos de esta enfermedad. Sin embargo, ensayaremos un intento de hacerlo en aquellos motivos que tienen relación con los dos aspectos que abordaremos (sistemas de información y costos unitarios de servicios).

Con esta salvedad, podemos decir que algunos de los muchos impactos del covid en las empresas de salud fueron los siguientes:

- Incremento en el consumo de EPP (equipos de protección personal). Si bien esto les sucedió a todas las empresas, en las de salud tuvo un gran impacto. Como veremos, este efecto se puede medir fácilmente.
- Incremento de Inversiones. Para tratar los efectos del covid en determinados pacientes y/o hacer frente al incremento de algunos servicios, fue necesario realizar inversiones importantes en bienes de capital.
- Utilización de las horas de RR.HH. Cuando en muchas de las empresas hubo una disminución de las dotaciones de RR.HH., en la salud se puede decir que, en general, no hubo cambios en el total de las organizaciones, lo que hizo que en el sector casi no hubieran seguros de paro. Este es un tema muy extenso por el tratamiento que se le dio en Uruguay, pero podemos decir que hubieron áreas en que hubo ociosidad y en otras en que la capacidad se vio en niveles superiores a la capacidad práctica máxima. Los sectores con ociosidades fueron en unos casos redistribuidos a otros en los cuales se necesitaron tareas que antes no existían o la demanda aumentó (por ejemplo gestión de la realización de test, desde la agenda hasta la comunicación personal del resultado). En los sectores que sobrepasaron su CPM y que eran áreas muy especiales que necesitaban RR.HH. altamente capacitados, se pudo registrar en los momentos más duros de la pandemia, un incremento de horas extras.
- Otros efectos en la producción y costos. En la utilización de los servicios también tuvo impacto la pandemia, unos que, como dijimos, se vieron saturados y otros que disminuyeron, lo cual tuvo sus efectos en los costos variables y los costos relacionados a las capacidades de producción. En nuestro país esto tuvo un comportamiento diferente en 2020 al que tuvo en el

primer semestre del 2021, ya que el pico de la pandemia vino en este último. Servicios que en 2020 vieron reducida su producción en 2021 hubieron días en que la vieron llegar a su CPM y hasta quizás sobrepasar.

Reitero, hablar de los efectos de la pandemia en las instituciones de salud es un tema que tiene muchos aspectos a considerar. En el punteo recién mencionado solo se han puesto los efectos que se tratarán en este trabajo pero vale mencionar nuevamente que el tema no se trata integralmente sino parcialmente en los dos aspectos que se han mencionado (sistema de información y costos unitarios e servicios) y por eso se mencionan solo algunos efectos.

3. Tema 1: Sobre la capacidad de los sistemas de información contable y de costos para reflejar la realidad económica en pandemia

En este tema nos preguntamos si, **a nivel interno de la empresa – no a nivel país ni de políticas de salud** - los sistemas de información contable estaban preparados para brindar información del impacto en los costos que trajo aparejado la pandemia. Sin embargo, antes de opinar sobre este tema, es importante analizar el estado de los sistemas de información en las empresas de salud en nuestro país

3.1 El estado de los sistemas de información en la salud

Hoy en día la tecnología ha revolucionado totalmente el manejo de los datos. Big data, blockchain, data science, data mining, etc., son términos que nos hemos acostumbrado a escuchar y representan herramientas que hoy en día - y en el futuro próximo - ayudarán a brindar la información - de una manera que hoy casi no conocemos -, para poder gestionar las organizaciones en forma eficaz y eficiente. El cambio que han introducido éstas en la manera de analizar la información ha sido realmente fantástico.

Alguien me hizo un comentario que define el cambio de la perspectiva que han introducido estas herramientas; me expresó algo así como que con los sistemas tradicionales de análisis de información (cuadros de indicadores, BI, etc.), el gestor buscaba en los aspectos que conocía (por ejemplo, mirábamos una serie de indicadores que habíamos confeccionado, muchos de los cuales basados en promedios, cuando se veían desvíos se buscaba el motivo, etc.) pero con las nuevas tecnologías el análisis cambió radicalmente, pues ahora esas herramientas analizan los datos desde tantas perspectivas y a nivel tan micro que nos devuelven información que antes era imposible recoger y mucho menos conocer. En otras palabras, cambió nuestro espectro de análisis, pasando de ser nosotros los que definíamos que analizar a ser estas herramientas las que con sus resultados nos dicen donde “buscar” y proyectar.

Es así que estas herramientas nos han mostrado un mundo desconocido, al cual se accede muy rápidamente, ¡en cuestiones de segundos! Nos han permitido advertir la posible aparición de cisnes negros¹, los cuales lamentablemente con las herramientas tradicionales detectábamos una vez que las situaciones habían pasado; ahora, las herramientas hacen los cruzamientos sobre datos seguros, que nos muestran alertas sobre posibles problemas. Un cambio radical.

Entonces, en este nuevo mundo es natural pensar que las instituciones de salud si querían saber los costos que este “cisne negro” de la pandemia generó, los íbamos a conocer inmediatamente. Seguramente si preguntamos a los gestores que usan estas herramientas y a los informáticos, ingenieros, contadores, etc. que han desarrollado y se han especializado en estos análisis, en una breve charla dirían absolutamente todos los cruzamientos de información y accesos a datos para poder conocer muy rápidamente el efecto en los costos,

¹ Nassim Nicholas Taleb. El Cisne negro: el impacto de lo altamente improbable

pero vale preguntarse si las instituciones de salud tienen la información y el acceso a esa tecnología como para hacerlo.

En la salud en nuestro país en los últimos años el avance tecnológico fue muy importante. Para aquellos que hace más de 20 años que trabajamos en el rubro, hemos visto que aquel avance en los últimos ha sido destacable y la vedette ha sido la historia clínica electrónica, la cual se ha extendido en todo el país. El proceso no está finalizado aún pero por lo menos la HCE desde el punto de vista médico está implantada.

Sin embargo, debemos preguntarnos cual es el estado de los sistemas de información en general y sobretodo en lo que queremos tratar que es el área financiera y de costos. Acá tenemos que distinguir lo que es un sistema de información, lo que es el sistema informático y las herramientas y no confundirlos, pues a pesar de que todo está relacionado la evolución de cada uno puede a llegar a ser distinta.

La propia OMS tiene diferentes líneas de acción y dos de ellas son: sistemas e información para la salud y salud o salud digital. Las definiciones de ambas dejan claro la relación y también la diferencia entre ambas.

En la primer línea de acción – sistemas de información en la salud – define: “... *Sistemas de información para la Salud es un mecanismo para gestionar sistemas interoperables con datos abiertos que provienen de diferentes fuentes, y que se utiliza de forma ética, a través de herramientas TIC eficaces, para generar información estratégica en beneficio de la salud pública...*”²

En la segunda: “...*La eSalud es el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la salud. El programa eHealth promueve el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el desarrollo de la salud...*”

Si bien está hablando a nivel macro, se ve claramente la estrecha relación entre las herramientas (TIC) y el sistema de información. Como expresa, la misión del sistema de información es proporcionar datos para ser analizados por las herramientas informáticas (TICS). En la página web de OPS para el grupo de la primer línea de acción mencionada (sistemas de información) expresa: “...*Los datos no producen información, hay que “traducirlos” en productos de información y conocimiento para mejorar la toma de decisiones...*”³

Para finalizar este acápite e ir al objetivo del tema, corresponde expresar la opinión personal sobre el estado del sistema de información y las herramientas informáticas en estas empresas en la actualidad ¿están organizados de manera de brindarnos la información que necesitamos para saber los costos en las empresas generados por la pandemia? Reitero, visto desde la óptica individual de cada institución y no desde la óptica país y menos relacionados con las políticas de salud.

Personalmente creo que no. Como dije, sí ha habido un avance espectacular y muy grandes en los últimos años desde el punto de vista de información y de tecnologías de la información y herramientas que ya hemos mencionado, pero pienso que el estado de situación actual podría pintarse con estos puntos:

- Respeto a los sistemas de información: aún hay datos que no están sistematizados. El proceso de brindar servicios de salud es extremadamente complejo, multifacético y a veces muy complicado recoger e ingresar algunos datos al sistema. Sin embargo, a pesar de no tener un estudio científico que lo avale, si comparamos la evolución en los últimos 10 o 20

² https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14564:information-systems-and-platforms-for-health-is&Itemid=72436&lang=es

³ <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/webinars-relacsis/1077-sistemas-de-informacion-para-la-salud-information-systems-for-health-is4h>

años, pienso que el % de datos no registrados es cada vez menor, porque antes se utilizaban muchos registros extrasistemas (incluso en papel) y hoy la informática ha posibilitado el registro digital. Por tanto, el problema no radica quizás tanto en este punto sino más bien en el siguiente.

- El uso de las TIC (comprendiendo en estas a todas las herramientas que se han mencionado más arriba). Este tema se está comenzando a explotar en estas instituciones (siempre hablando a nivel intrainstitucional y no a nivel de país - salud pública). Se ha avanzado en la interconexión de los datos de los diferentes subsistemas internos sí; sobre todo se avanzó mucho con la HCE, se están comenzando a incorporar en los sistemas de información internos datos sobre las redes sociales, etc.. Sin embargo, y siempre pensando en el objetivo del tema que estoy tratando, opino que queda aún mucho por hacer pero lo importante es que se está caminando. Seguramente dentro de muy pocos años ya sea una realidad que se esté actuando en base a los resultados obtenidos por el uso de las herramientas informáticas mencionadas al inicio de este acápite, lo que mejorará sin dudas la gestión, pero hoy en día, los gestores debemos seguir trabajando mucho en la confección puntual de informes para obtener información.

3.2 La información sobre el impacto de costos de la pandemia

Con lo dicho en el acápite anterior, preguntémosnos si ha sido fácil para los especialistas en costos y gestión responder a la pregunta del Director General: contador ¿Cuáles fueron los costos de la pandemia para nosotros? A la luz de todo lo dicho buscar la respuesta no fue tan simple como sentarse con el responsable de TI y hablar con él los cruzamientos de variables para que nos proporcione “el reporte” de los costos covid. En una parte sí pero no integralmente.

No había ningún reporte que nos tratara integralmente el tema. Lo que los especialistas fuimos viendo regularmente con atención desde el día 13 de marzo de 2020 (día en que se decretó la pandemia en nuestro país) fueron los impactos primero en las finanzas y después en la situación económica. Proyecciones y presupuestos financieros y económicos y nuestro respaldo seguro, una vez más, el único que mirábamos con confianza porque sabíamos que a pesar de todas sus limitaciones para el análisis a la interna de la empresa tiene la robustez de integralidad que necesitamos: el Estado de Resultados.

El estado de resultados junto con los presupuestos (nunca tan variantes por períodos tan pequeños) y sus supuestos tan difíciles de estimar en esta situación donde nadie sabía nada del futuro próximo – no ya en un año sino en los próximos días- fueron las primeras herramientas con las que comenzamos a gestionar esta pandemia, que obviamente podemos llamar crisis.

Ahora bien, estos informes, tanto el retrospectivo como el prospectivo no nos respondían ciertamente a la pregunta del Director; él no quería solo saber las variaciones en los resultados – las que obviamente le importa y mucho -, él quería saber cuanto fue motivado por la pandemia y estos reportes no lo daban directamente ya que, en nuestro país se muestran por naturaleza del gasto, por lo que lo que pudimos obtener fueron las variaciones por los diferentes factores de costos, RRHH, bienes consumibles en el primer uso (medicamentos, materiales, etc.), servicios médicos y no médicos adquiridos a terceros, desgaste de bienes de capital; ¿le podíamos atribuir el motivo de las variaciones a la pandemia? Podíamos suponer que sí pero verdaderamente no lo podíamos comprobar.

Observábamos las variaciones y en el total eran coherentes con el impacto en la práctica que había tenido la pandemia; por ejemplo, si se reducía el costo total de análisis clínicos era razonable porque al ser un costo variable era producto – pensábamos- de la reducción de las consultas presenciales. Sin embargo, cuando analizábamos el comportamiento en los

diferentes servicios era diferente y eso también era razonable porque sabemos que en estas instituciones los costos dependen del tratamiento de la enfermedad del paciente – muy especialmente los variables -. Entonces no podíamos atribuirlo en su totalidad al efecto pandemia.

También recurrimos a la información de costos que teníamos posibilidad de reportear: Costos por servicios, con la metodología de costos por absorción en el modelo resultante pero ahí tampoco pudimos responder, como lo hacemos los contadores, es decir, exactamente, sin improvisaciones, porque nos sucedió lo mismo que con el estado de resultados pero a nivel de sector; obvio que se vieron las variaciones subdivididas por sector y ahí se notaba más el impacto en los diferentes servicios; sin embargo, esta información no fue muy utilizada por dos motivos; el primero que muchas instituciones no tienen en forma oportuna pues la confeccionan una vez al año y en forma extracontable y segundo porque sabemos que en el sector salud esta información hay que tomarla con cuidado ya que más del 70 % son costos fijos y dentro de estos un % importante son indirectos.

También se analizaron los costos de los servicios a nivel de unidad (costo de la consulta, del día cama de internación, etc.), tema que por su importancia es necesario tratarlo en capítulo a parte.

En este contexto, mucho menos podíamos costear por paciente la variación de costos que tuvo el tratamiento de su patología luego de la llegada del covid.

Todo esto nos dio la pauta que los sistemas de información, sobre todo el subsistema contable y de costos no estaban preparados para brindar la información requerida, por lo menos sistemáticamente, sino que es necesario hacer dos cosas; una introducir alguna modificación en los sistemas para que recojan – aunque parcialmente – costos provocados por el covid (aunque veremos que eso será muy parcial) y otra fue crear un nuevo reporte de gestión sobre el tema, el cual primero nos dará una aproximación cercana a los costos y luego con el pasar del tiempo y el uso de las herramientas de tecnología de la información irán completándose automáticamente.

Entonces comenzamos a pensar en realizar informes puntuales sobre el tema pero que recogieran lo más certero posible el costo total del impacto de la pandemia, creando un sencillo informe, extracontable, pero reporte de gestión al fin.

3.3 Un informe de gestión muy básico para mostrar los costos que aparejó la pandemia

A través de Auxiliares contables

Antes de ir al informe propuesto, es menester comentar que cambios se le propusieron al sistema contable y de costos para recoger al menos los costos que se pueden asignar directamente a la pandemia. Por todo lo que hemos mencionado hasta ahora, lamentablemente serán pocos porque la mayoría van a quedar incluidos en el resto de los factores de costos sin posibilidad de ser discriminados.

En cuanto al subsistema de la contabilidad financiera, dentro de cada factor (recordemos que en nuestro país la exigencia es el detalle de costos por naturaleza, que coincide bastante con la clasificación de factores de costos (Mano de obra, bienes consumibles en el primer uso, servicios de terceros, bienes de capital) agregar un rubro dedicado al efecto covid, que obviamente se le puede denominar como se desee, “efecto pandemia” “covid” “costos puntuales pandemia”, en fin, cualquier que nos permita que si un costo se pueda individualizar se lo registre en el sistema. Pueden estar directamente en el plan de cuenta de la empresa o sino puede llevarse como auxiliar.

Registro en auxiliares. Si el sistema tiene la posibilidad de que se trabaje que diversos auxiliares, se puede crear por lo menos dos, uno que se registre los costos que directamente se le pueden asignar a la pandemia y otro para los costos indirectos, es decir, costos que surgirán de alguna distribución, por ejemplo, cuando se registre el consumo por equipos de protección personal, se pueda dividir los que son por protocolo de la pandemia y cuales son propios de los servicios de salud, los primeros se asignarían al auxiliar de costos indirectos de la pandemia (esto puede llevar al lector del trabajo a pensar que no es costo-beneficioso realizar el cálculo, sin embargo es fácil ya que sabemos certeramente cuanto se consumía promedio mensual antes de la pandemia y cuanto se consumió después de ella).

Si se puede trabajar con auxiliares y a efectos de asegurarnos que se integre toda la información, se debe exigir al sistema que cada asiento que se pase y mueva las cuentas de resultados, sobre todo pérdidas (aunque puede existir alguna de ingresos también) o activos no corrientes (por las inversiones, así luego se pueden diferenciar a efectos del calculo del costo del desgaste), obligatoriamente se solicite marcar el auxiliar que corresponda (covid directos, covid indirectos, no covid). De esta manera vamos a poder solicitar al sistema que nos brinde un informe resumido o detallado de los costos de covid.

Esta manera de recoger y mostrar la información tiene mucha relación, obviamente, con la que se muestra a continuación en el sentido de que va a ser igual como obtenemos los datos para armar el informe a cómo hacemos los cálculos para registrar en los auxiliares de la contabilidad. En suma, si se usan las dos alternativas, ambas opciones son dos caras de la misma moneda.

A través de un informe extracontable

Una vez que los gestores quisieron conocer los costos de la pandemia y vieron que no podían obtenerlos directamente del sistema contable y no tenían todas las herramientas informáticas en pleno funcionamiento (como dijimos antes, a veces ni hasta los datos informatizados) para pedir los cruzamientos de variables necesarios, y era sumamente importante conocer esta información, no tuvieron otra opción que confeccionar un reporte de gestión sobre tal tema: Reporte costos covid.

Fue un reporte totalmente extra contable, extra subsistema de costos. Sin embargo, la forma de pensarlo fue a través de los factores de costos; fueron analizando cada uno de los factores y viendo de que subsistemas obtener la información y como efectuar las asignaciones de costos entre pandemia y no pandemia.

En definitiva, en la siguiente página se muestra un ejemplo de un posible informe.

Valen algunas aclaraciones importantes:

Sobre la clasificación de directo o indirecto. Esta debe interpretarse como si estuviéramos tratando al covid como si fuera un centro de costos, de manera que los que marcamos como directos son aquellos costos que indudablemente y sin discusión alguna se incurrieron por la pandemia; sin embargo, los indirectos representan costos que sabemos que tuvieron un impacto por la pandemia pero no presentan una asociación ineludible con la misma sino que tenemos que tomar un criterio para su asignación. Todo esto no es nada menor porque, como anticipamos, hay costos que variaron por la situación, pero no se sabe a ciencia cierta cuanto corresponde a la pandemia y cuanto no.

El costeo completo – Costos por ociosidad. Este concepto aparece obviamente dentro de los costos de comportamiento fijo, como lo son gran parte de las remuneraciones, así como los bienes de capital. En algunos servicios se dio que la producción decayó por la pandemia (lo que motiva el tema 2) y por su natural comportamiento los costos fijos no bajaron, por lo tanto, en un análisis bajo la concepción del costeo completo puede haberse agregado los costos por las ociosidades mencionadas.

Los costos operativos y los bienes de capital. En este informe se decidió separar unos de otros porque la idea es hacer la distinción con los bienes de capital pues estos son inversiones y no costos, y se transformarán en tales a medida que su uso los vaya desgastando; sin embargo creo importante que en el informe se muestre, aunque por separado, el monto de inversiones realizados aunque van a utilizarse en un plazo en el que quizás la pandemia ya no esté y servirán para fines asistenciales, por tanto incluimos aquellos que se adquirieron para esta etapa.

Factor RR.HH. En este factor, excepto lo mencionado en ociosidades, aparecerán básicamente costos que podemos llegar a calificar como variables si asemejamos al covid como un centro de acumulación de costos, pero la inmensa mayoría de las remuneraciones no van a tener impacto en este informe porque son de comportamiento fijo. En la práctica quizás hubieron muchos movimientos de RR.HH. entre varias áreas de la empresa pero no tuvieron modificaciones en los costos y por eso no forman parte de este informe, con la salvedad de lo mencionado por el tema de ociosidades.

Ilustración 1. Ejemplo de Reporte

<u>RR.HH.</u>	<u>Directos</u>	<u>Indirectos</u>		
Horas Seguimiento pacientes - nuevas o incremento	x			
Horas vacunaciones - aumento por área covid	x			
Horas supernumerarias trabajo administrativo covid	x			
Horas supernumerarias trabajo asistencial covid	x			
Variación cantidad de actos asistenciales con remun. Variable			x	
Costos de ociosidades (costeo completo)			x	
Otros caos particulares				
Sub-total Costos RR.HH.				
Bienes consumibles en el Primer uso				
EPP y otros materiales	x		x	
Materiales de limpieza	x		x	
Medicamentos especiales	x			
Otros casos particulares				
Sub-total Costos Bienes consumibles 1er uso				
Servicios de Terceros - Mantenimiento y Funcionamiento				
Servicios médicos adquiridos fuera de la empresa (análisis, intern, et.)			x	
Trabajos de mantenimiento exclusivos por Covid	x			
Sub-total Costos Servicios Terceros				
Sub-total Costos Operativos			y	y
Bienes de Capital - Inversiones				
Reformas que amplían la vida útil	x			
Creación de nuevas áreas - vacunatorios, áreas especiales nuevas	x			
Equipamiento no medico	x			
Equipamiento médico	x			
Costos de ociosidades (costeo completo)				
Sub-total Costos Bienes de Capital			y	y

Fuente: Elaboración propia

3.4 Conclusión primaria sobre el tema

Como se puede inferir, y todo esto es una visión personal sobre el tema, los sistemas de información contable y de costos no estaban preparados para brindar información sobre los costos de la pandemia en este tipo de instituciones. Alguien puede pensar que eso era obvio, que el sistema de contabilidad financiera y hasta el de costos están diseñados con determinados objetivos – en el caso de la contabilidad financiera, para informar a terceros en estados contables predefinidos y en el caso de costos, en la salud, básicamente para obtener

costos por servicios – y cualquier situación particular se ve reflejada en el total de los rubros y capítulos de los estados contables o en la variación de los costos de los servicios.

Desde esa óptica esa respuesta quizás sea de recibo pero pienso que eso no lo es para quien está dedicado a la gestión empresarial. Sabemos muy bien que una cosa es construir un número a través de criterios y técnicas y otra cosa es gestionar con esos números, en este sentido, los costos ocasionados por la pandemia era una información muy útil para ir tomando decisiones empresariales y los sistemas de información existentes no eran capaces de mostrarlo – aunque sea lo más aproximado posible -, como seguramente no lo están para cualquier situación de la que llaman “cisne negro”.

Por otra parte, si bien las tics y las variadas herramientas informáticas en actualidad están incursionando en el sector y verdaderamente muestran un avance importante en la gestión proporcionando seguridad e información para la gestión, aún no han sido explotadas en todo su valor

Es así que a efectos de la gestión de las empresas hubo que crear un nuevo informe que combinara las variables que desde la práctica se podía apreciar que estaban vinculadas a los efectos de la pandemia. El mismo obviamente tiene elementos a mejorar pero es un comienzo, no solo para ver los costos de esta pandemia sino para situaciones similares que pudieran darse en el futuro, aunque en el mismo seguramente las nuevas herramientas informáticas ya estarán seguramente en uso y nos ayudarán mucho en la generación de más y nueva información para la gestión.

4. Tema 2: Los impactos de la pandemia sobre las capacidades instaladas

Como mencionamos en el tema anterior, las medidas de restricción de circulación de personas que se llevaron a cabo por la pandemia así como los impactos de la enfermedad en la operativa de estas empresas, hizo que el nivel de producción de sus servicios, por ende, el uso de su capacidad instalada, en momentos registraran ociosidades y en otros estuvieran en niveles superiores al uso de la capacidad normal y cercanos a la máxima; incluso al mismo tiempo.

¿Por qué es importante pensar en este tema en las instituciones de salud? Porque los costos asociados a las instalaciones y por ende sus capacidades de producción son muy altos; los mismos están en el orden de entre 70% y 75%.

Cabe preguntarnos el impacto de estos sobre los costos unitarios de los servicios prestados por estas instituciones. Para ello primero veamos los puntos de vistas del tratamiento de este tema desde los modelos de costeo.

4.1 Los costos por el uso de la capacidad instalada en los modelos de costeo

Los modelos de costos se pueden ver por lo menos desde dos ópticas: en función de las características cuantitativas de sus factores, es decir, si se calculan con costos resultantes o eficientes/estándar y en función de las características cualitativas, es decir, según el comportamiento del factor antes cambios en los niveles de producción. Veamos ambas ópticas.

Resultante – Presupuestado/estándar/eficiente

En este caso el tema está referido a costos resultantes porque son básicamente los que se utilizan en la salud, a pesar de que todas las empresas hacen anualmente sus presupuestos, al calcular costos de las prestaciones de sus servicios lo hacen a nivel resultante.

Además en este caso, todos quienes tuvimos oportunidad de presupuestar en el año 2019 para el 2020 vimos que tuvimos que hacer muchas reformulaciones porque los supuestos sobre la actividad de la empresa obviamente hubo que ir cambiándolos, tanto por modificaciones en los componentes físicos de los servicios como también en el componente monetario pues muchos bienes mostraron variaciones de precios, a veces astronómicas y en otras ocasiones se vieron comportamientos casi constantes; por tanto, por el escaso uso en general así como la inmensa variación que registraron los costos eficientes/presupuestados, nos vamos a referir al modelo resultante.

Completo - Variable

Aquí es donde este tema cobrará o no importancia por el tratamiento de los costos de capacidad. Seremos breves pues se trata de un tópico ampliamente tratado por quienes estudiamos y trabajamos en costos.

Sabemos de sobra que la diferencia entre ambos criterios radica en la necesidad cualitativa del factor que cada uno considera; mientras que el costeo completo sostiene que el costo de un objetivo incluye aquellos que varían con el nivel de producción más una cuotaparte de los fijos, el costeo variable entiende que el costo de un objetivo está compuesto solo por aquellos que varían con el nivel de producción, manifestando que los costos fijos no son costos del objeto sino de la estructura de la empresa.

Sin expresar mucho más por ser un tema ampliamente analizado en la academia, podemos afirmar que el análisis de los costos de capacidad instalada – como genera básicamente costos fijos- se harán bajo el modelo resultante, que es quien lleva al costo unitario del servicio los costos fijos.

El costeo variable le da importancia a los costos fijos y analiza también sus variaciones pero nunca a través del costo unitario, ya lo expresa Amaro Yardín⁴: “...*La única manera válida de controlar los costos fijos es comparar, en su **magnitud total**, los costos presupuestados con los costos reales. Detectados los desvíos, no hay que preocuparse en vincularlos con el nivel de actividad (como erróneamente se hace “absorbiéndolos con la actividad), sino buscar las razones por las cuales su devengamiento se ha apartado del presupuesto... Lo que debe intentarse es encontrar la verdadera causa que ha dado origen a los desvíos...”*

Vale decir que esto se expresa en un contexto donde la capacidad instalada de la empresa se mantiene y lo que varía mensualmente es el uso de la misma, que es la situación que estamos estudiando. No estamos hablando en este trabajo sobre análisis de disminuir o aumentar la capacidad instalada y los costos relacionados.

Por su parte, en el costeo completo, como hemos dicho, sí considera que el costo de un objetivo se determina por los variables más una proporción de los costos fijos que esta unidad de producción “absorbe”. Hay quienes consideran que este modelo de costeo solo puede utilizarse para la contabilidad para terceros pero no para la gestión, pero en la práctica de las empresas de salud en nuestro país está muy incorporado y es el que más se utiliza.

Quien escribe en realidad se suscribe al modelo variable en todos sus términos, pero lo que sucede en la práctica en salud en nuestro país es que conviven los dos modelos pero por un tema de los sistemas de información el modelo variable es poco aplicado en salud, solo en situaciones puntuales en determinados análisis. El regulador solicita información anual de costos bajo el modelo completo y con el sistema de acumulación de costos: costos por absorción; las instituciones siempre que calculan sus costos lo hacen en forma completa; por tanto, el análisis que sigue es aplicado y obviamente tiene cabida en un modelo completo

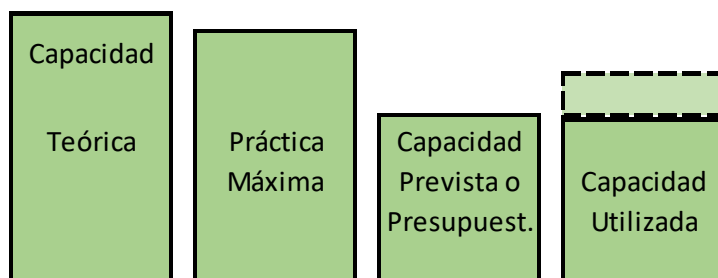
⁴ El análisis Marginal. La mejor herramienta para tomar decisiones sobre costos y precios.

4.2 Modelo completo – La capacidad de producción y los costos fijos unitarios

Tampoco vamos aquí a hablar teóricamente del tema ya que está ampliamente difundido en la academia, sino que solo nos referiremos al caso planteado en las empresas de salud de nuestro país.

Sobre la capacidad sabemos que tenemos por lo menos 4 niveles: capacidad teórica, capacidad práctica máxima, capacidad presupuestada y capacidad real.

Ilustración 2. Gráfico Capacidades



Fuente: elaboración propia

A su vez, como lo expresa Osorio⁵ una cosa es la estructura que la empresa tenga y otra es el uso que se piense hacer de ella. “...Si bien ninguno de los factores fijos, ..., tienen en su cuantía relación con la producción resultante del uso real que se haga de ellos, sí la tienen en cuanto algunos de ellos existirán con independencia no solo de aquel uso real, sino también de las decisiones de uso de los mismos (nivel de actividad previsto), en tanto que otros sólo existirán en función, precisamente, de una decisión de usar en determinada proporción a los primeros; es decir, que serán distintos según los distintos niveles de actividad previsto, aún cuando también mantendrán su independencia del uso real, o sea, del volumen de producción alcanzado... Por ello los primeros son denominados ...factores fijos estructurales y los segundos ... factores fijos operativos...”

Entonces hay costos fijos relacionados directamente con la estructura y otros costos relacionados con el uso de esta estructura. En Uruguay, a nivel de contabilidad de gestión, no existe – como en otros países quizás sí – ninguna norma de ningún nivel (ni legal, ni particular, ni de organismos de la profesión) que exprese como tratar el tema de los costos de estructura cuando se realizan cálculos a nivel de unidad de producción.

Si bien creemos que el tratamiento que debería darse a estos costos cuando los vamos a llevar a la unidad sería a través de una cuota de costos basada en el presupuesto y en el nivel de actividad previsto (medido éste en la unidad de servicio que el profesional entienda técnicamente la más representativa de la realidad) y calculando en forma posterior las variaciones con los costos reales (ya sea que se reconozca a ociosidad en el costo o en forma independiente) analizando las causas de las mismas, en nuestro país, lo que mayoritariamente se hace simplemente es el cálculo:

Costos fijos reales / producción real

Además se hace para todos los factores fijos acumulados, sin diferenciar costos relacionados a la estructura y costos por el uso de esa estructura, es decir, separar en factores fijos

⁵ Oscar Osorio. La capacidad de producción y los costos

estructurales y los fijos operativos, pues como sabemos hay diferencia según lo expresado más arriba.

Alguien podría pensar que quizás al final no esté tan mal porque el costo final real con ociosidades incluidas sería ese, sin embargo, hay dos cosas por lo que el analista en gestión no puede aceptarlo:

- primero porque sabemos que no solo importa el número final sino lo que importa es la gestión basada en los cálculos y por ende el análisis de variaciones y su desglose,
- Segundo, y sobre todo más importante, porque en esta situación de pandemia hubo un cambio en el uso de la estructura de algunos servicios, en unos servicios aumentándolo y en muchos bajándolos, cuando los costos fijos obviamente, en su gran mayoría, no variaron.

En nuestro país incluso durante el año 2020 se vio que las empresas de salud ampliaron algunos de sus servicios aumentando sus estructuras preparándose para la llegada de una pandemia, que en realidad como en 2020 no nos demandó el uso esperado, esa estructura estuvo pero casi no se usó. En 2021 sí golpeó de otra manera y ese incremento de estructura del 2020 ayudó en gran parte a responder a esos efectos, pero cabe preguntarse ¿esto afectó el costo unitario de los servicios? ¿cuál fue el efecto?

Obviamente no cuento con la información real por no estar publicada pero si con algunas experiencias y el resultado fue que todo esto afectó el costo unitario de los servicios. Recordemos que estamos bajo el modelo de costos completos y resultantes, por tanto esa diferencia en el costo unitario del servicio estuvo motivada mayoritariamente sin ningún lugar a dudas por el uso en más o en menos que provocó la pandemia, pues dentro de ese costo unitario están incluidas tanto la sobreutilización de unos servicios como la subutilización de otros.

4.3 Una propuesta conocida para separar el efecto de la pandemia de los costos fijos unitarios en las empresas de salud

Quienes tuvieron a la vista los costos unitarios del 2020 y lo compararon con 2019 pudieron apreciar en la mayoría de los servicios un incremento y más específicamente en aquellos servicios que vieron reducida su producción, y esto es básicamente por lo que mencionamos arriba sobre la metodología de calcular costos unitarios en los factores de comportamiento fijo donde la capacidad que se usa es la real.

La propuesta que a continuación se muestra es conocida ya desde el punto de vista académico, sin embargo, es muy poco usada en las instituciones de salud. Consiste en analizar en el costo unitario el impacto por la variación en el uso de la capacidad máxima, la prevista y la real.

Se podría – y debería – agregar también el impacto de la eficiencia en el uso de la capacidad pero en este trabajo no lo incorporo porque en la salud el concepto de eficiencia necesita un desglose más detallado en la definición de unidad de producción/ servicios; es decir, para comparar el uso de la estructura previsto y el real, con o sin ociosidad, pienso que una medida muy aproximada a la realidad de la unidad de producción es la unidad que representa al servicio (por ejemplo, en el servicio de consulta la unidad sería la consulta, en internación el día/cama ocupado, en la sala de partos la cantidad de partos, etc.) – a pesar de que en salud el tema de la unidad de medida no es un tema sencillo para nada- pero sin embargo, para analizar la eficiencia ya no nos sirve esa unidad porque el uso de la capacidad de los servicios está determinado básicamente por la patología que presenta el paciente y si ya es complicado buscar una unidad de medida para el servicio en general imaginemos lo que sería buscarlo a nivel de patologías. Se pueden hacer aproximaciones, pero el tema necesita ser tratado en

particular y excede el alcance de este trabajo, además de que necesita bastante más detalle en el sistema de información.

Veamos entonces como se aplica lo conocido académicamente para desglosar del costo unitario de los servicios de salud el impacto del no uso de las capacidades instaladas (ya sean traducidos en costos fijos estructurales u operativos).

En el año 2018 hay un trabajo presentado para el IX Congreso de costos del mercosur, VIII de Aurco y IV congreso latinoamericano de costos, sobre el cual me baso para la siguiente propuesta.⁶

El análisis obviamente debe hacerse para cada servicio que tiene la institución médica, incluso los servicios que no son los principales sino los que conocemos como secundarios y terciarios (intermedios y de apoyo en la jerga de nuestro país) porque sus resultados por el uso de la capacidad deben pasarse también a los servicios principales, sin embargo, en el trabajo vamos a referirnos a los servicios finales en un concepto restringido totalmente a producción.

El análisis se puede abordar por lo menos desde dos perspectivas: 1) Por cada Servicio Principal o 2) por cada factor de costos de comportamiento fijo en cada servicio principal. Lo ideal para la gestión sería el segundo pero no escapa al conocimiento que también es necesario desplegar bastante más información para su calculo, información que a veces no está disponible.

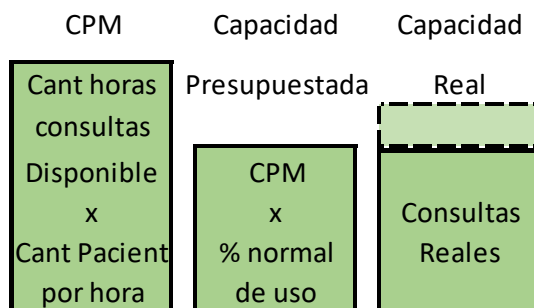
Analizando por Servicio Principal

En la salud los servicios principales normalmente son de dos tipos: ambulatorios o de internación. Dentro de los ambulatorios incluimos los servicios de consulta y otros en los cuales el paciente va a la institución y en el mismo día se va, en contraposición a los de internación que permanecen más de un día. Veamos el caso a través de un ejemplo en cada una de estas áreas.

Para el caso ambulatorio – ejemplo Consulta médica

Como decía, las instituciones para al calculo de costos unitarios utilizan la capacidad real. El primer paso para ir calculando las variaciones en el costo unitario sería definir las distintas capacidades, cosa que en este servicio no presenta demasiada dificultad. Deberíamos definir de la siguiente manera las capacidades:

Ilustración 3. Forma de cálculo de las capacidades del Servicio del ejemplo



Fuente: Elaboración propia

En la CPM es de destacar que depende de la especialidad, algunas pueden atender 5 pacientes por hora, otras 4 y también depende si es primera consulta. Aquí hay que tomar los

⁶ 2018. El uso de la capacidad instalada en los servicios de salud y su impacto en el costo unitario.

datos de la normativa para llegar al máximo nivel de disponibilidad, considerando además las cosas que separan la capacidad teórica de la CPM.

En la C. Presupuestada es a juicio de la Dirección, normalmente se debería tomar el % normal de actividad en situaciones “normales”.

Capacidad real son las consultas que efectivamente se llevaron a cabo.

Respecto a los costos fijos relacionados con este servicio en general son costos fijos y están constituidos mayoritariamente por sueldos del personal afectado a este servicio, a pesar de que encontramos también algunos gastos de mantenimiento y funcionamiento.

Supongamos la siguiente información:

Cantidad de horas Especialidad 1: 10.000

Cantidad de horas Especialidad 2: 4.000

Porcentaje de utilización estimado por la dirección en situaciones normales: 95%

Consultas efectuadas: 50.000

Costos fijos (Sueldos fijos y otros): 10.000.000

Ilustración 4 Datos del ejemplo

Tipo Consulta	Horas	Pac x hora	Total cons CPM	
Especialidad 1	10.000,00	5,00	50.000,00	
Especialidad 2	4.000,00	4,00	16.000,00	
			66.000,00	
	Cap Presup		62.700,00	95%
	Cap Real		50.000,00	
	Costos fijos		10.000.000,00	

Fuente: Elaboración propia

Supongamos que ambos, cantidades y costos están referidos al mismo período y es representativo de la operativa normal.

En esta situación el costo fijo por consulta que normalmente se calcula es sobre capacidad real: $10.000.000 / 50.000 = 200$.

Este costo obviamente tiene ociosidades incorporadas, tanto la anticipada (diferencia entre la CPM y la presupuestada) como entre la presupuestada y la real.

Supongamos que la empresa quiere llegar al costo sin ninguna ociosidad, este debería ser:

Costo eficiente sin ociosidad: $10.000.000 / 66.000 = 151,52$

Costo con ociosidad anticipada: $10.000.000 / 62.700 = 159,49$

Ilustración 5 Diferentes costos unitarios en el ejemplo

Costo con ociosidades	200,00
Costo eficiente (sin ociosidad)	151,52
Costo con ociosidad anticipada	159,49

Fuente: Elaboración propia

Inclusive se podría llegar a calcular a cuanto asciende para el total de la empresa estas ociosidades:

Ociosidad anticipada = (Consultas disponib. – consultas presupuestada) x Cto sin ocio.

Ociosidad anticipada = (66.000 – 62.700) x 159,49 = 500.000

Ociosidad operativa = (Consultas presupuestada – Consultas reales) x Cto sin ocio.

Ociosidad operativa = (62.700 – 50.000) = 1.924.242,42

Ociosidad Total = anticipada + operativa = 500.000 + 1.924.242,42 = 2.424.242,42

En el estado de resultados podría aparecer:

Costos fijos servicios ambulatorios: 7.575.757,58

Ociosidades: 2.424.242,42

Totales costos policlínicas 10.000.000

Veamos que en este ejemplo no estamos considerando la eficiencia con la cual se trabajó, es decir, no nos estamos preguntando si las 50.000 consultas fueron las consultas eficientes porque ahí necesitaríamos descender a mirar los pacientes, sus patologías y ver si se hicieron las consultas que correspondían o si consultaron más o menos. Como dijimos no incluimos en este trabajo este análisis.

En un área de internación sería el mismo razonamiento, pero los datos serían otros, por ejemplo:

Ilustración 6 Datos del ejemplo

Cantidad de camas	150,00	
días del período	180,00	
Total días cama disponibles	27.000,00	CPM
Capacidad presupuestada	21.600,00	80%
Capacidad Real	22.000,00	
Costos fijos totales	8.000.000,00	
Costo con ociosidades	363,64	
Costo eficiente (sin ociosidad)	296,30	
Costo con ociosidad anticipada	370,37	

Fuente: Elaboración propia

En este caso como se puede apreciar se utilizó más capacidad de la presupuestada y por eso el costo con ociosidad anticipada fue mayor al costo usando la capacidad real.

Vale la misma acotación sobre el tema de la eficiencia mencionado arriba.

De esta manera, que no creemos que sea difícil de implementar en las instituciones médicas, se puede obtener un costo más razonable o por lo menos se puede mostrar un poco más claro el impacto en el uso de la capacidad de la siguiente manera:

Ilustración 7 Resumen comparativo exposición del costo unitario en el ejemplo

Situación actual		Propuesto - Con ociosidades totales		Propuesto - Con ociosidades operativas	
costo fijo consultas	10.000.000,00	costo fijo consultas	10.000.000,00	costo fijo consultas	10.000.000,00
Producción real	<u>50.000,00</u>	Producción real	<u>50.000,00</u>	Producción real	<u>50.000,00</u>
Costo pom x consulta	200,00	Costo pom x consulta	200,00	Costo pom x consulta	200,00
		Ociosidad Total	48,48	Ociosidad Operativa	40,51
		Costo sin ociosidad	151,52	Costo sin ociosidad	159,49

Fuente: Elaboración propia

Analizando por Factor de costos

En este caso creo se presenta la mejor forma de utilizar esta herramienta pues cuando analizamos por factor estamos considerando más correctamente el comportamiento de los costos fijos ya que algunos van a estar asociados a los costos de estructura y otros van a

estar asociados a los costos de la decisión de usar o no esa estructura, es decir, costos fijos estructurales y costos fijos operativos y evidentemente va a haber algunas diferencias.

Para no extender más este trabajo ya que los cálculos son bastante más detallados que los anteriores, voy a referenciar el ejemplo de cálculo por factor de costos al trabajo mencionado más arriba presentado en 2018: El uso de la capacidad instalada en los servicios de salud y su impacto en el costo unitario.

4.4 Conclusión sobre este tema

En la realidad lo que más se ve en las instituciones de salud es que calculan costos resultantes, completos por el sistema de acumulación de costos por procesos o absorción; y vale aclarar que el hecho de presentar una propuesta (ya conocida por la academia pero generalmente muy poco aplicada en estas instituciones) no significa en lo absoluto estar de acuerdo profesionalmente con que ese modelo de costos utilizado sea el más indicado para interpretar la realidad, pues parte de supuestos que en estas instituciones no se dan, el principal: los costos promedios de los servicios no reflejan verdaderamente la realidad porque la producción no es en masa sino que depende la patología de cada paciente.

Sin embargo, lo que me alentó a presentar esta propuesta son dos cosas: 1) hasta en el sistema de costos por órdenes si se quieren calcular costos completos es necesario incorporar costos por utilización de servicios que son indirectos a las órdenes y para ese caso se puede recurrir a los costos por absorción como metodología de asignar costos indirectos a la orden, y aunque personalmente no esté de acuerdo con ese modelo, no puedo dejar de reconocer que en la práctica está ampliamente difundida su aplicación; 2) eso, en situación de pandemia originó una variación en los costos unitarios debido al método utilizado para su cálculo (asociar los costos fijos a la capacidad real) lo que pudo provocar variaciones importantes respecto a años anteriores.

Me parece que quien aplique esos modelos y sistemas de costos no podía quedarse con un costo unitario que tuviera ociosidades incorporadas y no mostrarlas en una situación totalmente atípica que generó la pandemia, a pesar de que opinamos que la gestión de los costos fijos estructurales y operativos no debe analizarse por unidad.

Es entonces que se presenta esta propuesta específicamente para instituciones de salud, a pesar de tener todas las observaciones antes dichas (y más) al día de hoy, repetimos, está ampliamente difundida. En algunas empresas que venden servicios incluso se utiliza para calcular precios de venta; en estas situaciones más aplicable es la propuesta, no solo para que vean el impacto del no uso de la capacidad a nivel unitario sino porque apuesto a que cuando la vean recurran a su análisis en forma general, es decir, analizando sus costos fijos totales de servicios y el uso general de la capacidad.

5. Bibliografía

Osorio. La capacidad de producción y los costos

OMS. Sistema de información.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14564:information-systems-and-platforms-for-health-is&Itemid=72436&lang=es

OMS. E-salud. <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/webinars-relacsis/1077-sistemas-de-informacion-para-la-salud-information-systems-for-health-is4h>

Taleb. El Cisne negro: el impacto de lo altamente improbable

Velarde, Montico. Una propuesta de costos para IAMC: costos por paciente, patología y proceso

Velarde. El uso de la capacidad instalada en los servicios de salud y su impacto en el costo unitario

Yardin, El análisis Marginal. La mejor herramienta para tomar decisiones sobre costos y precios.