

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Ciencias Económicas - Escuela de Gestión de
Organizaciones de Salud

Maestría en Economía de la Salud y Administración de
Organizaciones de Salud

“La Cadena de Valor como elemento de optimización de
costos en empresas de salud”

Tesis, Agosto 2017.

Maestrando: Héctor De Ponti

Director: Dr. Héctor Calvo

Co director ad hoc: Mg. Sandra Canale



“Sala del Hospital de Arles”. Vincent Van Gogh.

Índice:

1.Fundamentación	6
2. Objetivos 7	
2.1 Objetivo General.....	7
2.2. Objetivos específicos:	7
3. Marco teórico:.....	8
3.1 Teoría de las organizaciones.....	10
3.1.1. La Organización	10
3.1.1.1 Tipos de Organizaciones	12
3.1.1.1.1 La Empresa	14
3.1.2 La Administración Organizacional	16
3.1.3. ¿Qué Organización se Debe Administrar Hoy?	20
3.1.4. Administración de empresa sanitaria	21
3.1.5. Estructura organizacional.....	23
3.1.5.1 Conceptualización	23
3.1.5.2. Tipos de Estructura.....	24
3.1.5.3. Evolución Reciente de las Estructuras Organizacionales.....	25
3.1.6. Cultura organizacional	28
3.1.6.1. Liderazgo organizacional	29
3.1.6.1.1. Estilos de liderazgo.....	29
3.2. Mercado y mercado de salud	31
3.2.1. Imperfecciones del mercado sanitario.....	35
3.3. Teorías de Costos.....	38
3.3.1. Modelos de costos para entidades sanitarias con internación	41
3.3.1.1. Costo por actividad o costo orientado a los productos intermedios	41
3.3.1.2 Costo por tipología de pacientes.....	45
3.3.1.3. Costo de los productos intermedios vs. Costo por tipología de pacientes.....	48
3.4. Cadena de valor	50
3.4.1. Desagregación Cadena de Valor	52
3.4.1.1. Actividades primarias	52
3.4.1.2. Actividades de Apoyo	52
3.4.1.3 Margen.....	53
3.4.2. Cadena de Valor	55

3.4.2.2 Análisis de caso. Cadena de valor Red del Hospital Clínico de la Universidad de Chile	57
4. Desarrollo del Plan de trabajo	60
4.1 Fase 1. Selección del modelo de costos a aplicar	61
4.1.1. ASIGNACIÓN DE COSTOS.....	67
4.1.1.1. Indirectos generales:.....	68
4.1.1.2. Nivel de actividad.....	70
4.2. Fase 2 relevamiento de información de la empresa.....	72
4.3. Fase 3. Modelo de costos a aplicar	72
4.3.1. Definición de los productos finales.....	73
4.4. Análisis de resultados	75
4.4.1. Costos totales por productos finales.....	75
4.4.2. Costos unitarios por productos finales	77
4.4.3. Determinación de rentabilidad por producto.....	78
4.5. Distribución de costos por diferenciación de servicios, actividades o subprocesos.....	80
5. Conclusiones.....	84
5.1 Primeras Conclusiones.....	84
5.2. Análisis de actividades de cadena de valor y propuestas.....	84
5.2.1. Servicio de alimentación de pacientes	86
5.2.3. Servicio de facturación y auditoría de prestaciones	91
5. Conclusiones finales (por el momento).....	94
6. Bibliografía.....	96
7. Anexos.....	99
7.1 Anexo 1.....	99
7.2. Anexo II.....	103

Índice de cuadros.

Cuadro I. Clasificaciones organizacionales.	12
Cuadro II. Sobre el cambio de paradigmas	20
Cuadro III. Características de las empresas sanitarias.....	22
Cuadro IV. Características de los servicios e implicancias para la gestión. .	22
Cuadro V. La empresa emergente	26
Cuadro VI. Modelos de liderazgo	29

Cuadro VII. Las leyes de mercado en el mercado sanitario.....	33
Cuadro VIII. Imperfecciones del mercado sanitario.	35
CuadroIX. Servicios producidos	44
Cuadro X. Clasificación de actividades en empresa hospitalaria	56
Cuadro XI Sanatorio Garay Producción y ocupación julio dic 2015	66
Cuadro XII. Costos unitarios por productos finales.....	77
Cuadro 13.Rentabilidad por producto y nivel de actividad	79
Cuadro XIV. Costos por sectores y por rubro de recurso asignado	80
Cuadro XV. Costo por actividad de la cadena de valor.....	81
Cuadro XVI.Costo por tipo de actividad	82
Cuadro XVII. Costos totales directos e indirectos	83
Cuadro XVIII. Análisis de cadena de valor y propuestas de mejora	84
Cuadro XIX. Sanatorio Garay raciones elaboradas	87
Cuadro XX Sanatorio Garay tipo de raciones elaboradas.....	87
Cuadro XXI costos de personal de cocina (dic 2015)	88
Cuadro XXII servicio de cocina, costos totales y unitarios.....	89
Cuadro XXIII servicio de cocina. Evitabilidad de costos.....	90

Índice de gráficos:

Gráfico 1 Proceso productivo	16
Gráfico 2 Organigrama funcional	25
Gráfico 3. Proceso de Producción.....	39
Gráfico 4. Proceso de producción Complejo	40
Gráfico 5. Metodología para cálculo por grupo de pacientes	46
Gráfico 6. orden de distribución de costos indirectos.....	63
Gráfico 7. Orden de distribución de costos indirectos II	64
Gráfico 8. Detalle de servicios	67
Gráfico 9. Costos totales por producto	75
Gráfico 10. Estructura de costos por productos	76
Gráfico 11. Costos unitarios s/nivel de producción	77
Gráfico 12. Rentabilidad por producto y nivel de actividad	79
Gráfico 13. Estructura de costos servicios primarios	82
Gráfico 14. Estructura de costos servicios secundarios.....	82
Gráfico 16. Estructura de costos directos e indirectos por producto	83

Agradecimientos

- A Hector Calvo que aportó la idea y todo su apoyo posterior.
- A la generosidad de mis compañeros de cohorte de los que aprendí mucho.
- A mis compañeras de cursado, viajes y estudio Florencia y Cecilia por el aguante
- Al programa Promac Pos de la Universidad Nacional del Litoral (UNL)
- A la F.C.E. y la Escuela de Sanidad de la F.B.C.B. de la UNL que me permiten ejercer la docencia, investigar y participar en proyectos de extensión; o sea hacer lo que me gusta.
- A la universidad pública que me formó y dio la posibilidad de alcanzar este logro.
- A Sandra Canale y Mariano Monteferrario, compañeros en el equipo investigación y manantiales de ideas aquí desarrolladas.
- A mis hijos Virginia; Lucila, Eugenia y Santiago, por el aguante en la vida.
- A Caro que me apoyó y alentó persistente y denodadamente.
- Al Sanatorio Garay de Santa Fe que me bancó el cursado y también me permite hacer lo que me gusta.
- Al sistema de salud argentino al que pertenecemos, que nos padece y con quien estamos comprometidos y en deuda.



1. Fundamentación

Las empresas de salud desarrollan un proceso productivo de servicios destinados a la satisfacción de necesidades de las personas o grupos que desean recuperar, mantener o mejorar su salud. Suelen encontrarse con dos problemas: uno es la dificultad para definir sus productos finales y otro establecer los costos asociados los mismos. Estas cuestiones concluyen en serios inconvenientes para determinar la rentabilidad.

Algunas características distintivas de esta actividad son:

- ✚ El producto final no tiene expresión material, se percibe por los resultados.
- ✚ Se incorporan múltiples bienes intermedios y saberes interdisciplinarios.
- ✚ Es un proceso complejo y difícil de estandarizar.
- ✚ No se identifica con exactitud la relación costo resultado.

En este caso se analizarán empresas que brindan servicios de recuperación de la salud, quirúrgicos o no, que requieren la internación del paciente con patologías agudas. Estas organizaciones se encuentran frecuentemente en la situación que el precio de mercado del servicio producido es inferior a la sumatoria de los valores de insumos y recursos consumidos en el proceso productivo, con lo que se afecta la rentabilidad de la empresa.

Por ello adquiere gran importancia el análisis exhaustivo de los costos y de los procesos productivos desarrollados para lo cual se considera necesario avanzar en la desagregación de los mismos y analizar la cadena de valor implícita en el proceso productivo.

Habitualmente los análisis de costos en estas empresas se expresan en términos de la unidad de venta final: tratamiento brindado, patología resuelta, cantidad de pacientes reales y potenciales (población cubierta), días de internación. Esta metodología permite relacionar los costos totales con la unidad de producción pero no facilita la desagregación y análisis del proceso productivo y el abordaje de los distintos bienes intermedios generados. La expresión en términos del costo unitario final hace perder la riqueza de la complejidad del proceso.

Se hace necesario desarrollar una mirada específica a los distintos subprocesos antes de la integración final de los componentes del costo.

Para facilitar el análisis se recurre a "...la cadena de valor para desagregar a los compradores, proveedores y a una empresa en las actividades discretas pero interrelacionadas de las que surge el valor"¹.

"La cadena de valor disgrega a la empresa en sus actividades estratégicas relevantes para comprender el comportamiento de los costos y las fuentes de diferenciación existentes y potenciales"².

El estudio de la cadena de valor puede facilitar la determinación de las fortalezas y debilidades del proceso de generación de valor analizando las actividades en forma independiente y permitiendo su comparación con valores referenciales de mercado.

Se trata de explorar la factibilidad de contar con instrumentos que permitan mejorar el análisis y la determinación de los costos de producción.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Analizar el proceso productivo de organizaciones de salud, destinadas al tratamiento de patologías agudas tanto clínicas como quirúrgicas con internación, a partir de la desagregación de su cadena de valor para mejorar la calidad e incrementar el valor agregado.

2.2. Objetivos específicos:

- i. Caracterizar el proceso productivo de organizaciones de salud con internación para el tratamiento de patologías agudas.
- ii. Determinar las actividades integrantes de la cadena de valor del proceso.
- iii. Identificar las actividades claves, costos y valor agregado generado por las mismas.
- iv. Proponer mejoras en la rentabilidad de la cadena de valor

¹Porter, Michael E., "Ventaja Competitiva. Creación y Sostenimiento de un Desempeño Superior". Compañía Editorial Continental. Décima Octava Reimpresión. México, 1999. Pág. 15

²Porter, Michael E., 1999, *op.cit.*. Pág. 52

3. Marco teórico:

El trabajo tiene el propósito de determinar la utilidad de analizar los **costos** de una **empresa** que produce **servicios de salud** desde la óptica de la **cadena de valor** como forma de optimizar sus procesos productivos.

Tomando como conceptos claves los cuatro resaltados, en este apartado se realiza un recorrido conceptual por los siguientes temas:

Las organizaciones

Mercado de salud

Costos

Cadena de valor

3.1 Teoría de las organizaciones



Burocratización de la medicina



"Sala de espera de un Hospital" Lawrence Lory 1952.

El desarrollo del proceso productivo llevado a cabo por grupos de personas organizados y con objetivos determinados requiere un análisis específico.

Se analizará la evolución de los conceptos de organización y empresa, tendencias actuales, tipos y características, estructuras organizacionales, cultura organizacional, estilos de liderazgo.

Para aproximar al universo estudiado se enfatizará en el estudio de organizaciones productoras de servicios y específicamente de servicios de salud.

3.1.1. La Organización

El trabajo aborda la aplicación del análisis de cadena de valor a organizaciones de salud. Se considera apropiado analizar la evolución del concepto organización, y las distintas miradas que han prevalecido en el tiempo para comprender la dimensión y complejidad actual de las mismas.

El objetivo es determinar sobre qué tipo de organizaciones y formas del hacer se aplica el análisis de la cadena de valor.

Históricamente las organizaciones han acompañado la evolución de la humanidad. Resultaría difícil pensar que el género humano hubiera sobrevivido sin distintas formas organizativas que le sirvieran para alcanzar sus propósitos. Citando a Mintzberg podemos reflexionar, *"La nuestra se ha convertido, para bien y para mal, en una sociedad de organizaciones. Nacemos dentro de organizaciones para que luego podamos trabajar dentro de organizaciones. Al*

*mismo tiempo, las organizaciones nos abastecen y nos entretienen, nos gobiernan y nos agobian. Finalmente, nos entierran las organizaciones”.*³

Para hacer una primera aproximación a la noción de organizaciones, se toma en consideración lo expresado por Fernando Flores: *“Utilizamos la palabra (organización) para distinguir algo “organizado” de algo que no está “organizado”; algo a lo que se ha dado una estructura para conseguir algún resultado específico, en comparación con algo que carece de una estructura o de acción unificada ...”*⁴. De esta forma, el autor transmite una idea adecuada de lo que se entiende por organización.

Richard Hall amplía el concepto incluyendo no sólo a la organización en sí misma sino que la sitúa en un contexto del que se diferencia y determina un objetivo, la obtención de resultados. Así, Hall propone la siguiente definición: *“La organización es una colectividad con una frontera relativamente identificable, un orden normativo, niveles de autoridad, sistemas de comunicaciones y sistemas de coordinación, coexiste de manera continua en un ambiente y desarrolla actividades vinculadas con un conjunto de metas y que producen resultados para los miembros de la organización, para la organización y para la sociedad”*⁵.

A partir de estas definiciones se pueden establecer las siguientes características o elementos distintivos de las organizaciones:

- más de una persona
- desarrollan actividades
- identidad de grupo
- voluntad de acción
- objetivos o metas comunes
- coordinación
- comunicación
- jerarquías
- interacción con el entorno
- permanencia

En mayor o menor grado todos estos elementos se encuentran presentes en las organizaciones.

³Mintzberg, Henry. *Mintzberg y la Dirección*. Traducción al español por Jesús Nicolau Medina y Mercedes Gozalbes Ballester. Ediciones Díaz de Santos SA. Madrid 1991. Pág. XIII.

⁴ Flores, Fernando. *Creando Organizaciones para el Futuro*. 5º Edición. Dolmen Ediciones/Granica. Chile, 1997. Pág. 64.

⁵Hall, Richard H. *Organizaciones, Estructuras, Procesos y Resultados*. Sexta Edición. Prentice Hall Hispanoamericana. México.2000, pág. 33.

3.1.1.1 Tipos de Organizaciones

A los efectos de ir delimitando el campo de análisis, se intentará establecer tipos o grupos de organizaciones. No todas las organizaciones son iguales, tampoco son absolutamente distintas, para una mejor comprensión de su funcionamiento se deben establecer algunos aspectos comunes que las identifiquen y diferencien.

Se pueden establecer tipologías de organizaciones en función de los distintos significados sociales que se pretendan analizar.

Cuadro I. Clasificaciones organizacionales.

Clasificación	tipos
tipología tradicional	sin fines de lucro con fines de lucro
Por el sector al que pertenecen	educativo, agrícola, industrial sanitario
<i>Según la función</i>	Producción: fabrican bienes y servicios
	Políticas: intentan que la sociedad alcance sus metas
	Integrativas: solucionan conflictos
	Mantenimiento de patrones: proporcionan continuidad social mediante actividades educativas, culturales, expresivas.
Según quién se beneficia	Beneficio mutuo, los miembros de la organización son los primeros beneficiarios
	Negocios, los propietarios son los beneficiarios
	Servicios, los clientes son los beneficiarios
	Bienestar, se beneficia la comunidad en general
forma en que las organizaciones se estructuran para atender las contingencias que deben enfrentar y desde la perspectiva del ejercicio del poder ⁶	Empresarial: estructura simple, liderazgo fuerte y carismático, organizaciones pequeñas, ambientes dinámicos, supervisión directa, tecnologías no complicadas.
	Maquinal o mecánica: centralizadas, trabajo estandarizado, gran tamaño, madurez, ambientes estables, producción en masa, control externo,

⁶Mintzberg, Henry. *Mintzberg y la Dirección*. Ediciones Diaz de Santos. Madrid, España, 1991. II Parte, Capítulos 6 a 11.

	<p>eficiencia, precisión y coherencia.</p> <p>Profesional: Reglamentada pero descentralizada en base a las habilidades y conocimientos de los trabajadores operativos (profesionales o artesanos altamente calificados), estandarización mediante capacitación profesional, staff de apoyo organizado maquinalmente, ambiente estable. Habitualmente son organizaciones de servicios (hospitales, universidades). La individualidad y autonomía en las decisiones generan problemas de coordinación entre unidades. El alto conocimiento de las unidades operativas genera resistencia al cambio. También suelen darse problemas de sindicación profesional.</p> <p>Diversificada o Divisional: Unidades de negocios basadas en el mercado (distintos bienes o servicios) con su propia estructura con acoples administrativos. Las divisiones se organizan maquinalmente y tienen sus propias estrategias de negocios.</p> <p>Innovadora o adhocracia: fluida, orgánica, expertos integran equipos multifuncionales, estructura matricial. Ambiente complejo, dinámico y alta tecnología, estructura cambiante para adaptarse a la realidad. Empresas y personal joven. Escasa burocracia y eficacia en innovación pero a costa de ineficiencia.</p>
Según tamaño	<p>Cantidad de empleados, montos de venta, capital de giro, inversión en tecnología.</p> <p>Micro Pequeña Mediana Grande</p>
Según propietario	<p>Carácter público (es de propiedad pública o su acción es restringida por la autoridad política) o carácter privado (de propiedad privada o es restringida por la autoridad económica o el mercado).</p>
Grado de poder en el mercado o dominio del ambiente	<p>Monopólicas, oligopólicas</p>
origen de los propietarios del capital.	<p>capital nacional</p> <p>capital extranjero o internacional.</p> <p>inversores institucionales; dentro de este último concepto se incluyen los fondos de Inversión, fondos de pensiones, fondos de aseguradoras.</p>

Fuente; elaboración propia en base a Mintzberg, Hall⁷ y otros. Resaltado corresponde a la empresa analizada

⁷ Hall, Richard. Op. Cit .Págs.46 a 49.

Siguiendo las distintas clasificaciones, podemos caracterizar la organización seleccionada como:

Organización con fines de lucro, productora de servicios de salud, de tipo profesional, tamaño mediano, de carácter privado de capital nacional, nula incidencia en el funcionamiento del mercado

3.1.1.1.1 La Empresa

En este trabajo se analiza la empresa como un tipo particular de organización. Algunos elementos que la distinguen de otras organizaciones son:

- tienen fin de lucro
- las personas se vinculan a la empresa con un incentivo económico (sueldo, beneficio, honorario)
- obtienen sus recursos del mercado
- tienen un sistema de administración y gestión que incluye jerarquías, asignación de autoridad, liderazgo, división de tareas.
- los encargados de la gestión están sujetos a controles.

Tratando de establecer un concepto que defina a la empresa, se toma la propuesta de Rafael Echeverría: "... todo modo de hacer empresa representa un tipo particular de organización empresarial que se establece con el objetivo de potenciar y expandir la capacidad productiva del trabajo y facilitar su capacidad de generación de valor"⁸.

Se puede conceptualizar a las empresas diciendo que *son organizaciones que a través de la utilización de recursos desarrollan un proceso de transformación de bienes y servicios en otros distintos a los originales con la intención de generar un mayor valor a los efectos de destinarlos a satisfacer necesidades a través de su colocación o venta en el mercado.*

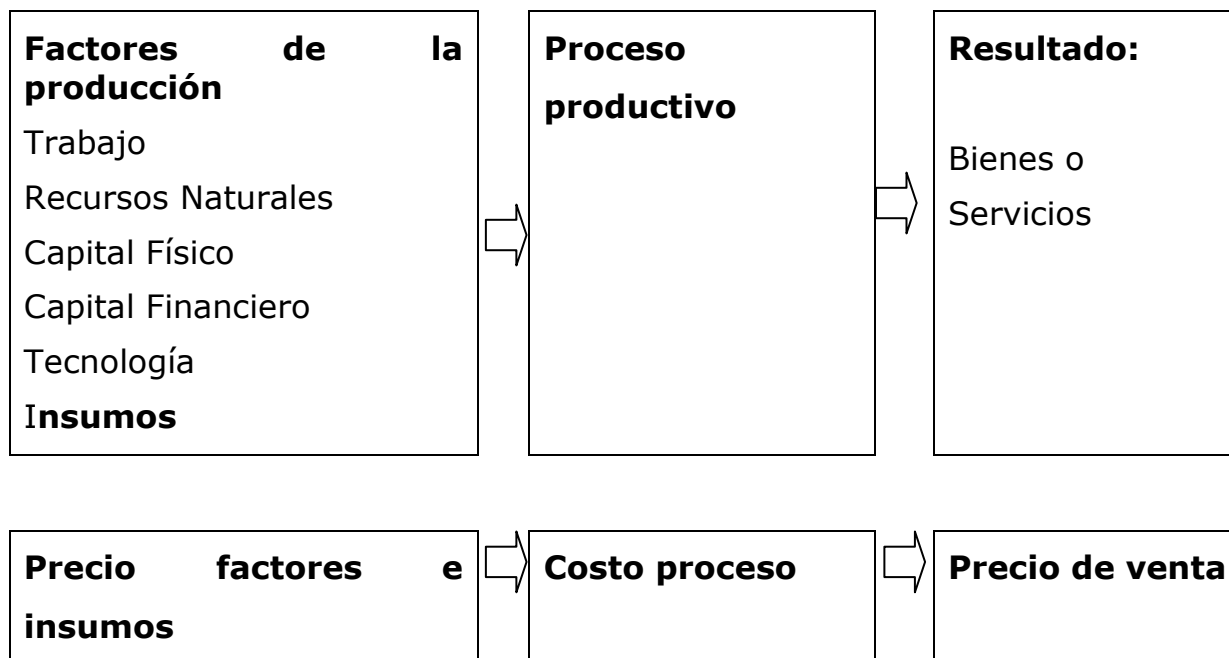
Desagregando el concepto del párrafo anterior se puede mencionar lo siguiente:

⁸Echeverría Rafael. *La Empresa Emergente*. 1º edición 2º reimpresión, Ediciones Granica. Buenos Aires, 2005. Pág. 23

- *Utilización de recursos:* se hace referencia a:
 - trabajo aplicado, con distinto grado de calificación;
 - capital físico utilizado (máquinas, infraestructura);
 - recursos naturales incorporados (tierra, subsuelo);
 - tecnología incorporada en el proceso productivo y la gestión del mismo;
 - capital financiero volcado por la empresa o tomado de terceros;
 - insumos, son los bienes y servicios que se transforman durante el proceso.
- *Proceso productivo:* Actividad de transformación a partir de la aplicación de determinados factores de la producción y la articulación realizada por los empresarios con la tecnología disponible. Es importante la cantidad y calidad de los factores pero también adquiere preponderancia la tecnología y las relaciones que se establezcan entre todos ellos para mejorar la eficiencia productiva.
- *Obtención de productos de mayor valor:* el resultado del proceso es un bien o servicio del que se espera obtener un mayor valor dado que satisface más necesidades que los bienes, servicios o insumos incorporados en el proceso de producción.
- El ingreso que obtendrá la empresa y que le permitirá reiniciar el proceso, crecer y sobrevivir en el tiempo está dado por la *colocación del producto en el mercado*, esto es que alguna persona, empresa u otro tipo de organización valore la necesidad del mismo y esté dispuesto a comprarlo y pagarlo.
- El sacrificio de recursos que es necesario para desarrollar la actividad productiva, constituye el *costo de producir los bienes y servicios*. La venta en el mercado genera un ingreso que si es mayor al costo permite la capitalización de la empresa o genera renta para el empresario, si es menor produce un quebranto que deberá ser absorbido por otros procesos productivos.

Gráficamente, el proceso que desarrolla la empresa se puede esquematizar de la siguiente manera:

Gráfico 1 Proceso productivo



Fuente: Elaboración propia.

Si Precio insumos + Costo Proceso < Precio Venta = Ganancia

Si Precio insumos + Costo Proceso > Precio Venta = Pérdida

3.1.2 La Administración Organizacional

Definidas, caracterizadas y agrupadas las organizaciones y las empresas como clase, es preciso analizarlas en otro nivel. Corresponde a la administración organizacional evaluar el estado de la organización para el cumplimiento de sus objetivos.

"El concepto de administración expresa la conducción que la dirección lleva a cabo de las actividades de la organización, a fin que se pongan en práctica los planes programados, se alcancen las metas concretas y específicas de dichos planes y finalmente se cumpla el propósito final de la institución"⁹.

⁹Chemes, José y Rossi, Victoria. "Administración Superior", material impreso cátedra Administración Superior. Carrera de Especialización en Comercialización Internacional a Distancia. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina, 2005.

Los conceptos de administración, conducción y últimamente gestión de las organizaciones sufrieron múltiples abordajes desde fines del siglo XIX, si bien las Organizaciones existen desde mucho antes y siempre han sido administradas.

La vida social, política y económica ha evolucionado en el tiempo y en el espacio y las organizaciones como integrantes de esos sistemas se han debido adaptar, evolucionar con esos cambios e incluso anticiparse a los mismos para cumplir con la premisa de gestión organizacional de hacer que los saberes sean productivos¹⁰. Esto es lo que garantiza la supervivencia de las mismas.

Estas contribuciones se inician con Federikc Winslow Taylor y su obra "Principios de Administración Científica" 1912. Continúan con Henry Fayol, Elton Mayo "Los Problemas Humanos de la Civilización Industrial" (1933), Abraham Maslow "Motivación y Personalidad" (1955). Douglas Mc Gregor, en los años 60 y su teoría X-Y.

Contribuyen también: Max Weber "Economía y Sociedad" (1922), Simon, Cyert, March, Millar con sus aportes en teoría de Toma de Decisiones.

No revisten poca importancia en el análisis de las organizaciones sanitarias los aportes de la **Teoría General de los Sistemas** tiene su origen en la percepción, por parte de científicos de distintas disciplinas, de ciertos puntos en común en los problemas que debían resolver, respecto de los que aparecían en otras ciencias. Esta percepción fue generando la conciencia acerca de qué problemas comunes requerían soluciones que partieran de enfoques teóricos amplios y abarcadores.

Un grupo de biólogos, matemáticos, físicos y economistas, entre los que se destacaban Von Bertalanffy, Bouding y Rapoport, comenzó a estudiar el isomorfismo de leyes y modelos, promoviendo la unidad de las ciencias.

El **enfoque sistémico** no constituye un rechazo a los enfoques administrativos tradicionales, es un modo de complementar dichos aportes y una revolución en la forma de encarar la comprensión de los sistemas sociales complejos. El pensamiento sistémico nos recuerda continuamente que el todo puede superar la suma de las partes.

¹⁰Gilli, Juan José y colaboradores. *Administración. Conceptos y procesos clave*. Editorial Docencia. Unidad 3. Pág. 55

"Un sistema es un conjunto de elementos interrelacionados que opera para lograr un objetivo común"¹¹ . Según este enfoque las organizaciones son sistemas caracterizados por condiciones de:

- *Complejidad*: compuestas por infinito número de elementos que responden a muchas variables.
- *Artificialidad*: la interacción entre los componentes del sistema (personas, recursos físicos, información) no son relaciones naturales, sino deliberadamente diseñadas por el hombre. Las organizaciones son una creación del hombre para alcanzar determinados fines
- *Apertura*: dependen para su supervivencia del intercambio con su medio, están abiertas en grado variable al ambiente.
- *Evolución*: son entidades vivas, cambian y evolucionan junto con su ambiente. Nada permanece estático.

Según James Miller¹² la organización es un sistema que metaboliza elementos diversos del entorno (materiales, energéticos o informáticos) absorbiendo, asimilando o desasimilando hacia el entorno.

Son imprescindibles en estos repasos, los aportes de: **Mintzberg, Burns, Stalker, John Woodward, Lawrence, Lorsch**¹³

En la búsqueda de una relación funcional entre el ambiente en el que se mueven las organizaciones y las técnicas de administración surge la teoría de la contingencia.

La estructura de una organización y su funcionamiento dependen de su relación con el ambiente externo. No existe una organización perfecta y una forma de administrarla, ambas dependen del ambiente y de la tecnología disponible.

La tecnología se desarrolla en función de los conocimientos acumulados por la organización y sus actores y de la infraestructura (máquinas, equipos, instalaciones) con que cuenta.

¹¹ Muriel, Ma. Luisa y Rota, Gilda. "Comunicación Institucional. Enfoque Social de Relaciones Públicas". Primera Edición. Editora Andina. Quito Ecuador. 1980. Pág. 32.

¹² MILLER, J. Living Systems: The Organization, Behavioural Science, Vol. 17, 1972. Citado por Hall, Richard. op.cit. .2000

¹³ Gilli, J.J. Op.- Cit. Págs. 79 y 80

En el último cuarto del siglo XX cambió sustancialmente el entorno en el que operan las organizaciones. Alta turbulencia, incertidumbre, inestabilidad, fuerte competencia, avance tecnológico; son las características dominantes.

Según Hermida Serra y Kastika¹⁴ los sucesos fundamentales fueron:

- Estancamiento en el crecimiento de los mercados tradicionales.
- Problemas de competitividad dado que la oferta no se adaptó al freno de la demanda
- Énfasis en el efecto turbulencia entendida como incertidumbre sobre la evolución de los mercados.

Las organizaciones deben adaptarse permanentemente a estos cambios. Quienes las dirigen deben tener creatividad, flexibilidad, visión de escenarios alternativos.

Un grupo de autores -Ansoff, Champy, Deming, Hammer, Peters, Porter- formularon los denominados **Nuevos paradigmas**¹⁵

Surge como pensamiento dominante para estas épocas el Enfoque Estratégico, que agrupa los aportes de este período.

Se comienza hablando de Planeamiento Estratégico bajo las pautas mencionadas. Igor Ansoff plantea luego su reemplazo por la Administración Estratégica.

Michael Porter hace su aporte sobre Estrategias Competitivas. Thomas Peters y Robert Waterman hacen su contribución en 1982 con la obra "En busca de la excelencia.

Se integra fuertemente el concepto de Calidad, con W. Edwards Demings. Con el tiempo el concepto avanzó al de Calidad Total para trabajar sobre este aspecto en todas las actividades de una empresa.

Cabe mencionar también el aporte de Michael Hammer y James Champy, quienes presentan en 1993 el concepto de Reingeniería.

¿Qué Paradigmas se Modificaron?¹⁶

Definiremos que entendemos por paradigma, "es un modelo o patrón aceptado..."¹⁷. Podemos relacionarlos a leyes que regulan el comportamiento organizacional, contienen premisas y valores, no aspectos instrumentales.

¹⁴Hermida Jorge, Serra Roberto, Kastika Eduardo. "Administración y Estrategia". 1992. Ediciones Macchi. Cap X.

¹⁵Gilli, J.J., Op. Cit. Págs. 80 a 82

¹⁶Gilli, J.J., op. Cit. Págs. 291 a 294

Cuadro II. Sobre el cambio de paradigmas

Hasta 1970	Después de crisis de petróleo
predictibilidad , era factible planificar y programar a mediano y largo plazo	incertidumbre
Mercados grandes y estables. Especialización de recursos, productos estandarizados elaborados a escala. La demanda estaba asegurada	Mercados mas pequeños y cambiantes demanda segmentada. Fuerte entorno competitivo. Las estructuras grandes y rígidas son una limitante
fronteras económicas y financieras establecían límites al accionar de las organizaciones	La globalización financiera produjo una concentración y centralización del capital financiero
La globalización económica permite hablar de un mercado único pero en condiciones extremas de competencia y con mercados selectivos.	dilución de las fronteras ; las decisiones que nos afectan se toman en cualquier parte del mundo, escapan no solo a nuestro control sino a nuestra capacidad de predicción.
productividad con base en la especialización	el patrón es la flexibilidad y la integración asume gran importancia la inversión "blanda" (tecnologías y funcionamiento organizativo de la empresa.

Fuente: elaboración propia en base a Gilli op. Cit.

3.1.3. ¿Qué Organización se Debe Administrar Hoy?

Lo expresado en los apartados anteriores ratifica la idea que las distintas escuelas del pensamiento en administración brindaron elaboraciones, propuestas o modelos en función de la dinámica social, económica y política de las distintas épocas.

Por lo tanto al caracterizar las organizaciones del presente, más allá de las particularidades de cada caso, se puede seguir el marco de los paradigmas vigentes, o elaborar uno propio.

Para gestionar hoy una organización, se hace necesario:

¹⁷Kuhn, Thomas S. "La estructura de las revoluciones científicas". 1971, pág. 51. citado por Gilli, JJ. o.c.

- Tener una perspectiva global de las influencias o tendencias sociales, políticas, económicas, tecnológicas que condicionan el éxito del desempeño organizacional.
- Pensar el contexto bajo un enfoque sistémico que diferencie el ambiente general, la rama o actividad industrial en que participa la organización y la organización misma y sus subsistemas integrantes.
- Considerar a la organización como un sistema socio-técnico abierto, donde se plantea la necesidad de adecuación permanente de las capacidades de la misma a su entorno, cuestionando, si es necesario, su propia estructura y procesos.

3.1.4. Administración de empresa sanitaria

Adicionalmente se deben contemplar en este trabajo las características diferenciales de una organización que adopta la forma de empresa productora de servicios sanitarios. El administrador, gerente, director o gestor de la misma se encuentra con determinados aspectos que particularizan el análisis.

Canale¹⁸ en su trabajo de tesis de maestría expresa "El tema de las diferencias entre productos y servicios es abordado en la mayor parte de la bibliografía que se dedica al estudio de las organizaciones del sector terciario. En este sentido Maqueda Lafuente, J. y LlagunoMusons, J.¹⁹ pag. 100 y subsiguientes, dedican un capítulo especial al tema, donde comparan las visiones de distintos autores. Sin ánimo de agotar la discusión, del análisis hemos rescatado un conjunto de características distintivas del sector terciario que suelen habitualmente mencionarse:

- Intangibilidad
- Heterogeneidad
- No almacenables
- Inseparabilidad de producción y consumo
- Escasa productividad
- Mano de obra intensivos

- Ausencia de economía de escala
- Participación del cliente en el proceso productivo
- Dificultad en la medición del producto.

¹⁸Canale, Sandra. "Modelos de Gestión Estratégica y Táctica de Costos para Hospitales Públicos de Autogestión". Tesis de Maestría en Adm de Empresas. Mención Costos. MBA FCE UNL 2006

¹⁹Maqueda Lafuente Javier, LlagunoMusonsJose Ignacio. "Marketing Estratégico para Empresas de Servicios". Ediciones Diaz de Santos. Madrid, 1995

Siguiendo a Fortuny i Organs²⁰ "...cuando se define a un centro sanitario como una empresa, este debe ser considerado como una empresa de servicios, en la que es imposible distinguir producto del proceso, puesto que ambos van íntimamente unidos".

Reseñando las diferencias con empresas productoras de bienes el autor presenta el siguiente cuadro:

Cuadro III. Características de las empresas sanitarias.

	Empresa Clásica	Empresa Sanitaria
Producto	Producto único y standarizado	Es el paciente. Tantos productos como pacientes
Cliente	Decide lo que compra	Es el médico el que decide
Decisiones Clínicas	Se toman jerárquicamente	Sin participación jerárquica
Forma de pago	El cliente paga por su producto	Con frecuencia paga el seguro
Calidad	El cliente evalúa casi siempre	Evalúa la calidad percibida, no la calidad asistencial

Fuente: Biel Fortuny i Organs, op. Cit.

Avanzando en las características del producto y su impacto en la gestión, el autor plantea:

Cuadro IV. Características de los servicios e implicancias para la gestión.

Naturaleza	Consecuencias
<p>Intangibilidad</p> <p>Cliente juzga no solo la adquisición de un bien material sino las características del proceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidad de evaluación del cliente mas subjetiva (experiencia, confianza) ▪ Control de calidad mas difícil ▪ Evaluación de satisfacción del cliente mas difícil ▪ Difícil diseño de estandares de servicios
<p>Interacción</p> <p>Cliente participa en el proceso. Es el "producto transformado"</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestación heterogénea (cultural, género, edad, aspectos personales) ▪ Necesidad de diseñar una interacción mas confortable ▪ Gran impacto de la satisfacción de los profesionales y empleados , en la percepción de los clientes y familiares ▪ Grado de personalización elevado ▪ Peligro de inconsistencia de la prestación ▪ Posibilidades de autoservicio

²⁰BielFortuny i Organs "*La gestión de la excelencia en los Centros Sanitarios*". Editor Pfizer, Barcelona, Junio 2009

<p>Inseparabilidad</p> <p>Servicio se produce y consume simultáneamente, no se almacena</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajuste de demanda oferta (capacidad, gestión de colas) ▪ Eliminación de producción centralizada (escasas economías de escala) ▪ Gestión de calidad mas difícil ▪ Control de calidad a posteriori
<p>Inmediatez</p> <p>No se programa, urgencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importancia de las esperas e ineficiencias del proceso

Fuente: Biel Fortuny i Organs, op. Cit.

Del Llano Señaris aporta otros elementos distintivos de la organización sanitaria, "...A todo lo anterior se añade la propia complejidad del sistema sanitario.....Por una parte el producto que se ofrece-genera, esto es, la salud, es difícil de medir, e incluso de definir; la mano de obra que se emplea es muy numerosa y en buena parte de ella, muy cualificada; las principales decisiones de gasto las toman los médicos, y constituyen decisiones constantes que en su conjunto condicionan la marcha económica del centro sanitario. El profesional toma decisiones de forma regulada solo por si mismo sobre la base de la experiencia, el criterio clínico, el entorno en el que trabaja..... siempre en situaciones de alta incertidumbre donde el concepto de beneficio potencial es preeminente. Por último la capacidad de decisión del gestor de servicio sanitario está limitada por la fuerte regulación a que el sistema se ve sometido procedente de los organismos financiadores (y legales).....

Por si esto fuera poco,.... las actividades de los servicios sanitarios se van a desarrollar en entornos cambiantes y en evolución permanente"²¹.

Bajo estos principios y los que surjan en cada caso particular se debe analizar las organizaciones en distintos aspectos tales como la estructura sobre la que han elegido funcionar, la cultura organizacional en la que se mueven y las características del proceso de liderazgo vigente.

3.1.5. Estructura organizacional

3.1.5.1 Conceptualización

Toda organización adopta una estructura determinada que le permita operar, desarrollarse y cumplir distintas funciones, Hall expresa que las estructuras tienen los siguientes objetivos²²:

²¹Juan del Llano Señaris y otros."GESTION SANITARIA. Innovaciones y desafíos". Massón SA. Primera Edición Barcelona. 1998. Capítulo X. "Reflexiones sobre la gestión en los servicios sanitarios". Del Llano Señaris Juan, Núñez Cortés J. Millán

- Elaborar productos y alcanzar los objetivos de la organización.
- Regular las influencias individuales sobre la organización, es decir, tratar de asegurar que los individuos se ajusten a los requisitos de la organización y no a la inversa.
- Establecer un ambiente donde se determina y ejercita el poder, se toman decisiones y se desarrollan las actividades de la organización.

En cada organización pueden coexistir, y habitualmente ocurre, distintos tipos y complejidades de estructuras en función del nivel de responsabilidad o de las tareas a desarrollar o de la división geográfica de las mismas. Por ejemplo, en un hospital se establecen requisitos específicos y estandarizados para áreas tales como admisión de pacientes o limpieza, la regulación se vuelve más flexible cuando analizamos las actividades del cuerpo médico o del área de emergencias.

La palabra estructura sugiere la idea de algo fijo, rígido, inmutable; esto no es rigurosamente válido. La estructura no es un fin en sí misma sino que es una herramienta para que las organizaciones alcancen sus cometidos y permanezcan en el tiempo. Esto requiere que la estructura sea redefinida permanentemente.

"La estructura es el modelo que los individuos crean para poder conducir una organización y está compuesto por todas las relaciones que se construyen para ello. Estructura es comunicación, influencia, información, control"²³.

Por lo expuesto, para definir o determinar la estructura de una empresa se debe tener claro su misión, sus objetivos y la organización de las actividades con su correspondiente distribución de tareas. Todos estos elementos son formalizados luego en un Organigrama.

3.1.5.2. Tipos de Estructura

Como se expresa en el punto anterior, la organización debe elegir la estructura que mejor se adapte al cumplimiento de su estrategia y le permita alcanzar sus objetivos, preservándose en el tiempo. La forma elegida se expresa gráficamente a través de un organigrama, que expresa la distribución formal de papeles y misiones.

²²Hall, Richard H. Op. Cit. pág. 53.

²³Serra, Roberto; Iriarte, Jorge; Le Fosse, Guillermo: *El Nuevo Juego de los Negocios. Los ganadores no son los mejores sino los que dominan el juego*. Grupo Editorial Norma. Buenos Aires. 2000. Pág 274

Las formas habitualmente utilizadas son las siguientes:

Estructura Funcional. Tiende a recortar horizontalmente un flujo integrado en unidades especializadas.

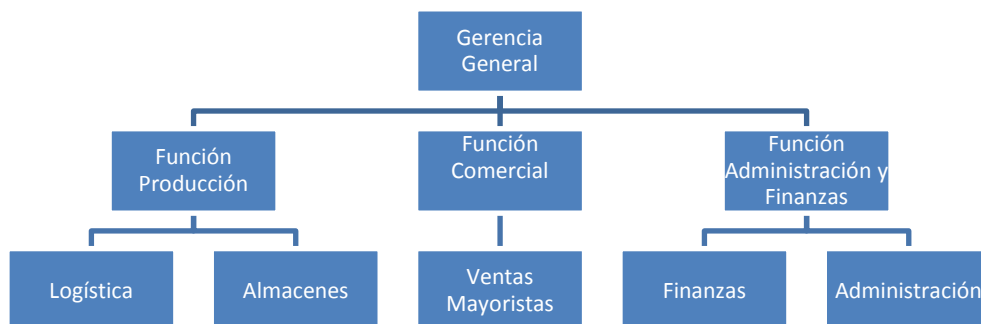
Estructura Divisional. Esta modalidad estructura la coexistencia de diversos flujos integrados.

Estructura matricial. Esta tipología trata de combinar las lógicas de los dos modelos anteriores. Especialidades por un lado (administración, finanzas, comercial, producción); ámbitos o programas de actividades por otro (productos, zonas).

La empresa seleccionada utiliza el modelo de estructura funcional. Este requiere centralización en la toma de decisiones y favorecen la eficiencia por la especialización de los integrantes de cada área.

El organigrama típico que representa este tipo de estructura es el siguiente:

Gráfico 2 Organigrama funcional



Fuente: Elaboración propia

Trata de combinar especialización con la flexibilización de orientaciones específicas o expresado de otra manera, se utilizan los mismos medios para alcanzar objetivos diferentes.

A través de la coordinación vertical se busca la eficiencia (hacer las cosas correctamente) y a través de la coordinación horizontal se persigue la eficacia (hacer las cosas correctas).

3.1.5.3. Evolución Reciente de las Estructuras Organizacionales

Empresa Tradicional

La estructura de la empresa tradicional se conformó a través del mecanismo de "mando y control". El modelo de estructura llamado "piramidal y jerárquico".

Con el cambio de paradigmas (ver Punto IV.I. de este capítulo) a partir de la década de 1970 se conforman otras pautas a tener en cuenta para configurar la estructura organizativa de una empresa.

Pautas para una nueva estructura

Las empresas necesitan responder hoy a necesidades de entornos inciertos, no predecibles y turbulentos, deben en muchos casos anticiparse a situaciones. Por lo tanto la flexibilidad pasa a ser un requisito básico de las estructuras operativas.

Muchas veces la presión por el cambio proviene del propio interior de la empresa a partir del aprendizaje organizacional de sus integrantes.

Esto adquiere mayor importancia en las empresas de servicios sanitarios con internación en las que, como se mencionó reiteradamente en páginas anteriores, gran parte del conocimiento más calificado se encuentra en la base operativa de la organización y tiene que resolver frecuentemente sobre la marcha cuestiones no programadas ni programables.

Esta situación no sólo ataca la estandarización de períodos anteriores sino que hace necesario desarrollar un esquema que permita visualizar a la estructura organizativa con una coordinación horizontal. Este sistema busca dinamizar las competencias y los saberes de las personas que integran las unidades operativas especializadas.

A los efectos de comparar las características de la empresa tradicional y la empresa del presente, a la que Echeverría denomina "emergente", se presenta el siguiente cuadro:

Cuadro V. La empresa emergente

Criterios	Empresa Tradicional	Empresa Emergente
Escenarios	Constantes y predecibles	Cambiantes e impredecibles
Trabajo preponderante	Manual	No manual
Fundamento del trabajo	Destreza física	La palabra
Relaciones predominantes	Verticales	Horizontales
Clave de productividad	Movimientos y tiempos	Competencias conversacionales
Mecanismo de coordinación	Línea de ensamblaje	Rediseño de procesos
Mecanismo de regulación	Mando y control	Autonomía responsable
Mecanismo de control	de acciones	de procesos y resultados
Carácter de la regulación	Techo	Piso

Emocionalidad de base	Miedo	Confianza
Perfil de autoridad	Capataz	Coach, facilitador de aprendizaje
Liderazgo	Autoritario	Participativo, colaborador
Tipo de organización	Piramidal y jerárquica	Horizontal y flexible
Criterio de guía	Estandarización	Aprendizaje organizacional

Fuente: Elaboración propia en base a: Echeverría, Rafael. *La Empresa Emergente. La confianza y los desafíos de la transformación*. 1ª, edic. 2da, reimp. Granica. Buenos Aires, 2005. Pág. 101.

Por lo tanto las nuevas empresas, especialmente las que desarrollan nuevas tecnologías, asumen formas muy diversas y distintas del tipo de estructura tradicional. Se da una adecuación entre los desafíos que la empresa debe encarar y su estructura formal. No hay un modelo de aplicación general. Cada empresa se pregunta qué estructura le conviene, según lo que hace y lo que se propone realizar.

3.1.6. Cultura organizacional

Para entender una organización no sólo se debe analizar o pensar en su estructura sino en su comportamiento en acción. Serra, Iriarte, Le Fosse sostienen que

*"El comportamiento de una organización está basado en dos elementos que se retroalimentan: la estructura y la cultura, conceptos inseparables en una organización"*²⁴

Avanzando en una definición de cultura los mismos autores sostienen que *"La cultura de una empresa tiene que ver con las costumbres, los ritos internos, las creencias y los valores compartidos"*. Las organizaciones como seres vivos tienen su propia personalidad y a partir de la integración de los individuos que la componen y su relación con el exterior esa personalidad es única. Por tanto, no hay dos organizaciones con la misma cultura. Cuando se expresan frases como *"Esto es lo que somos"*, *"Así se hacen las cosas aquí"*, se está aludiendo en parte a la cultura de la empresa u organización.

Una definición similar aporte Mintzberg al sostener que:

*"La ideología(cultura) abarca las tradiciones y creencias de una organización que la distinguen de otras organizaciones e infunden una cierta vida al esqueleto de su estructura"*²⁵.

Esta conceptualización enfatiza en el elemento diferenciador del resto de las organizaciones y en la analogía con los seres vivos.

Tradiciones, creencias, valores compartidos, también forman parte de la definición de Rodríguez de San Miguel, *"Cultura es el conjunto de valores y creencias comunmente aceptados, consciente o inconscientemente, por los miembros de un sistema cultural"*²⁶

Con el término valores se alude a ideales compartidos, son manifestaciones de tipo emocional. Las creencias en cambio son propuestas o ideas reconocidas como ciertas por los integrantes, forman parte de un plano racional. Las creencias se aceptan, con los valores se produce identificación emocional.

²⁴Serra, Roberto; Iriarte, Jorge; Le Fosse, Guillermo: Op. Cit.. Capítulo VII, pág. 267.

²⁵Mintzberg, Henry. Op. Cit. pág 113.

²⁶Rodríguez de San Miguel, Horacio Andrade *Cultura Organizacional, Administración de Recursos Simbólicos y Comunicación* Capítulo VI de Fernandez Collado, Carlos (coordinación) *La Comunicación en las Organizaciones*. Editorial Trillas, México 1999 (quinta reimpresión) Pág. 109

La cultura está presente en todas las organizaciones, puede ser débil o fuerte, similar o muy diferente a la de otras organizaciones, puede contribuir o no a la eficiencia y productividad; pero siempre está. Por lo expuesto debe ser tenida en cuenta al momento de realizar un diagnóstico o pensar el desarrollo y crecimiento de una organización.

3.1.6.1. Liderazgo organizacional

Se puede conocer la estructura de una organización, saber sobre su cultura, pero una mayor aproximación al comportamiento organizacional se obtendrá cuando se analice el estilo de liderazgo aplicado.

En búsqueda de una aproximación al concepto de liderazgo como forma especial de poder se puede citar a Etzioni quien sostiene que es *"la habilidad, con base en las cualidades personales del líder, para obtener la subordinación voluntaria por parte de sus seguidores en una amplia gama de asuntos"*²⁷. El poder es asignado, delegado o asumido por la persona, el liderazgo es atribuido por los seguidores.

3.1.6.1.1. Estilos de liderazgo

Tan importante como reconocer la existencia del líder y saber cuáles son sus funciones, es analizar cual es el estilo que aplica a su gestión. El estilo de liderazgo aplicado en una organización tiene su correspondencia con la cultura de la misma, con su estructura y con ambos define el comportamiento de la organización.

Clasificando los estilos de liderazgo, se puede hacer referencia al análisis de Rensis Likert, quien desarrolló cuatro modelos de diseño organizacional a partir de variables como liderazgo, motivación, comunicación, interacción e influencia y toma de decisiones y control. En el siguiente cuadro se expresan las características del liderazgo según cada modelo de organización:

Cuadro VI. Modelos de liderazgo

Aspecto analizado	Modelo de organización			
	Autoritario	Benevolente autoritario	consultivo	Participativo
Grado de confianza en los empleados	No confían en los empleados	Confiado y condescendiente con el empleado, como el amo con el esclavo	Alta confianza pero no total, deseo de controlar las decisiones	confianza total en todos los asuntos
Comportamiento	Empleados no	Empleados no	Empleados se	Empleados se

²⁷Etzioni, Amitai *Dual Leadership in Complex Organizations*. American Sociological Review. Nro. 30. 1965. Págs 688-98 citado por Hall, Richard. Op. Cit. pág. 147-8

de superiores de manera que los empleados sientan libertad de discutir temas del trabajo con ellos	sienten libertad de discutir con superiores temas del trabajo	sienten libertad de discutir con superiores temas del trabajo	sienten relativamente libres de discutir con superiores temas del trabajo	sienten totalmente libres de discutir con superiores temas del trabajo
Grado en que los superiores piden ideas y opiniones para utilizarlas en la resolución de problemas	Los superiores no piden ideas ni opiniones para utilizarlas en la resolución de problemas.	Algunas veces piden ideas y opiniones para utilizarlas en la resolución de problemas	Por regla general piden ideas y opiniones para utilizarlas en la resolución de problemas	Siempre piden ideas y opiniones e intentan utilizarlas de manera constructiva

Fuente: Elaboración propia en base a Likert, Rensis *New Patterns of Management*, McGraw-Hill, New York. 1961. citado por: Golhaber, Gerald M. *Comunicación Organizacional* 1ra. Edición 1984. 6Ta. Impresión. 1994. Editorial Diana, México. Págs. 78 a 80. y Martínez de Velasco Arellano, Alberto, *Escuelas de Comportamiento Organizacional* Capítulo III de Fernandez Collado, Carlos (coordinación) *La Comunicación en las Organizaciones*. Editorial Trillas, México 1999 (quinta reimpresión) Pág. 44 a 46

De esta forma podríamos clasificar a los líderes de la misma forma que llamamos a los distintos diseños organizacionales, en un extremo el líder Autoritario, que encuentra similitudes con el Liderazgo de Mando antes referido y en el otro el Líder Participativo, que asume características similares a las del Líder de Servicios.

3.2. Mercado y mercado de salud

Anatomía del Corazón (Enrique Simonet)

Mercado de salud.

*Oferta y demanda,
asimetría informativa,
control de la oferta.*



Las organizaciones producen efectos en el entorno y son influidas por el mismo. Su proceso productivo genera bienes y servicios que satisfacen necesidades. Forman parte del mercado de su propia actividad y se relacionan directa o indirectamente con otras organizaciones e individuos.

El análisis económico prevé como una vía posible la existencia del **mercado** como lugar de resolución de los problemas de los individuos donde encuentran los bienes y servicios que satisfacen sus necesidades, los mismos son provistos por organizaciones que se especializan en su producción.

El juego entre la valoración de las necesidades de las personas y la expectativa de ingresos de los productores determina un acuerdo a través del precio de los bienes.

El submercado de salud cuenta con determinadas particularidades que deben ser tenidas en consideración al momento de analizar los actores del mismo, tanto oferta como demanda. Se abordará una caracterización del mercado desde la óptica económica y particularidades o imperfecciones del mismo que impactan o inciden en el análisis de las organizaciones que en el participan.

Este apartado encuentra fundamento en el objetivo del presente trabajo, la rentabilidad y sustentabilidad de las empresas de salud. Ello depende no solo de los costos de producción sino de su relación con el precio de venta. Dado que el precio de los bienes y servicios incorporados en este mercado tienen características especiales en su proceso de formación, se profundizará en este tema.

La teoría económica capitalista asigna un rol fundamental al mercado, de hecho también recibe la denominación de economía de mercado.

En este juego que se plantea desde la perspectiva económica se persigue la mejor asignación de recursos escasos para satisfacción de necesidades, surgen tres conceptos centrales, oferta, demanda y precio.

El precio es la relación de intercambio entre dos bienes. Habitualmente se expresa en cantidad de uno de esos bienes por cada unidad del otro (por ej. Se requiere ½ kg de azúcar para comprar un boleto de colectivo). Cuando existe moneda aceptada por ambas partes la unidad de referencia es el bien moneda, (siguiendo con el ejemplo para comprar un pasaje de colectivo se necesita disponer dos pesos). Esto facilita los intercambios, una de las funciones esenciales de la moneda.

La teoría económica sostiene que si el precio se fija en el mercado es un precio de satisfacción tanto para el que demanda como para el que ofrece. Según Mankiw *"la cantidad del bien que los compradores están dispuestos y son capaces de comprar equivale exactamente a la cantidad que los vendedores están dispuestos y son capaces de vender. El precio de equilibrio se conoce a veces como precio de liquidación de mercado, porque a este precio todos en el mercado están satisfechos: los compradores han comprado todo lo que querían y los vendedores han vendido todo lo que querían"*²⁸.

Quien demanda desea satisfacer una necesidad y está dispuesto a sacrificar una cantidad de unidades monetarias privándose de satisfacer otra necesidad dado que el consumo o la utilización del bien adquirido le provocará una satisfacción mayor a la de consumir otros bienes que satisfacen otras necesidades.

El que ofrece se desprende del bien o servicio a cambio de la cantidad de dinero que como mínimo le permitirá recuperar los costos insumidos en el proceso de producción y reiniciar dicho ciclo.

Para garantizar el cumplimiento del mismo el mercado debe operar en forma perfecta y el precio "satisface a ambos" y brinda información sobre costos, beneficios y asignación de recursos.²⁹

²⁸ Mankiw, N. Gregory. *Principios de economía, Sexta edición*

²⁹ Se destaca que el precio además de satisfacer a las partes cumple otro rol fundamental cual es determinar como distribuye o asigna la sociedad sus recursos, es el primer y fundamental "asignador" o "distribuidor" de ingresos. Cuando se menciona que el estado interviene en la distribución de ingresos en realidad se alude a una "redistribución" que intenta compensar de alguna forma la distribución previa realizada por el mercado.

Pero ocurre que cuando el análisis se refiere al mercado sanitario de una sociedad, entendiendo por tal aquel donde se intercambian bienes y servicios destinados a mantener, recuperar o mejorar la salud de las personas, se puede apreciar que tanto oferentes como demandantes expresan habitualmente su insatisfacción con el precio del bien o servicio³⁰

Los oferentes, productores de servicios sanitarios, sostienen que el valor recibido no cubre sus expectativas mínimas.

El que demanda en el mejor de los casos considera que ha satisfecho su necesidad pero a un precio elevado. Esto ocurre pese a que muchas veces el demandante, consumidor o paciente desconoce el precio de cada servicio recibido.

Similar insatisfacción expresa el agente financiero del demandante y contratante de los servicios, el pagador. Este considera que lo que abona es elevado y no tiene conocimiento ajustado de las necesidades cubiertas, esto significa que no puede evaluar la eficiencia del gasto.

Esta situación de insatisfacción se puede originar en que el mercado opera en forma imperfecta o irregular.

Cabe explorar en consecuencia las características operativas de este mercado en función de los requisitos del mercado competitivo:

Cuadro VII. Las leyes de mercado en el mercado sanitario.

Requisito	Mercado Perfecto	Mercado Sanitario
Atomización de oferta y demanda.	Muchos demandantes y muchos oferentes de forma tal que ninguno de ellos por si mismo o en pequeñas agrupaciones incidan en la determinación del precio.	Oferentes y demandantes actúan en grupos. Sindicatos, agremiaciones, asociaciones, obras sociales, cámaras de empresas de medicina prepaga Stiglitz ³¹ agrega "solo un reducido número de hospitales, excepto en las grandes ciudades"
Homogeneidad	todos los productos que se ofrecen en un mercado deben reunir las mismas características.	No hay dos pacientes iguales, las patologías difieren, los tratamientos también. El producto es intangible y se elabora en

³⁰De Ponti Héctor, Canale Sandra *"El precio de venta de servicios de Salud y la satisfacción de las partes"*Jornadas de Salud de América Latina y Caribe. Ministerio de Salud de Argentina – OPS. Buenos Aires, Abril 2009.

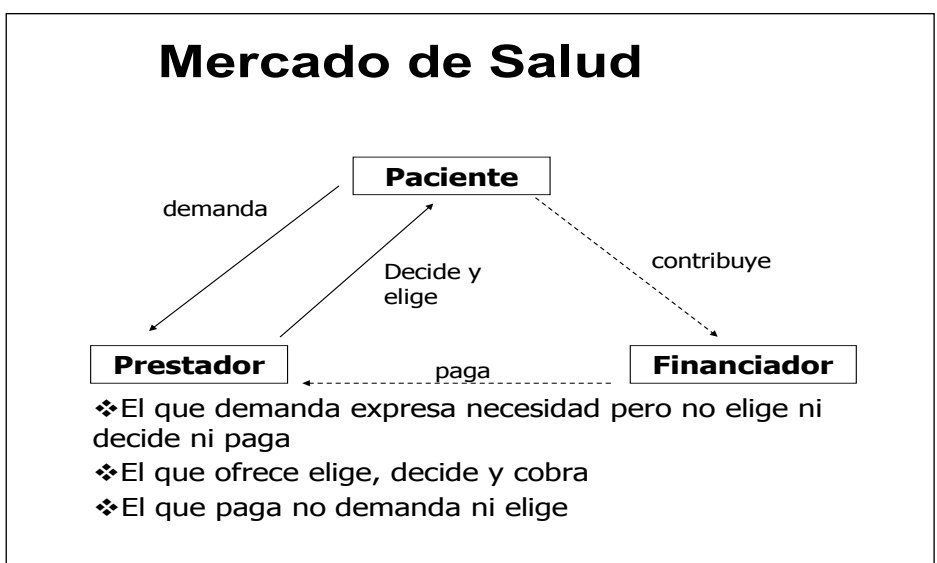
³¹Stiglitz, Joseph, en "Economía del Sector Público". Antoni Bosch (capítulo "LaSanidad". 11 de la segunda edición o 12 de la tercera edición). .2003. págs.321 y sigs. segunda edición.

	Empresas maximizadoras de beneficios. <i>Stiglitz</i> ³²	presencia del demandante. Muchos prestadores sin fines de lucro.
Transparencia:	Oferentes y demandantes conocen las características de los bienes o servicios disponibles en un mercado.	Asimetría informativa, el sistema prestador maneja mas información que el demandante. Este no puede evaluar si es la "mejor" satisfacción.
Libertad de entrada y salida:	no hay restricciones ni condicionantes para que nadie ofrezca o demande servicios	Corporaciones, formación profesional, requisitos de habilitación, restricciones a los pacientes.

Fuente: Elaboración Propia

Del cuadro anterior se desprende que el mercado sanitario se aleja de un mercado competitivo.

Gráficamente la lógica de funcionamiento del mercado sanitario puede describirse de la siguiente forma:



Fuente: De Ponti, Canale³³, en base a Tobar y otros³⁴

Se aprecia que el demandante (paciente) no actúa en plena libertad eligiendo lo que más le conviene o más beneficio le reporta en función al recurso sacrificado. Es más, dado que habitualmente no paga por cada servicio que recibe, desconoce el valor de lo que está "consumiendo". Quien paga puede conocer en el mejor de los

³² Stiglitz 2003. op.Cit.

³³ De Ponti Canale, 2009 op. Cit.

³⁴ MODELOS DE PAGO EN SERVICIOS DE SALUD. Federico Tobar, Nicolás Rosenfeld y Armando Reale. *Cuadernos Médicos Sociales* N° 74, 1998

casos que es lo que está abonando pero no el grado de satisfacción brindado o el resultado alcanzado. El oferente (sistema prestador) es quien determina la demanda.

3.2.1. Imperfecciones del mercado sanitario

Cuadro VIII. Imperfecciones del mercado sanitario.

Imperfección o falla de mercado	Respuesta institucional	Efecto no deseado
Incertidumbre diagnóstica Incertidumbre sobre la ocurrencia, incidencia y gravedad de la enfermedad	Seguro de salud. Público o privado. Obras Sociales, Medicina prepaga, seguros privados, mutuales, aseguradoras de riesgos de trabajo.	Selección por riesgos Selección adversa Riesgo o abuso moral Consumo excesivo Fragmentación de cobertura
Incertidumbre sobre el tratamiento mas apropiado para resolver el problema al costo mas adecuado	Regulación del ejercicio profesional o de la habilitación. Por el estado o delegado en asociaciones profesionales.	Monopolio
Asimetría informativa entre medico y paciente	Relación de agencia completa Difusión información sobre efectividad Activismo paciente Comités bioética	Si la relación de agencia falla: Demanda inducida Ausencia de mercado Consumidor desprotegido

Fuente: Elaboración propia en base a Stiglitz (op.cit.)

Algunas de las situaciones que distorsionan el funcionamiento son las siguientes:

- ✚ El consumidor no conoce exactamente la mejor forma de satisfacer su necesidad, necesita "ayuda" para elegir el servicio que necesita.
- ✚ Quien colabora en la determinación del servicio a utilizar es quien lo produce y vende. La oferta determina lo que se demanda.
- ✚ El pago lo realiza un tercero que se hace cargo de la contratación y pago del producto sin verificar muchas veces la producción, entrega y calidad del mismo.
- ✚ Los productos que se intercambian son, en algunas oportunidades, bienes públicos por lo que su consumo o no, beneficia o perjudica al individuo y al resto de la sociedad.
- ✚ Existen múltiples precios para el mismo producto o grupo de productos.

- ✚ La existencia de tres partes o intereses aumenta la dispersión de satisfacciones.

Lo señalado genera un alto grado de confusión en los actores dado que al perder la referencia del precio el demandante y el pagador no pueden evaluar su satisfacción y el productor no puede determinar su rentabilidad.

En lo referente a la discusión del precio es importante señalar el aporte de Stiglitz³⁵ que introduce un elemento adicional desde la lógica de mercado. En efecto la función demanda es inversa respecto al precio, esto es a medida que desciende el precio de un bien o servicio aumenta la cantidad demandada del mismo porque es menor el sacrificio monetario que debe realizar el demandante para satisfacer una mayor cantidad de necesidades.

En el caso del mercado sanitario el aseguramiento opera como mecanismo de balance o disminución de la incertidumbre. A cambio de una cuota determinada (por el nivel de ingreso o por adhesión al sistema) el demandante accede a los bienes y servicios que necesita sin necesidad de abonar por cada uno o abonando solo una fracción. El precio no actúa en este caso como limitante del consumo. Según el autor esto aumenta la demanda debido a la baja de precios.

Sin embargo esta situación tiene dos límites en el mercado sanitario, esbozadas por el mismo autor. Una proveniente del mismo ámbito económico, los economistas dicen que los agentes económicos actúan en términos marginales, esto es que a medida que aumenta el consumo de un bien disminuye la utilidad que le genera al consumidor. La otra limitante proviene del ámbito sanitario, una vez recuperada o mejorada la salud, el consumo tiene un límite. Una persona no se somete a una intervención quirúrgica si no lo necesita.

Si bien en una aproximación general se pueden considerar precios de mercado del bien o servicio bajo análisis, este es solo un precio de referencia. En el caso de servicios de salud a las personas existen otros elementos condicionantes. Solo excepcionalmente el precio se fija por oferta y demanda espontánea, habitualmente se recurre a contratos de prestación de servicios.

En dichos contratos se deben contemplar una cantidad de variables, entre otras:

- ✚ ¿Qué y cómo se contrata?
- ✚ ¿Quién paga?
- ✚ Existencia de intermediarios

³⁵ Stiglitz 2003. Op. Cit.

- ✚ Interrelaciones entre las distintas variables mencionadas.

Si bien todas estas cuestiones determinan la forma de contratación y determinación del precio hay dos cuestiones básicas que el oferente o productor del servicio mantiene intactas:

- ✚ Su capacidad, habilidad, recursos y organización para producir.
- ✚ Su necesidad de recuperar al menos los costos de producción.

Por lo expuesto, y en función del objetivo del trabajo es necesario optimizar los costos de producción en función de una mayor capacidad de negociación con las limitaciones e imperfecciones reseñadas en el desarrollo del documento.

3.3. Teorías de Costos



Las teorías sobre determinación de costos presentan una diversidad desde aquellas que persiguen objetivos estrictamente contables o de registración de datos históricos hasta aquellos que priorizan la utilización de los mismos en forma ex ante para la toma de decisiones.

Existe un debate también en la determinación de los mejores criterios aplicables a empresas productoras de servicios. Un recorrido sobre estos temas permitirá determinar o ajustar la óptica de análisis pertinente para este trabajo.

Dentro del objetivo General de este trabajo se plantea "Proponer mecanismos de análisis del proceso productivo de organizaciones de salud a partir de la desagregación de su cadena de valor..."

El análisis de la cadena de valor (ver punto 3.4. de este marco teórico) implica la desagregación de las actividades que componen un procesos productivo a los efectos de determinar su aporte como fuente de ventaja competitiva al valor generado por el proceso en su conjunto.

Por lo tanto es necesario conocer el proceso productivo, los insumos, tecnología y otros factores utilizados y los costos incurridos en este proceso de transformación.

Brevemente podemos caracterizar³⁶:

- al **proceso productivo** como aquella actividad económica que tiene por objeto aumentar la capacidad de los bienes para satisfacer necesidades o generar utilidades.
- a los **Factores** como bienes o servicios empleados con fines productivos, se transformen o no en dicho proceso.
- Al **Costo** como la vinculación entre los productos resultantes del proceso productivo y los factores necesarios consumidos en el mismo. Relaciones físicas a las que se aplica precio a los factores y productos.

³⁶Cartier, Enrique. "Categorías de factores productivos". XXIV Congreso Argentino de Costos. IAPUCO. Córdoba 2001.

¿Porqué se recurre al proceso de producción de bienes y servicios?, o dicho de otra manera, ¿porqué se produce? El principal objetivo es transformar unos bienes y servicios que ya dispone la sociedad en otros distintos y a la vez necesarios, esto se realiza utilizando factores, algunos de los cuales desaparecen o se transforman o se incorporan a los nuevos productos (materia prima, energía eléctrica) y otros participan del mismo sin modificar sus características y quedando habilitados para otro proceso (mano de obra, equipos, instalaciones).

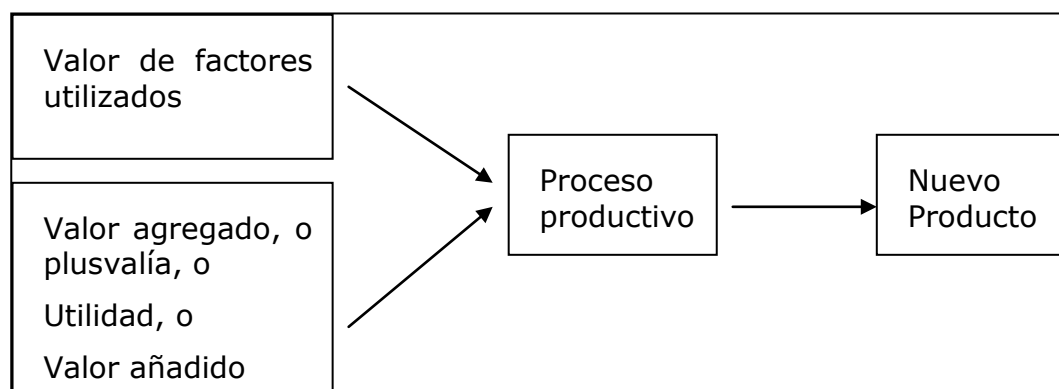
Ahora bien, todos aquellos insumos utilizados y otros factores aplicados tienen un valor determinado por el mercado o al menos un costo de oportunidad. También tiene valor la fracción de tiempo o vida útil asignada por los factores utilizados. Esto significa que en cada proceso de producción el colectivo social o al menos quienes deciden llevarlo adelante deciden sacrificar valor del que dispone la sociedad o alguno de sus miembros.

El nuevo producto (bien o servicio) obtenido también tiene un valor fijado por el mercado o por algún otro mecanismo alternativo. Otro de los efectos buscados con el desarrollo del proceso es que este valor sea superior al de los factores sacrificados o utilizados en la actividad de generarlo. Expresado de otra forma, la sumatoria del valor de todos los insumos y factores destinados a generar el nuevo bien debería ser inferior al valor del nuevo bien.

La diferencia, si es positiva, se denomina utilidad, plusvalía, valor agregado, valor añadido.

Gráficamente podemos expresarlo de la siguiente manera, más allá que las diferentes teorías del valor no coinciden totalmente en las denominaciones:

Gráfico 3. Proceso de Producción.



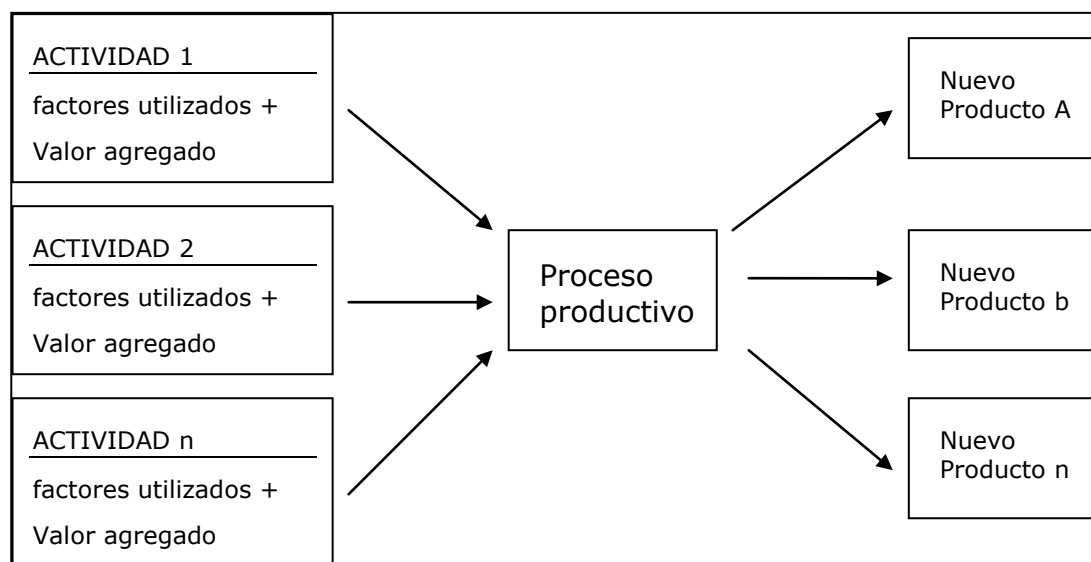
Fuente: Canale S en base a Moisés García García³⁷

En la realidad ninguna actividad productiva es tan simple, en general se trata de procesos productivos complejos donde para alcanzar el resultado final coexisten, interactúan, se superponen o diferencian múltiples "subprocesos" o etapas algunas de las cuales generan bienes intermedios, otras no.

Ocurre también que un proceso productivo puede generar distintos bienes y servicios. Es correcto imaginar además múltiples actividades con múltiples resultados.

Gráficamente una situación más compleja sería la siguiente:

Gráfico 4. Proceso de producción Complejo



Fuente: Canale S en base a Moisés García García³⁸

Esta realidad del proceso productivo torna necesario definir adecuadamente la forma de medir los costos dado que es necesario identificar las distintas actividades o procesos desarrollados para identificar su aporte positivo o negativo a la cadena de valor de la organización.

³⁷García García, Moisés "Economía de la producción y contabilidad de costes". Cap. 5 La operación de producción, Enfoque económico. Instituto de Planificación Contable. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid 1983

³⁸García García, Moisés "Economía de la producción y contabilidad de costes". Cap. 5 La operación de producción, Enfoque económico. Instituto de Planificación Contable. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid 1983

3.3.1. Modelos de costos para entidades sanitarias con internación

Siguiendo a Canale, De Ponti, Monteferrario³⁹, al momento de delinear un sistema de de costos que proporcione información para toma de decisiones es importante analizar y establecer claramente tanto el producto a gestionar, como también los procesos productivos necesarios para su obtención. Ocurre que en el ámbito de las organizaciones de salud en general y aquellas con internación no escapan a esta regla, no hay unanimidad en lo que refiere a la medida, características y conformación del producto hospitalario.

Si se piensa en la misión de estas organizaciones se puede concluir que la misma se materializa en la prevención, recuperación, mantenimiento y mejoramiento de salud de la población. (Corella, 1996⁴⁰; Coronel Troncoso, 1991⁴¹, Temes, 1994⁴²). De este modo, podemos expresar que el out-put final son los resultados en la salud y en la calidad de vida de la población. No obstante, estas medidas son complejas para la medición a nivel microeconómico. Además en términos estrictos estos resultados no se obtienen totalmente en la institución hospitalaria sino que requieren tiempo y tratamientos adicionales (por ejemplo medicación, rehabilitación, recuperación) luego del alta hospitalaria, en definitiva una acción integral del sistema sanitario.

3.3.1.1. Costo por actividad o costo orientado a los productos intermedios

Es por ello que, haciendo foco en la actividad asistencial de los sanatorios u hospitales, es factible observar que la misma se plasma en la atención de diversos y variados pacientes o individuos que concurren en la búsqueda de preservar o recuperar su salud, para lo cual consumen diversos recursos, entre otros: días cama de internación, consultas médicas, prácticas de laboratorio, fármacos, estudios diagnósticos, etc.. En este sentido Molinero, M.A. y colaboradores han establecido "El concepto de producto hospitalario va ligado de forma directa a los servicios que presta el hospital y, por tanto, va a referirse a la tipología de casos

³⁹Canale, Sandra; De Ponti Héctor, Monteferrario Mariano. "Modelización de costos para entidades intermedias que representan organizaciones de salud con internación." XVIII Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Informática. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF. Octubre 2013

⁴⁰Corella, J.M. "La gestión de servicios de salud", Madrid. Editorial Diaz de Santos, 1996

⁴¹Coronel Troncoso, G. Los costos en la actividad sanatorial. Determinación de costos por patología. Revista Costos y Gestión del Instituto Argentino de Profesores Universitarios de Costos, Año I, Revista No 3. Argentina, 1991

⁴²Temes, J. L., Díaz, J.L. y Parra, B. "El coste por proceso hospitalario". Madrid Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España. 1994

que se atienden, así como a la gama de cuidados que se presta al paciente hasta su alta hospitalaria.”⁴³

Si adicionalmente se considera que los pacientes presentan condiciones previas propias de cada caso vinculadas a diversos motivos (edad, genética, peso, comorbilidades, factores de riesgo, entre otros), difícilmente se puede considerar un paciente standarizado que recibe el mismo tratamiento para cada diagnóstico. Se puede llevar este criterio al extremo de un producto distinto para cada caso analizado.

En función de lo establecido anteriormente resulta necesario reconocer la existencia de distintos tipos de productos. Por un lado se hallan los productos finales, representados por los pacientes o las patologías tratadas, por el otro, los productos intermedios consumidos por los pacientes (días cama de internación, consultas, intervenciones quirúrgicas, placas radiográficas, etc.).

Diferenciando los productos de esta forma encontramos que los llamados bienes intermedios son más factibles de estandarización que los finales.

Tradicionalmente las corrientes doctrinarias del ámbito de costos en salud, postulan realizar las mediciones de costos a través de los productos intermedios (Ércole, 1979⁴⁴; Ministerio de Salud de la República Argentina, 2000)⁴⁵. Frente a esta posición, otros autores interpretan que la actividad asistencial se materializa en la atención de distintos pacientes, los cuales consumen recursos hospitalarios, convirtiéndose de esta manera en un factor de devengamiento de costos relevante. (Corella⁴⁶; Temes⁴⁷). De este modo, es posible observar que no existe un consenso generalizado en relación a la definición del producto hospitalario o de la forma de identificarlo, lo que deriva en la existencia de distintos modelos de posible aplicación para el establecimiento de los costos. Estas formas de expresión del producto pueden considerarse en algún caso complementarias.

⁴³Molinero, Andrés M.; Orbieta JM; Polo Ordoqui M. “La medida del producto hospitalario. El case mix” En Temes, J. L., Díaz, J.L. y Parra, B. “El coste por proceso hospitalario”. Madrid Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España. 1994

⁴⁴Ércole, R. (1979) en Giménez, C. y colaboradores (1979). “Tratado de Contabilidad de Costos”. Ediciones Macchi, Buenos Aires, Argentina.

⁴⁵Ministerio de Salud de la República Argentina, Secretaría de Atención Sanitaria, Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción. “Pautas Básicas para la Elaboración de Costos Hospitalarios” RSPS 120/99. (2000)

⁴⁶Corella, 1996. Op. Cit.

⁴⁷Temes, 1994. Op. Cit.

Los modelos de costos orientados a los productos intermedios se caracterizan por estudiar y analizar a las organizaciones con internación como entes donde se desarrollan distintas funciones. (Dueñas Ramia⁴⁸; Canale⁴⁹). En consecuencia, se hace énfasis en una organización por departamentos o sectores. Al respecto existe variada bibliografía que desarrolla el tema, habiéndose detectado que a la hora de agrupar y definir los sectores se utilizan diversas denominaciones, sin embargo las diferencias no resultan sustanciales o de fondo, sino más bien de matiz.

A modo de ejemplo se cita la denominación utilizada en un documento publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2000 con el objetivo de brindar una base para el diseño de modelos de costos apropiados a las particularidades jurisdiccionales. En este trabajo se establece el siguiente criterio de agrupación:

- Sectores Finales: Consultorios externos, Internación, Quirófano, etc.
- Sectores Intermedios: Laboratorio, Radiología, Farmacia, etc.
- Sectores de Servicios Generales: Dirección, Administración, Limpieza, etc.

Gisbert I Gelonch, R.⁵⁰ propone una clasificación similar, pero realiza un agregado interesante, ya que propone distinguir a los sectores intermedios entre asistenciales (laboratorio de bioquímica, diagnóstico por imágenes, etc.) y no asistenciales (admisión, cocina, lavandería, etc.).

Bajo la propuesta de un modelo de costos orientado a los productos intermedios, en los sectores finales se deben concentrar todos los costos para poder determinar el costo unitario medido en días/cama, número de consultas, número de intervenciones y número de partos. Frente a este planteo se establece un esquema de reparto de los costos indirectos generales y de los costos de los sectores generales e intermedios, hasta finalmente quedar con la apertura de los servicios finales, los cuales entonces acumulan costos directos y costos indirectos recibidos a través de distribuciones o prorrateos. Los costos totales de los servicios finales se

⁴⁸Dueñas Ramia, G. La Dirección de hospitales por productos: nuevas metodologías de cálculo y análisis de costos. Anales del XXV Congreso Argentino del IAPUCO (Instituto Argentino de Profesores Universitario de Costos). Buenos Aires, Argentina. 2002.

⁴⁹Canale, S. "Modelos de Costos para organizaciones con internación", publicado en Anales del X Congreso Internacional de Costos, Lyon, Francia, 13 al 16 de Junio de 2007

⁵⁰Gisbert I Gelonch, R. "Economía y Salud. Economía, Gestión Económica y Evaluación Económica en el Ámbito Sanitario". Editorial Masson, Barcelona, España. 2002.

dividen por la cantidad de prestaciones realizadas medidas en las respectivas unidades de análisis (días/cama, consultas, etc.).

De lo manifestado anteriormente se desprende que el costo se genera a través de sucesivas distribuciones en cascada y que bajo esta metodología de trabajo se obtiene costos unitarios promedios para la entidad asistencial en su conjunto en cada una de las expresiones de su atención (hospitalización, ambulatorio, etc), de modo que se realiza un costeo global.

Este modelo cuenta con al menos dos limitaciones que no se pueden dejar de mencionar:

- Al costear productos intermedios y no pacientes o procesos de atención, no reconoce las variaciones que se generan en los costos consecuencia de la diversidad de pacientes, y
- la heterogeneidad de las prácticas hospitalarias hace que en este caso no se puedan hacer comparaciones con protocolos o estándares que permitan medir eficiencia productiva.

En principio, es factible analizar que en sus orígenes se vincula con un modelo de gestión orientado a las funciones. Ante estas limitantes, se destaca que las fortalezas del mismo están centradas en la menor complejidad de trabajo en relación a otras metodologías más modernas y la información de costos que ofrece el día/cama de internación, ya que esta unidad de análisis también resulta relevante para las entidades con internación, puesto que alrededor de esta variable se concentran una importante proporción de los sanatorios.

CuadroIX. Servicios producidos

<i>Ss. Producción – Productos Finales</i>	<i>Área</i>	<i>Unidad producción</i>
	Piso	Días Cama Ocupados (1)
	Area Crítica	Días Cama Ocupados (1)
	Area Quirúrgica	Numero de Interven. (2)
	Guardia	Número de Consultas
<i>Ss. Producción Interm– Ap. Asistenciales</i>	<i>Área</i>	<i>Unidad producción</i>
	Laboratorio	Cantidad de determinac
	Imagenología	

	RX	Cantidad de placas
	Estudios rayos	Cantidad de Estudios
	Ecografía ecodopler	Cantidad de Estudios
	TAC	Cantidad de Estudios
	Hemoterapia	Bolsas de Sangre
<i>Ss. Producción Apoyo – Ap. No asistenciales</i>	<i>Área</i>	<i>Unidad producción</i>
	Lavadero	Kgs. De ropa lavada
	Cocina	Cantidad de raciones
	Esterilización	Kgs de material
	Mantenimiento	
	Prov de Oxígeno?	
	Personal	
	Administración	
	Facturación	
	Gerencia medica /Dcion	

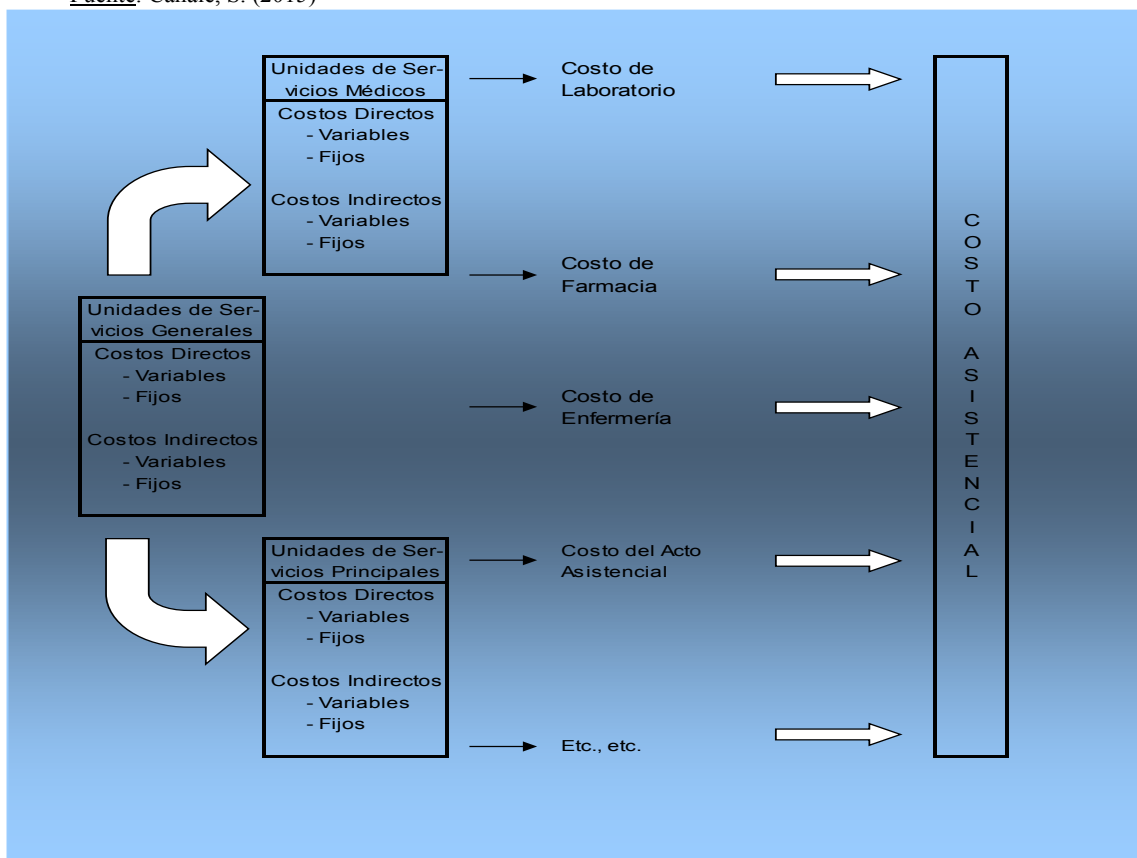
Fuente: Elaboración propia

3.3.1.2 Costo por tipología de pacientes

Frente a la postura anterior, en las últimas décadas ha surgido una línea de gestión donde se focalizan los procesos y se pone atención en la diversidad de casos atendidos en las entidades, apoyándose en la medida del case-mix (mezcla de casos) a través de la aplicación de distintas clasificaciones de pacientes, dentro de las cuales la agrupación en GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) es la que goza de amplia difusión. Esta línea de pensamiento se basa en una metodología de cálculo y análisis de los costos con algunas innovaciones respecto a la visión tradicional por funciones.

Gráfico 5. Metodología para cálculo por grupo de pacientes

Fuente: Canale, S. (2015)⁵¹



Los sistemas de información de costos orientados a las distintas tipologías de pacientes promueven un cambio sustancial, ya que parten de la premisa de que los bienes y servicios intermedios no son el objetivo final de la entidad asistencial y que, no sólo debe calcularse el costo de estos últimos, sino que también debe evaluarse cómo han sido utilizados los recursos para satisfacer las necesidades de los pacientes. La buena calidad y el costo de los bienes y servicios intermedios no garantizan la calidad y eficiencia del producto final, que en definitiva es el impacto en la salud de los distintos pacientes tratados.

Esta corriente doctrinaria hace hincapié en los procesos necesarios para la atención del paciente, pero destacando que se torna ineludible trabajar con clases homogéneas que hagan posible y menos complejas las mediciones (Temes, op.cit.). De este modo, resulta necesario identificar los procesos que se generan en la

⁵¹Canale, S. (2015). Gestión de hospitales públicos. En Costos y Gestión en entidades gubernamentales, coordinador Yardín, A.

entidad sanitaria, los factores que consumen cada uno de dichos procesos y el resultado o producto de los mismos, para luego reconocer el consumo que realizan, de estos últimos, los distintos grupos de pacientes. (Figura 2)

Este último modelo analizado parte de una visión donde se trata de reflejar la realidad económica observable: heterogeneidad de prácticas, diversidad y gran cantidad de pacientes (requisito imprescindible para posibilitar standarización y evitar sesgo motivado por pocos casos), numerosas actividades para el logro de la atención de los pacientes, cada una de las cuales genera un bien o servicio específico.

No obstante, su instrumentación presenta mayores dificultades que el modelo tradicional, ya que no sólo debe realizarse el costeo de una gran cantidad de grupos de pacientes, sino que también requiere el cálculo específico de cada uno de los productos intermedios que se generan en el hospital, equivalente en general a la determinación del sistema tradicional. Para su aplicación, es necesario contar con sistemas de información contable y con bases de datos clínico-asistenciales que posibiliten las categorizaciones de pacientes y el seguimiento de las historias clínicas.

Se requiere una metodología de trabajo donde resulta necesario distinguir entre los centros de actividades donde se prestan servicios generales (compras, tesorería, personal, etc.) y los denominados centros principales donde se desarrollan actividades vinculadas con la atención del paciente, siendo algunas de estas asistenciales (radiología, laboratorio bioquímico, enfermería, etc.) y otras no asistenciales. (lavadero, cocina, admisión). Luego, se debe identificar el bien o servicio intermedio generado por estas actividades, para –finalmente- reconocer el consumo que se realiza de estos últimos en pos de la resolución de la patología o atención del paciente.

De acuerdo a lo explicitado anteriormente, se debe utilizar un sistema de costeo por órdenes de trabajo, ya que a través del mismo, es factible realizar la identificación de los consumos de cada tipo de paciente. (Coronel, G.⁵²). La implementación de un modelo de costos por tipología de pacientes, requiere administrar y gestionar un caudal de información muy grande, de modo que se hace necesario contar con apoyo informático suficiente, con una cantidad importante de personal capacitado, historias clínicas informatizadas de los

⁵² Coronel Troncoso, 1991. Op. Cit.

pacientes y guías o protocolos de actuación médica. Asimismo es necesario reunir información de una cantidad importante de casos para evitar el sesgo que puede producir uno o pocos pacientes con demanda diversa por otras comorbilidades que los puedan afectar.

La modalidad de contratación que se identifica con esta metodología incorpora el concepto de "patología resuelta" o sea que presupone la resolución del problema de salud que originó el contacto del paciente con el sistema.

Esto agrega otro nivel de complejidad dado que no incluye la diversidad de procedimientos que muchas veces son necesarios hasta determinar el diagnóstico. Tampoco incorporan los costos surgidos de las complicaciones o prolongaciones de los tratamientos.

De alguna manera se puede sostener que la modalidad de contratación por prestaciones si bien da certeza al prestador de cobrar todo lo realizado, por otro lado premia la ineficiencia dado que se paga todo lo que se hace. Ejemplificando si se realizaron mas estudios diagnósticos para precisar el mismo o si surgen complicaciones que prolongan la recuperación o incrementan los costos, todo genera crédito para el prestador aunque no optimice la relación costo beneficio.

3.3.1.3. Costo de los productos intermedios vs. Costo por tipología de pacientes

Luego de la descripción anterior sobre modelizaciones de costos, es posible analizar que la obtención de costos unitarios (de los productos intermedios, de las enfermedades o grupos de pacientes) es un tema de gran trascendencia. Esto, tal vez, ante la necesidad de aportar a un tema sensible y controvertido en el área de salud: la fijación de tarifas o aranceles o precios en definitiva.

En este sentido, es factible vincular cada metodología con distintos modelos de pagos, en tanto el costo de los productos intermedios es contrastable con el pago por prestación, el costo de la enfermedad o por tipología de pacientes con el pago por módulos. Si bien esta información es útil y necesaria, no se debe dejar de advertir que sólo se trata de un objetivo entre tantos otros que hacen a la adecuada gestión de costos de una entidad.

En este trabajo, se busca realizar un análisis reflexivo sobre la modelización de costos a realizar en entidades sanitarias con internación, reconociendo que el costo es un concepto relativo y que la información de costos debe responder a distintos objetivos, por lo tanto es un desafío desarrollar sistemas de costos que aporten datos a una base de datos amplia y flexible, en pos de generar información que

posibilite realizar análisis para la fijación de tarifas y una buena gestión de los recursos.

Si bien la metodología orientada a los pacientes tiene una mirada de gestión orientada a los procesos, ocurre que la obtención de los insumos totales del costo por proceso requiere sistemas analíticos de registración que no son habituales en el medio que este estudio se lleva a cabo. Por otra parte, se requiere de mediciones de casuística que tampoco se hallan desarrolladas.

Además la modalidad de contratación prevalente en Argentina entre financiadores y prestadores parte de asignar un código y un valor a cada actividad y luego se valoriza el total de actividades brindadas para determinar el monto a percibir. Es lo que se denomina contrato por prestaciones.

De este modo, en este trabajo se trata de adecuar o compatibilizar los modelos de costos para realizar una propuesta que aporte no sólo a la determinación de costos de los principales productos intermedios, para el sistema sanitario, de referencia en la región donde funciona la empresa tomada como caso de estudio. Esto como medida o referencia para la fijación de aranceles o precios tratando de encontrar a través de la costificación el valor mínimo a alcanzar medido en unidades monetarias que permita recuperar todos los recursos insumidos en el proceso.

Además y como aporte, se pretende avanzar también, en el análisis de los servicios sanatoriales desde la mirada de subprocesos que a la par de insumir recursos, generan valor y deben ser analizados focalizadamente bajo la consigna de calidad, optimización productiva y generación de valor por si mismo o como integrante del conjunto.

De esta forma se analizará la generación de costos y de valor agregado de las distintas actividades de la cadena de valor.

Expresado de otra forma, cual es el abordaje apropiado para la determinación de costos en procesos productivos complejos de servicios sanitarios? Siguiendo a Lewis Carroll, depende del objetivo⁵³.

Si la meta es conocer el **costo total** como base para la determinación del precio la orientación es hacia el **costo de los productos intermedios**.

⁵³Lewis Carroll "Alicia en el país de las maravillas".

Alicia: Gatito, gatito, ¿te importaría decirme, por favor, qué camino debo tomar desde aquí?

Gato: Eso depende en gran medida de adónde quieres ir,

Alicia: ¡No me importa mucho adónde...!

Gato: Entonces, da igual la dirección ¡Cualquiera que tomes está bien!"

Si el objetivo es la **mejora en los procesos o la generación de mayor valor**, el abordaje es a través del **análisis de los servicios o subprocesos** y el valor que generan específicamente.

3.4. Cadena de valor



Michael Porter



Henry Ford Hospital" Frida Kahlo, Detroit 1932.

Para el caso "Elementos de la cadena de valor en salud"

El presente trabajo se plantea como objetivo mejorar la calidad de los productos elaborados por las instituciones analizadas a través de las actividades o subprocesos, no exentos de complejidad productiva.

El abordaje elegido es a través de la cadena de valor según el aporte del prof. Michael Porter.

La utilización de la cadena de valor como forma de desagregación de costos en organizaciones de salud constituye la variante creativa o de aporte de propuestas de este proyecto.

Por lo tanto se analizará el aporte al conocimiento brindado por el Profesor Michael E. Porter quien en 1985 introdujo este concepto en su libro *Ventaja Competitiva*⁵⁴, aportes posteriores que enriquecieron esta mirada y su aplicabilidad para el proceso de análisis de costos en organizaciones de servicios.

"La cadena de valor es esencialmente una forma de análisis de la actividad empresarial mediante la cual descomponemos una empresa en sus partes constitutivas, buscando identificar fuentes de ventaja competitiva en aquellas

⁵⁴Porter, Michael E., 1999. *Op. Cit.*.

actividades generadoras de valor. Por consiguiente la cadena de valor de una empresa está conformada por todas sus actividades generadoras de valor agregado y por los márgenes que éstas aportan”⁵⁵.

Es conveniente establecer los diversos productos finales elaborados por la empresa a los efectos de contemplar la participación de las distintas actividades que conforman el proceso de producción de los mismos.

En el caso bajo análisis que corresponde a un establecimiento de salud con internación de patologías agudas los productos finales difieren según el grado de agregación que se considere.

En la modalidad tradicional de análisis de costos se consideran los productos: día cama (piso, área crítica), consulta de guardia, hora quirúrgica. Esta clasificación se corresponde con la modalidad habitual de contratación por prestaciones que utiliza el sistema de seguridad social en Argentina.

Esta clasificación no incluye todos las actividades de diagnóstico (laboratorio, imágenes) y tratamiento (medicamentos, descartables, honorarios profesionales) que forman parte del proceso productivo.

Si se agregan estas actividades cambia el producto final que se puede clasificar bajo alguna de las siguientes denominaciones: día cama clínico, día cama quirúrgico o patología resuelta.

Este último producto merece una reflexión adicional cual es que la resolución de la patología no necesariamente (se podría decir raramente) coincide con el alta hospitalaria sino que la excede.

En efecto, lo habitual es la finalización del tratamiento en forma ambulatoria a través de actividades de rehabilitación, medicación, controles (médicos, de laboratorio, radiológicos) curaciones, tratamiento de eventuales complicaciones. En este caso el término “patología resuelta” no coincide en la definición del prestador (establecimiento de internación), ni con la del usuario paciente y del financiador (asegurador) siendo más limitada y menos costosa en el primer caso que en el segundo.

⁵⁵Calvo, Héctor: “Utilización del concepto de cadena de valor para definir una metodología de diagnóstico en organizaciones de servicios de salud”. A.D.E.N.A.G.

3.4.1. Desagregación Cadena de Valor

3.4.1.1. Actividades primarias

Siguiendo a Porter⁵⁶ "(...) son las implicadas en la creación física del producto y su venta y transferencia al comprador, así como asistencia posterior a la venta.

- Logística Interna: recepción almacenamiento y distribución de insumos, manejos de materiales, inventarios, devoluciones.
- Operaciones: actividad asociada con la transformación de insumos en forma final del producto.
- Logística externa: almacenamiento y distribución física de producto entre compradores, procesamiento de pedidos y programación.
- Mercadotecnia y ventas: actividades asociadas con proporcionar un medio por el cual los compradores puedan comprar el producto. Publicidad, promoción, fuerza de ventas, relaciones de canal y precio.
- Servicios: para realzar o mantener el valor del producto, instalación, reparación, capacitación, repuestos, ajustes".

3.4.1.2. Actividades de Apoyo

"Las actividades de apoyo están relacionadas con actividades primarias específicas o con el conjunto de las mismas."

- "Abastecimiento: función de comprar insumos usados en la cadena de valor, no el insumo en sí. Tanto materias primas como máquinas. Los insumos están presentes en todas las actividades de valor tanto primarias como de apoyo. Las prácticas de compra pueden afectar el costo y la calidad de los insumos comprados.
- Recursos Humanos: Actividades de búsqueda, contratación, entrenamiento, desarrollo y compensaciones del personal. La adm de rrrh ocurre en toda la empresa, la dispersión puede llevar a políticas inconsistentes. Una metodología comprendida en toda la empresa hace los compromisos mas efectivos y facilita el servicio.
- Infraestructura de la empresa: diversas actividades, incluyendo administración, planeación, finanzas, contabilidad, calidad. Normalmente apoya la cadena completa y no actividades individuales."⁵⁷

⁵⁶ Michael E. Porter VENTAJA COMPETITIVA. Creación y sostenimiento de un desempeño superior. Compañía Editorial Continental. Décima octava reimpresión. México 1999 pag 57

- Desarrollo de tecnología: cada actividad de valor representa tecnología: conocimientos, procedimientos o tecnología dentro del equipo de proceso. Habitualmente incluyen subtecnologías de disciplinas diferentes. El desarrollo de tecnología es importante para la ventaja competitiva.
- Insumos

3.4.1.3 Margen.

"...que es la diferencia entre el *valor* total y los costos totales incurridos por la empresa para desempeñar las actividades generadoras de valor."⁵⁸

Se puede avanzar sobre el tema de la generación de valor positivo, rentable o incremental desde distintas miradas.

El objetivo es que el valor del nuevo producto supere a los que se consumen en el proceso, esto puede analizarse de distintas formas que son solo aristas del mismo producto.

En lo **social** los valores involucrados surgen de la apreciación que la sociedad en su conjunto hace de cada bien, tanto los absorbidos en el proceso y que no satisfacen estas necesidades per se sino otras, como los bienes resultantes del proceso en si mismo que tienen una valoración social distinta. La magnitud de estos indicadores sociales no siempre se relaciona directamente con los costos de producción.

El objetivo se podría fijar en que el valor social del producto sea superior a la sumatoria de los costos de oportunidad de los recursos afectados. Identificar productos con alto valor social puede ser beneficioso para la organización.

En lo **económico** (importante para el financiador) se utiliza plenamente la relación con los costos de producción, el mayor valor del producto final por encima de los recursos e insumos absorbidos representa el incremento de valor primando el criterio de eficiencia productiva.

Haciendo referencia a la **calidad técnica** (importante para el prestador) del producto final puede entenderse por tal la recuperación o mantenimiento del estado

⁵⁷ Michael E. Porter(1999) Op Cit pag 57

⁵⁸ Héctor Calvo Adenag op. Cit.

de bienestar en el período más breve posible con la menor cantidad de secuelas. Se aproxima al concepto de eficacia productiva.

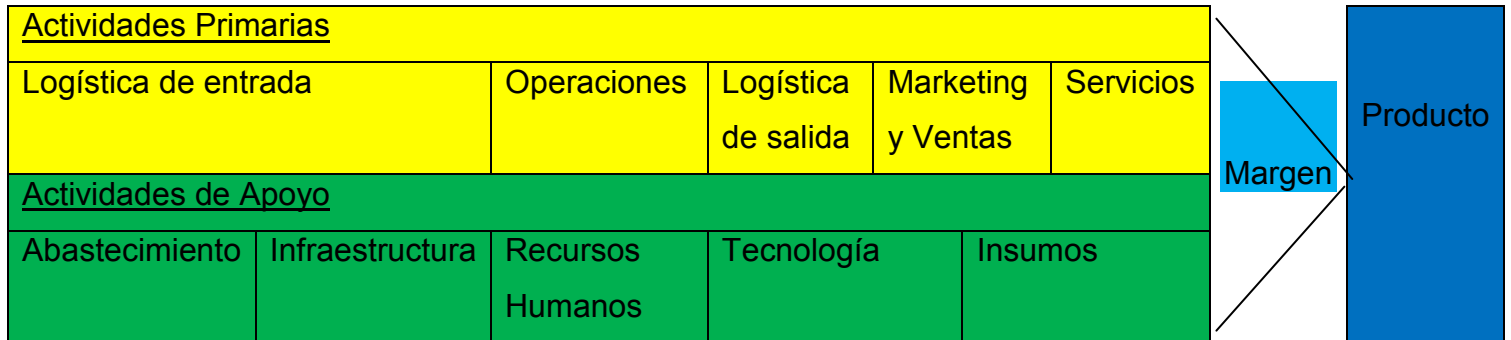
En lo que respecta a **calidad percibida** (importante para el paciente) se orienta al valor que significa el paciente y su grupo de pertenencia sobre el proceso desarrollado a su entender. Pondera hotelería, confort, trato dispensado, agilidad administrativa y otros elementos por encima del conocimiento médico aplicado, la asepsia del quirófano o la experiencia del personal de enfermería.

Existen al menos estas cuatro miradas en la construcción del valor de los bienes y servicios generados, obviamente que la ponderación de cada una de ellas depende del evaluador y de su rol. También aparece una quinta o última apreciación que es la sumatoria de todas las anteriores y que constituye el valor total del producto.

Este análisis permite introducir la idea que el valor final, y por ende el valor agregado no es un concepto único en términos cuali y cuantitativos y permite enfatizar en las distintas observaciones según el sujeto o colectivo y de la necesidad que se desea satisfacer.

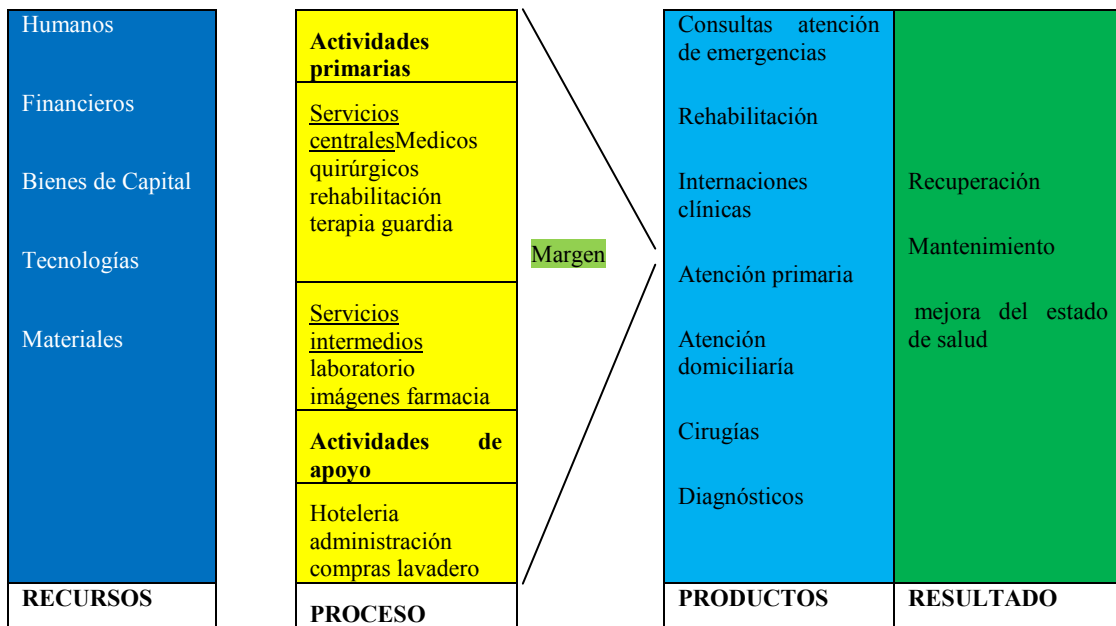
3.4.2. Cadena de Valor⁵⁹

Gráficamente Porter desagrega las actividades de una organización de la siguiente manera:



Fuente: elaboración propia en base a Porter op. cit.

Cadena de valor en Empresas de Salud



Fuente: Elaboración propia

⁵⁹Porter (1999). Op. Cit.

Cuadro X. Clasificación de actividades en empresa hospitalaria

Actividades		Genéricas de cadena de valor	Específicas de Hospital privado según sector
Primarias	Logística Interna	recepción almacenamiento y distribución de insumos, manejos de materiales, inventarios, devoluciones	<p>Compras. Provisión medicamentos y descartables, alimentos, elementos de limpieza, ropería.</p> <p>Economato. Almac y distribución de alimentos y elementos de limpieza</p> <p>Farmacia. Almac y distribuc de medic y descartables</p> <p>Mantenimiento. Tratamiento y disposición de residuos patológicos o comunes. Provisión de oxígeno</p>
	Operaciones	actividad asociada con la transformación de insumos en forma final del producto	<p>Quirófano Área crítica</p> <p>Guardia PisoCocina Esterilización Lavandería</p>
	Logística externa o de salida	almacenamiento y distribución física de producto entre compradores, procesamiento de pedidos y programación.	<p>Admisión, programación de cirugías e internaciones clínicas</p> <p>gestión de historias clínicas e informes estudios.</p>
	Mercadotecnia y ventas	actividades asociadas con proporcionar un medio por el cual los compradores puedan comprar el producto. Publicidad, promoción, fuerza de ventas, relaciones de canal y precio.	<p>Imagen, Relación con pacientes, contratación con financiadores</p> <p>diferenciación de mercados</p>
	Servicios	para realzar o mantener el valor del producto, instalación, reparación, capacitación, repuestos, ajustes	<p>Mantenimiento equiposEnergía eléctrica</p> <p>Seguridad</p>
Apoyo	Infraestructura	diversas actividades que normalmente apoyan la cadena completa y no actividades individuales	<p>AdministraciónFacturación</p> <p>ContaduríaTesorería</p> <p>AdmisiónArchivo</p> <p>dirección adm y médica</p>
	Recursos Humanos	Actividades de búsqueda, contratación, entrenamiento, desarrollo y compensaciones del personal	<p>Selección, administración, capacitación PersonalEnfermería</p> <p>Servicios médicos Programas de residencias y concurrencias</p>

	Tecnología	conocimientos, procedimientos o tecnología dentro del equipo de proceso. Habitualmente incluyen subtecnologías de disciplinas diferentes	Esterilización, Enfermería Provisión de oxígeno y a.c. Organización quirófano Circulación de pacientes Protocolos de atención. Normas de infecciones
	Insumos	Gestión de compras. Materias primas, equipos. Los insumos están presentes en todas las actividades de valor tanto primarias como de apoyo.	Compras biongeniería Mantenimiento

Fuente: Elaboración propia

3.4.2.2 Análisis de caso. Cadena de valor Red del Hospital Clínico de la Universidad de Chile

A los efectos de analizar un caso específico de Cadena de valor en organizaciones de salud se presenta el caso de la Red del Hospital Clínico de la Universidad de Chile⁶⁰

A los efectos de no dispersar el análisis, el caso completo se presenta en Anexo II, refiriendo aquí solo los aspectos considerados necesarios.

La presentación argumenta que el análisis de la cadena de valor persigue el objetivo de establecer las competencias centrales de la organización, que le permiten diferenciarse de la competencia.

A modo de breves y escuetas conclusiones, la presentación resalta:

- Las actividades primarias deben analizarse en dos dimensiones, calidad técnica y calidad percibida.
- Las actividades secundarias si bien afianzan el proceso productivo deben ser imperceptibles para el usuario
- El objetivo de todas las actividades es la generación de valor.
- La medición de valor debe ser realizada por todos los participantes del proceso, grupos de interés, relacionados. Se incluyen tanto pacientes, clientes, usuarios como proveedores, trabajadores, gobierno

⁶⁰Curso Internacional sobre Planificación Estratégica en Salud de la Universidad de Chile donde analiza la cadena de valor de la Red del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (<https://www.youtube.com/watch?v=fXP0VCb91pg> consultado el 4 de enero de 2017)

Como aporte de fondo al trabajo caben las siguientes reflexiones:

- ✚ Se menciona reiteradamente que el análisis de cadena de valor desagrega o disecciona el producto en todas las actividades primarias y secundarias que lo integran para analizar sus aportes en términos de valor.
- ✚ La sumatoria de los valores de cada una de las actividades puede constituir el valor final del proceso de producción.
- ✚ En términos de costo de oportunidad lo ideal es que el valor asignado al producto o proceso final sea mayor a la sumatoria de valor de los recursos absorbidos por el proceso. Se considera este razonamiento mezquino o al menos limitado a una cuestión de intercambio o trade off de costos de insumos y factores por otros de distinta valoración.
- ✚ En esta simplificación o estandarización del producto final, se omiten un par de aspectos:
 - El producto final al que debe asignarse valor difiere en prácticamente todos los casos. Se menciona en este capítulo y otros de este trabajo que se producen servicios "a medida" de cada paciente y con la activa participación de los mismos. Un comprimido de amoxicilina de 500 mg utilizado en un tratamiento seguramente tiene el mismo valor unitario que otro, no así el conocimiento médico aplicado. Por lo tanto los productos son todos distintos y su valor también lo es.
 - Se ha mencionado ut supra que el análisis de las actividades primarias es susceptible de valoraciones técnicas con su correspondiente medición de calidad y simultáneamente se analiza con parámetros cualitativos la calidad percibida. Esto significa al menos dos medidas de valor distintas.
 - Valor del producto. La definición anterior sobre el objetivo que la sumatoria de valores de los recursos e insumos absorbidos sea equivalente al valor asignado al resultado del proceso induce a pensar en una relación numérica costos vs precio de venta solamente.
 - Es una acepción limitada del concepto valor. En realidad cuando se refiere valor, se alude a la significación que la sociedad hace del producto, la importancia relativa que le asigna o la utilidad que el mismo tiene en función de las necesidades que satisface. En definitiva el valor final es un concepto mucho mas amplio que la sumatoria de costos. Dado que la valoración social oscila en función de diversos criterios, existen "n" valores para un producto y el margen también es variable.
 - Racionalidad limitada. El desconocimiento de los tratamientos necesarios, el riesgo de vida o daño irreparable, la necesidad de actuar de inmediato para impedir que el estado de salud se agrave y otros motivos en esta línea de razonamiento hacen que el valor del producto final pueda asumir magnitudes

considerables. Un viejo dicho popular expresa “la salud no tiene precio” y grafica adecuadamente la situación.

○ Múltiples clientes⁶¹: la producción de bienes y servicios sanitarios satisface las expectativas de diversos clientes, interesados o stakeholders. Ejemplo: un tratamiento quirúrgico de problema de columna que limita la calidad de vida de un paciente, en la medida que sea exitoso tiene valor técnico y percibido importante para, entre otros: el paciente si recupera su calidad de vida, el financiador si logró la solución a un costo adecuado, el profesional que agrega experiencia y cliente sano y satisfecho; el proveedor y el fabricante de prótesis; el hospital que vendió infraestructura, pensión, etc; el fisokinesioterapeuta; la cadena del medicamento, el estado que mejoró la calidad y expectativa de vida de sus habitantes; seguramente otros interesados.

○ En todos los casos, mencionados o no, seguramente el valor asignado por el beneficiario es distinto.

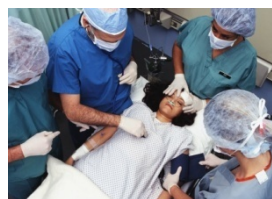
✚ El análisis de los párrafos anteriores, y lo antes planteado, busca significar la variabilidad cuanti cualitativa del concepto de valor tanto de las actividades en las que se desagrega el proceso, como del producto final y por tanto dicha amplitud se traslada al Margen o plusvalor.

✚ Obviamente que **en el caso bajo análisis se recorta el análisis a la organización y sus procesos de absorción y creación de valor. Ello no quita que se introduzca la percepción de terceros al momento de determinar las competencias esenciales o centrales, las fortalezas y oportunidades, todo ello para incrementar el valor asignado al resultado de la cadena.**

✚ Asimismo aquellas actividades no esenciales o que representan debilidades o amenazas deben ser objeto de mejoras o rediagramación.

⁶¹Entendiendo por cliente no solo el demandante directo del producto sino a todos aquellos que tienen una expectativa del mismo

4. Desarrollo del Plan de trabajo



Tal lo establecido en el Planteamiento del Problema el objetivo del presente trabajo es elaborar una metodología de análisis del proceso productivo de organizaciones de salud en función de su cadena de valor que permitan mejorar la generación de valor agregado positivo de estas instituciones.

Para ello se analizará una empresa privada que brinda servicios quirúrgicos y clínicos que requieren la internación del paciente con patologías agudas.

La organización seleccionada es Sanatorio Garay SA de la ciudad de Santa Fe.

La empresa cuenta con 128 camas (94 de internación general, 8 en terapia intensiva, 8 en unidad coronaria, 4 en cuidados intermedios, 5 en internación transitoria, 8 en neonatología, 5 en pediatría); área quirúrgica con 4 quirófanos; sala de parto; Shock room; servicio de recepción de emergencias; guardia general, traumatológica y pediátrica; servicio de imágenes (rx, mamografía, ecografía, ecodopler, tomografía); medicina nuclear; laboratorio; banco de sangre; unidad de cardiología intervencionista; servicio de videoendoscopia digestiva⁶².

Opera con aproximadamente 195 empleados propios excluidos los profesionales médicos.

Jurídicamente está constituido bajo la forma de Sociedad Anónima, por estatuto sus socios –más de cien- son todos profesionales de la salud, la mayoría de ellos utilizan las instalaciones del sanatorio para el desarrollo de su actividad profesional.

El capital accionario está distribuido de forma tal que ningún accionista tiene mas del 6% del capital, las decisiones deben ser tomadas por consenso y tienden a vincularse en grupos accionarios según la especialidad del accionista.

Este Sanatorio tiene mas de sesenta años de antigüedad, forma parte del grupo de entidades sanatoriales de mayor complejidad de la ciudad. Integra la Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de Santa Fe.

⁶²Si bien la unidad de gestión prestacional es única, los servicios de laboratorio, banco de sangre, ecografía, medicina nuclear, cardiología intervencionista, videoendoscopia digestiva, neonatología y pediatría se encuentran concesionados.

Además del equipamiento acorde a las prestaciones se desarrollan programas de calidad tanto asistencial como percibida por el paciente.

El segmento de la población objetivo está compuesto básicamente por aquellas personas que requieren tratamiento quirúrgico o clínico de patologías agudas con internación y que cuentan con cobertura de obra social, seguro de salud, empresa de medicina prepaga o cuentan con la posibilidad de financiar de su bolsillo la atención requerida.

Recibe pacientes hospitalarios, a cargo del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe cuando se desborda la capacidad de atención de los hospitales de referencia o estos no cuentan con la complejidad suficiente.

A los efectos de relacionarse con los financiadores en forma conjunta con su red de prestadores ambulatorios y de diagnóstico y tratamiento se ha constituido una gerenciadora que administra bajo la forma de fideicomiso la facturación y gestiona aranceles y cobranza.

Con la mayoría de los financiadores se establecen convenios de pagos por prestaciones, de acuerdo al nomenclador nacional de prestaciones médico asistenciales o prestaciones moduladas.

Siguiendo la propuesta de trabajo:

4.1 Fase 1. Selección del modelo de costos a aplicar

En primer término y en función de lo desarrollado en el Punto 3. Marco Teórico, a partir de la división de actividades de la empresa, que establece la Cadena de Valor (actividades principales o sustantivas y actividades secundarias o de apoyo) se determinó un modelo de análisis de costos de la actividad productiva de una empresa de salud con las características de la seleccionada como representativa del universo y se determinó el tipo, calidad y cantidad de información a recoger dentro de la empresa y en su entorno.

El resultado de esta etapa es una matriz de ítems a relevar en función de los requerimientos de las actividades de la cadena de valor e información adicional necesaria para establecer su asignación a cada actividad, necesidad de establecer precios de referencia o de mercado si se generan productos intermedios a consumir en posteriores etapas del ciclo productivo.

Tal lo expresado en el Marco Teórico, capítulo:3.2. Teorías de determinación de costos, los modelos prevalentes en el análisis de costos de organizaciones productoras de servicios como la referenciada en este trabajo son los denominados: **costos de los productos intermedios y costos por grupos de pacientes.**

Por los motivos expuestos en el punto 3.3.1.3, el modelo orientado a los grupos de pacientes encuentra limitaciones de base de datos en la entidad que se toma como caso de estudio para su aplicación. El modelo de costos de productos intermedios (desarrollado en la actualidad por la entidad) presenta una menor complejidad de implementación, no obstante propone una metodología tradicional con limitaciones, entre ellas, podemos mencionar que focaliza en el costo unitario y se condice con un modelo de gestión orientado a las funciones, más que a los procesos.

En consecuencia, se realiza una propuesta que posibilite avanzar no solo en la obtención de los costos unitarios de las medidas más usualmente utilizadas en la región: costo del día cama desagregado por complejidad, costo consulta y costo hora quirófano; sino también en la generación de información para una gestión interna de los servicios prestados por la institución con miras a agregar valor.

De este modo, se pretende avanzar en el proceso de producción hacia el servicio final (entendido para la organización, no para el sistema) y poder mensurar la generación de valor y su referenciación con los precios de mercado.

No obstante ello, la riqueza del análisis se da a partir de poder analizar la asignación de recursos a cada una de los servicios prestados y el aporte de los mismos a los productos finales y no solo referenciarlos.

Para la obtención de los precios unitarios, se establece un esquema de reparto de los costos indirectos generales y de los costos de los sectores generales e intermedios, hasta finalmente quedar con la apertura de los servicios finales, los cuales entonces acumulan costos directos y costos indirectos recibidos a través de distribuciones o prorrateos. Los costos totales de los servicios finales se dividen por la cantidad de prestaciones realizadas medidas en las respectivas unidades de análisis (días/cama, consultas, etc.).

De lo manifestado anteriormente se desprende que el costo se genera a través de sucesivas distribuciones en cascada y que bajo esta metodología de trabajo se obtiene costos unitarios promedios para la entidad asistencial en su conjunto en

cada una de las expresiones de su atención (hospitalización, ambulatorio, etc), de modo que se realiza un costeo global.”⁶³

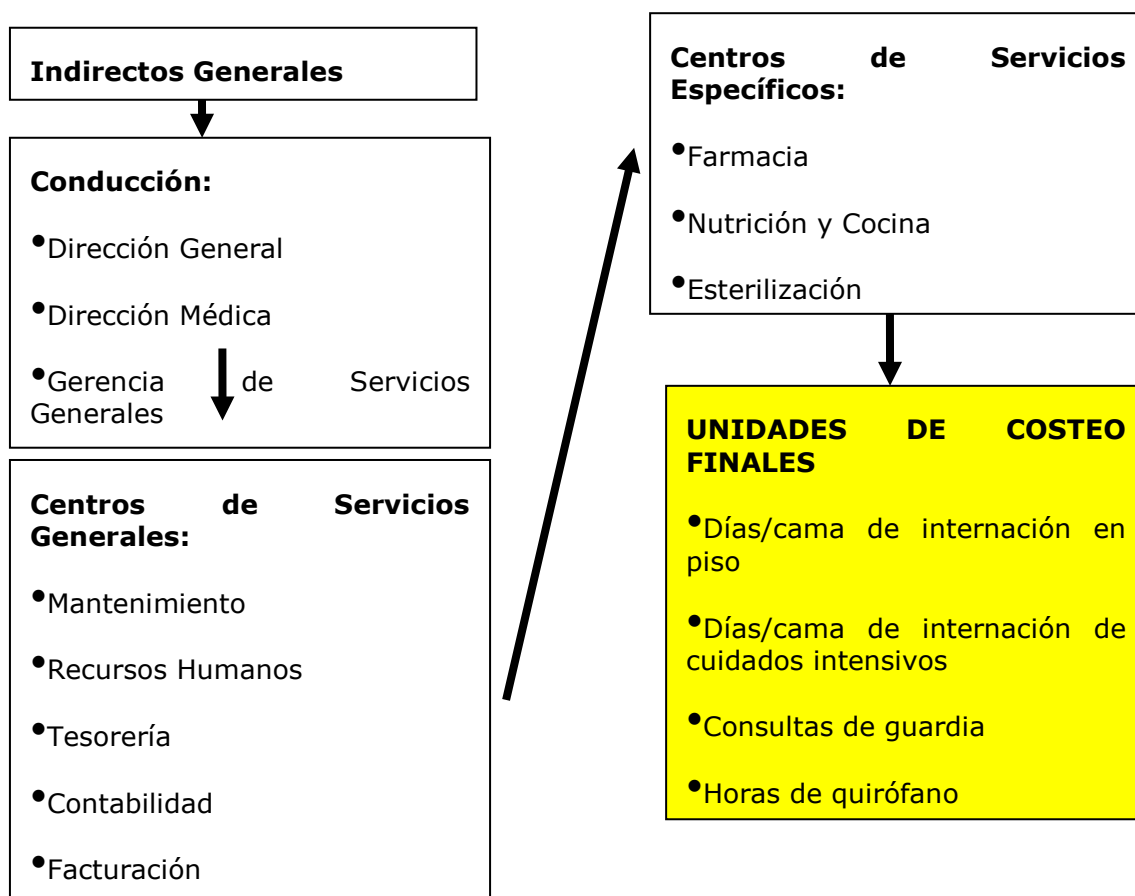
Este Sanatorio opera con el siguiente esquema de distribución de costos:

Gráfico 6. orden de distribución de costos indirectos

	SECTORES FINALES	SERV. ESPECÍFICOS	SERV. GENERALES	CONDUCCIÓN	INDIRECTOS GENERALES
Personal					
Equipamiento					
Insumos y gtos fijos					
sub total					
Indirectos Generales					↙ Prorrateo
sub total				Total Conduc.	
Conducción					↙ Prorrateo
sub total			Total Serv. Generales		
Servicios Generales					↙ Prorrateo
sub total		Total Serv. Específicos			
Servicios Específicos					↙ Prorrateo
Total	Total Sectores finales				

⁶³Canale, Sandra; De Ponti Héctor, Monteferrario Mariano. "Modelización de costos para entidades intermedias que representan organizaciones de salud con internación." Octubre 2013 op.cit.

Gráfico 7. Orden de distribución de costos indirectos II



Fuente: Elaboración propia

Se parte de los costos directamente imputables al total de actividades desarrolladas, estos ítems se "vacían" en los niveles inferiores y estos a su vez en los siguientes, siguiendo criterios de prorrato hasta alcanzar las medidas finales del producto a obtener. El resultado de esta etapa es el monto total asignado a cada uno de los productos, el que relacionado con el volumen de producción alcanzado permite obtener el costo unitario.

Se presentan los datos con la siguiente desagregación en lo que hace a la imputación directa a actividades:

(1)

Costo de personal:
Personal administrativo
Coordinador médico
Cabas
Enfermeras
Camilleros
Mucamas
Médicos
Instrumentista
Supervisoras
Jefe
Ropería

(2)

Equipamiento:
Amortización Equipamiento
Vajilla

(3)

Insumos y Otros Gastos
Gas
Energía Eléctrica
Teléfono
Agua
Amortización inmueble
Seguro sobre inmueble
Impuestos sobre el inmueble
Vigilancia
Artículos de limpieza
Papelería e insumos de comp.
Gastos en sistema informático (terc.)
Asesoría Legal y Contable
Seguro de mala praxis
Insumos no facturables
Insumos de cocina
Insumos y servicios de mantenimiento general
Insumos de archivo
Ropa de cama
Esterilización mercerizada
Residuos patológicos (Terc.)
Lavandería (tercerizado)

Vale aclarar algunas cuestiones que se proponen en el modelo para mejorar la información:

-Los servicios prestados por la institución se identifican como unidades de costeo de referencia importantes. Esto, en pos de reconocer lo que cada uno de ellos aporta en la cadena de valor.

-Esos servicios consumen recursos que pueden ser identificados y asignados de modo directo. Esto significa reconocer los factores de la producción de que se consumen exclusivamente por la existencia del servicio, los que sin duda requieren de una gestión óptima en pos del sostenimiento del mismo.

-El reconocimiento de los costos de los distintos servicios se debe realizar pensando en el modo en el que se llevan a cabo sus procesos o actividades. Esto debe tender a identificar los factores necesarios en su magnitud física y monetaria

En la organización se consumen factores necesarios para el sostenimiento de toda la estructura, los que no son apropiables a ningún servicio en particular. Los mismos reciben la denominación de costos indirectos generales, los que deben ser apropiados a cada servicio sólo en la medida que tengan una vinculación, aplicando criterios de asignación razonables, evitando distribuciones arbitrarias.

La información utilizada corresponde a las registraciones contables del segundo semestre de 2015. Los datos fueron extraídos en el periodo 15 a 31 de enero de 2016. Dado que este período –por razones no imputables a la empresa- se caracteriza por cambios importantes de precios tanto absolutos como relativos se promedió el semestre en forma mensual.

El nivel de actividad para el período bajo análisis fue el siguiente:

Cuadro XI Sanatorio Garay Producción y ocupación julio dic 2015

	Jul-15	Ago-15	Sept-15	Oct-15	Nov-15	Dic-15	promedio
Días cama piso	1886	1851	1923	1995	1836	1650	1857
	78%	77%	82%	80%	78%	70%	78%
Días cama area crítica	419	436	389	402	396	384	404
	84%	88%	81%	81%	83%	77%	82%
Consultas guardia	4621	4711	5139	5301	4846	4876	4916
Cirugías	303	509	517	536	600	507	495

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la empresa.

A los efectos de avanzar en la segunda mirada o abordaje lo que significa cual es el análisis desde los servicios o subprocessos, se utilizó la clasificación de actividades establecida por Porter identificando:

- aquellas incluidas como servicios de apoyo al proceso productivo,
- las que se pueden caracterizar como servicios específicos referidos a la elaboración de los definidos como producto final y finalmente a
- los productos finales.

De lo general a lo particular (de derecha a izquierda y desde arriba hacia abajo), los gastos se agruparon en las siguientes actividades:

Gráfico 8. Detalle de servicios



De esta manera se pueden analizar los costos directos totales de cada una de las actividades y su variación a medida que van recibiendo asignación de costos indirectos de otras actividades hasta que dicha actividad es asignada al proceso siguiente.

4.1.1. ASIGNACIÓN DE COSTOS

Para la asignación de los costos se tuvo en cuenta la clasificación de los costos en directos e indirectos a los sectores.

Un costo es directo al sector cuando se puede realizar una vinculación específica con el mismo. Por ejemplo: el costo del personal que se desempeña exclusivamente en cada uno de los sectores.

Los costos indirectos son aquellos que no tienen esa vinculación específica con el sector, por lo que su devengamiento se vincula con varios sectores y resulta necesario proceder a su distribución utilizando alguna base razonable. Por ejemplo: la imputación de la amortización del inmueble.

En función de lo explicitado anteriormente se procedió al relevamiento de los siguientes conceptos de costos:

4.1.1.1. Indirectos generales:

Costos que hacen al sostenimiento de toda la estructura. En este caso se debe considerar que la estructura sanatorial es mayor a la tomada como base para el cálculo de las medidas propuestas. Consecuentemente, en primer lugar se debe establecer que porcentaje de los costos indirectos se asocia únicamente a la estructura base.

El detalle de los **costos indirectos generales** es el siguiente:

- Amortización del inmueble
- Seguro sobre el inmueble
- gravámenes sobre el inmueble (inmobiliario, tasa municipal)
- servicios públicos: Gas, agua, Energía Eléctrica
- Teléfono
- Vigilancia
- Papelería
- Asesoría en sistemas informáticos

Bases de asignación o distribución:

Superficie ocupada:

- Amortización del inmueble
- Seguro sobre el inmueble
- gravámenes sobre el inmueble (inmobiliario, tasa municipal)
- servicios públicos: Gas, agua, Energía Eléctrica
- Teléfono
- Vigilancia

En función al consumo estimado:

- Papelería
- Asesoría en sistemas informáticos

4.1.1.1.1. Directos Generales

Costos directos a la Dirección General:

- Retribución de los directores
- Retribución y cargas sociales de la secretaria
- Asesoría legal y contable
- Muebles y útiles

El costo de este sector se distribuyó entre la Dirección Médica y la Gerencia de Servicios Generales en función de tiempo

Costos directos a la Dirección médica

- Retribución del Director
- Muebles y útiles

El costo de este sector se asignó a los sectores que dependen jerárquicamente en función de tiempo asignado a cada uno de ellos.

Costos directos a la Gerencia de servicios generales

- Retribución del Gerente
- Muebles y útiles

El costo de este sector se asignará a los sectores que dependen jerárquicamente en función de tiempo asignado a cada uno de ellos.

Costos de los sectores de servicios generales

- Retribución y cargas sociales del personal
- Muebles y útiles
- Insumos que puedan apropiarse directamente

Criterios de distribución:

- Mantenimiento: mantenimiento general del edificio (m2). Mantenimiento de equipamiento específico
- Recursos humanos: cantidad de personal
- Tesorería: en función de la facturación de cada tipo de prestación
- Contabilidad: en función de la facturación de cada tipo de prestación
- Facturación: en función de la facturación de cada tipo de prestación

Costo de los servicios específicos

- ❑ Personal y sus cargas sociales
- ❑ Equipamiento específico
- ❑ Insumos no facturables por separado de farmacia y esterilización
- ❑ Compras a terceros de esterilización
- ❑ Compras a terceros de lavadero
- ❑ Compras a terceros por residuos patológicos
- ❑ Insumos utilizados por nutrición y cocina

Los costos de estos centros se distribuyeron entre los centros finales en función de las siguientes bases:

- ❑ Admisión y Contacto con el cliente: porcentajes establecidos en función de la cantidad de prestaciones
- ❑ Farmacia: en función del valor de los medicamentos y descartables suministrados
- ❑ Nutrición y cocina: en función de las raciones provistas a cada sector
- ❑ Esterilización: en función de las prestaciones
- ❑ Enfermería: en función de las prestaciones

Costos de los servicios finales

- ❑ Personal y sus cargas sociales
- ❑ Equipamiento específico

En función de los centros de costos y de los conceptos de costos se debe confeccionar la matriz centro-gasto.

4.1.1.2. Nivel de actividad

Cuando se obtiene el resultado de Costo Total de la producción de un servicio, resta el paso de vincularlo con un nivel de producción determinado para alcanzar el resultado deseado que es el costo unitario de producción.

Este nivel de actividad depende de la demanda espontánea, de la urgencia, de la actividad médica tanto como de la programación de la utilización. Existen además cuestiones de habilitación que requieren que la estructura se mantenga disponible en forma permanente.

Corresponde analizar aquí los conceptos de Capacidad Instalada y capacidad utilizada.

Capacidad instalada: es la aptitud, posibilidad o disponibilidad para producir hasta un determinado nivel de productos o servicios a un costo determinado.

Que esa opción sea posible implica una estructura operable cuyo costo de instalación y mantenimiento se genera aunque la entidad no tenga actividad. Genera costos fijos. Estos costos se minimizan en términos de unidades de producción a medida que se ocupa en forma eficiente toda la estructura disponible.

En la producción de servicios de salud en hospitales y sanatorios difícilmente esta situación ocurra. Entre otros motivos podemos mencionar:

- La producción no puede programarse integralmente. Las personas no eligen cuando se enferman o cuando necesitan internarse.
- Existe estacionalidad e imprevisibilidad en la aparición de patologías que requieren internación.
- Los tratamientos difieren en su duración y utilización de insumos y capacidad instalada.
- El proceso de producción del servicio requiere la participación del paciente, no es almacenable.

Por lo tanto existen diferentes Capacidades productivas:

Teórica o ideal: Capacidad instalada funcionando a pleno, 24 hs día, 7 días semana, 365 días año. Difícilmente alcanzables en entornos como el analizado. 100% de capacidad instalada.

Real o práctica: Máxima alcanzable con interrupciones programadas y previsibles (fin semana, turno noche y roturas-mantenimientos programados). Alcanzable en momentos de demanda pico, difícilmente sostenible en el tiempo. Por encima del 75% de la capacidad instalada.

Normal: Cap. práctica ajustada por la demanda a largo plazo (es un promedio ponderado que suaviza las demandas estacionales). Entre el 60 y 75% de la capacidad instalada.

A los fines de la presentación de los resultados del trabajo se presentarán dos opciones, una con utilización del 80% de la capacidad productiva y otra con el 70%.

Cabe señalar que la institución analizada presenta en los últimos dos años un promedio mensual del 75% de ocupación de la capacidad instalada en internación general y del 79% en área crítica.

La Comisión Nacional de Costos y Aranceles de la Confederación Argentina de Clínicas y Sanatorios (Confeclicsa) elabora su estudio de costos mensual con una estimación de ocupación del 70%.

Por todo lo expuesto en este ítem cabe concluir que el costo de producción de cada servicio elaborado es función inversa del nivel de producción.

4.2. Fase 2 relevamiento de información de la empresa

En este ítem se realizó un relevamiento de la información de la empresa con la clasificación utilizada por la Cadena de Valor, actividades primarias y de apoyo, recurriendo a los siguientes instrumentos de análisis:

- b. Información contable y del sistema de costos utilizado
- c. Documental de erogaciones e ingresos del segundo semestre de 2015.
- d. Entrevistas al personal directivo, técnico, operativo y asesores contables de la institución.
- e. Se relevaron precios de mercado de subproductos o insumos del proceso productivo.

4.3. Fase 3. Modelo de costos a aplicar

Los resultados del relevamiento de la Fase 2 se aplicaron a la matriz elaborada en la Fase 1 determinando el aporte de cada actividad de la Cadena de Valor a la construcción de valor agregado por parte de la empresa.

A partir de esta integración se establecerán criterios o pautas que permitan definir servicios que no aportan valor al proceso productivo y se propondrán alternativas que permitan optimizar los recursos aplicados y mejorar o alcanzar la rentabilidad del proceso en su conjunto.

Se propondrán modificaciones al sistema de costos vigente para el seguimiento de la cadena de valor.

4.3.1. Definición de los productos finales

Los productos finales definidos en este relevamiento fueron: Día cama de internación en habitación compartida con baño privado, día cama de internación en área crítica (UtiUco), consulta médica en guardia y hora de quirófano.

Anteriormente en el marco teórico se expuso que la metodología elegida define como productos finales a bienes o servicios que según otros análisis revisten el carácter de intermedios, los fundamentos de la elección han sido, entre otros, los siguientes:

- Se ha definido como bien final del proceso de atención de la salud la mejora, recuperación, mantenimiento del estado de bienestar bio-sico-social de las personas y las sociedades. Este es el objetivo de las políticas de salud a la que contribuye parcialmente el sistema de atención de la salud y mucho mas limitadamente la institución bajo análisis.

Esta empresa, como todas las que participan de esta actividad contribuye generando **bienes intermedios en términos del sistema que son bienes finales para la propia empresa.**

Por lo tanto deviene en abstracto el debate dado que el producto final excede el ámbito de producción de la empresa y la misma desconoce sus características o como mínimo los costos de producción.

- cabe recordar que el **análisis económico establece el carácter subjetivo de la definición del bien o servicio como intermedio o final** según el uso que se haga del mismo. Un kg. de harina es bien final si lo compra un consumidor final para utilizar en la cocina del hogar o es un bien intermedio si lo compra una panadería para fabricar pan. En este caso el día cama forma parte del producto final que "vende" el hospital. Esto mas allá que el paciente luego requiera rehabilitación, curaciones, apoyo médico, medicamentos para recuperar su estado de bienestar.
- **las modalidades de contratación del sistema. La seguridad social "compra" estos productos.**

La mayor parte de las obras sociales y empresas de medicina prepaga -93% de la facturación de este Sanatorio- contrata sobre la base de facturación y pago por prestaciones, definiendo las mismas en base a consulta médica, pensión sanatorial en pacientes de piso y área crítica y valores de honorarios (galenos) y unidades de gasto

aplicado a las prestaciones incluidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médico Asistenciales.

La grilla habitual de valores de contratación incluye los siguientes conceptos:

Item	valor	determinación
Consulta en consultorio	\$	valor x cada prestación
Consulta especializada	\$	
Galeno Prácticas	\$	valor x unidades de NN de Prestac
Galeno Operatorio	\$	
Galeno Rx	\$	
Pensión en habitación compartida con baño privado	\$	valor x cada prestación
Pensión en habitación privada	\$	
Pensión en área crítica (UTI UCO)	\$	
Pensión en cuidados intermedios (Uce)	\$	
U.S.G. Pensión	\$	valor x unidades de NN de Prestac
U.S.G. Operatorio	\$	
U.S.G. Radiológico	\$	
U.S.G. Bioquímico	\$	
U.S. Gastos	\$	
	\$	

Adicionalmente se suelen pactar algunas prestaciones específicas bajo la forma de prestaciones moduladas. Se aplica a un reducido listado de prácticas y prestaciones donde por la casuística y la relativa estandarización de procedimientos se puede asignar un promedio a todos los componentes de la prestación. Se debe determinar con detalle las prestaciones incluidas y excluidas del módulo.

Solo a título de ejemplo, la institución analizada contrata en forma modulada algunas prestaciones tales como: artroscopía de rodilla, de hombro, videocolecistectomía por vía laparoscópica, etc..

Módulo: artroscopia de ligamento cruzado anterior. \$

Incluye: Honorarios de equipo médico, uso de artroscopio, gastos de quirófano, pensión sanatorial hasta dos días, medicamentos en quirófano y en piso relacionados con la patología. 1/3 punta de Shaver

Excluye: complicaciones no relacionadas con patología, honorarios de anestesia, reinternaciones posteriores a las 72 hs del alta. Prótesis.

De esta forma sigue siendo un convenio prestacional pero se pacta en valores promedio facilitando la facturación e incentivando la productividad para el prestador y agilizando el control para el financiador.

Por lo expuesto los productos finales definidos responden a los principales rubros de contratación tales como: Consulta en guardia, pensión sanatorial en piso, pensión sanatorial en área crítica y hora quirúrgica.

4.4. Análisis de resultados

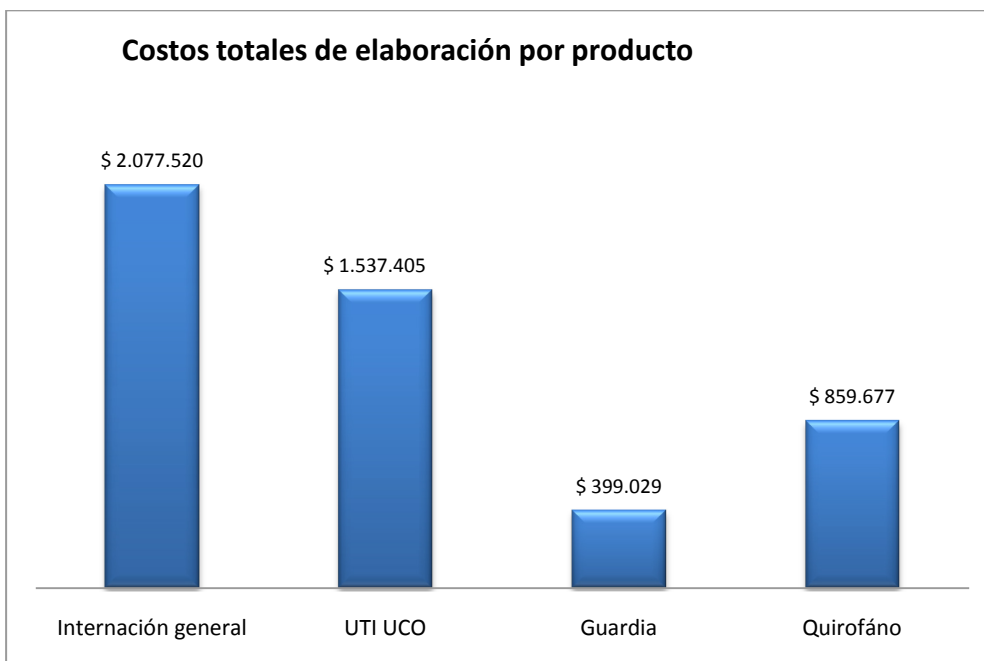
4.4.1. Costos totales por productos finales

(promedio mensual julio diciembre 2015)

Rubro	SECTORES FINALES				TOTAL
	Internación general	UTI UCO UCO	Guardia	Quirofáno	
COSTOS TOTALES SECTORES FINALES	\$ 2.077.520	\$ 1.537.405	\$ 399.029	\$ 859.677	\$ 4.873.630,40
	43%	32%	8%	18%	100%

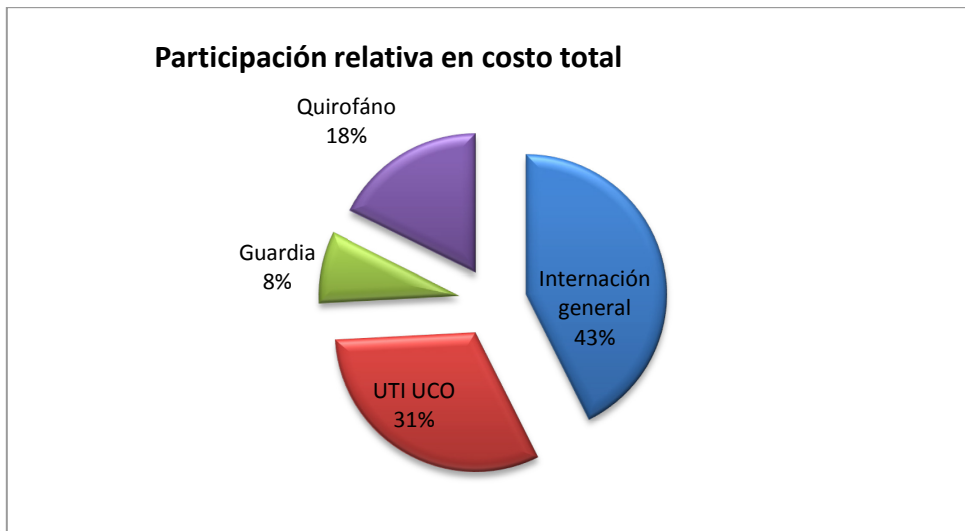
Fuente: Elaboración propia en base a datos contables

Gráfico 9. Costos totales por producto



Fuente: Elaboración propia en base a datos contables

Gráfico 10. Estructura de costos por productos



Fuente: Elaboración propia en base a datos contables

La organización contable de la institución con afectación de costos a los productos finales implica, tal como se explica en el marco teórico, la asignación de los gastos de los más generales a los más específicos a los distintos centros de costos y luego la afectación de los mismos, con unos criterios distributivos a los productos finales.

Dado que el proceso es simultáneo y conjunto, esto es difícilmente el hospital opera en partes según el producto, y en escalas según la combinación de factores; se determinan los costos totales de cada producto y luego se lo relaciona con el volumen de producción posible para determinar los costos unitarios.

El análisis de los costos totales permite dimensionar el “peso” estructural de cada producto y la importancia relativa de los mismos.

En el caso, tres de cada cuatro pesos del costo corresponden a la internación general y en área crítica, menor incidencia de quirófano (18%) y escaso peso de la guardia.

Si bien los productos son distintos, el proceso de producción es compartido y es difícil concebir su generación independiente uno de otro. El acto quirúrgico requiere, por lo general, un espacio de internación y a medida que se complejiza la cirugía también tiene requerimientos de mayor asistencia llegando a lo que llamamos área crítica.

Un paciente puede utilizar un solo producto, la mayoría no lo hace, de allí la importancia del proceso conjunto.

Esta ponderación relativa de los principales productos brinda una primera aproximación a los elementos a considerar para mejorar la estructura de costos pero es limitado dado

que no aborda la composición interna de los mismos ni profundiza en las actividades involucradas.

Vinculando los costos totales de cada producto con el volumen producido en el mismo lapso obtenemos el costo unitario.

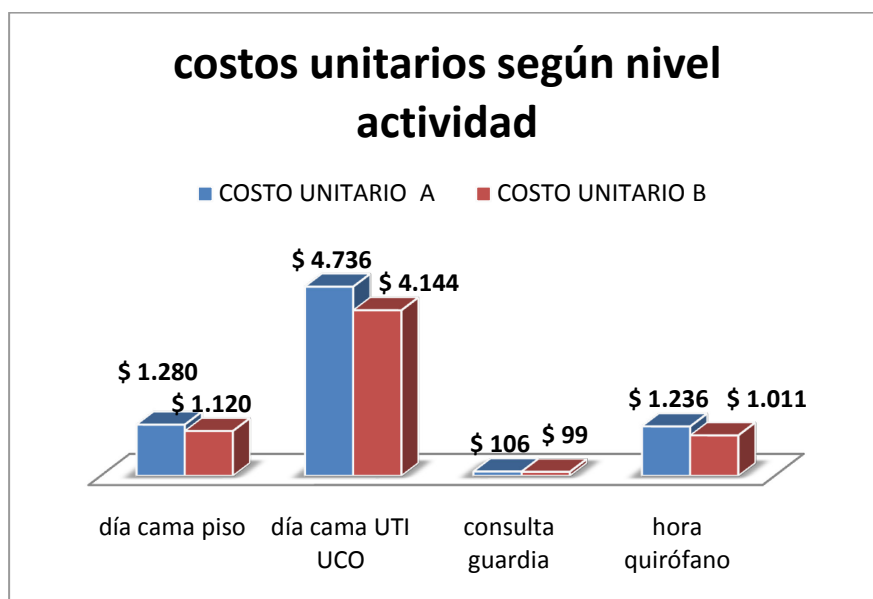
4.4.2. Costos unitarios por productos finales

Cuadro XII. Costos unitarios por productos finales

Rubro unidad	SECTORES FINALES			
	Internación general	UTI UCO	Guardia	Quirofano
	día cama piso	día cama UTI UCO	consulta guardia	hora quirófano
COSTO UNITARIO A	\$ 1.280	\$ 4.736	\$ 106	\$ 1.236
incluye incidencia Imp Ing Brutos				
nivel de actividad	70%	70%	4320	720
COSTO UNITARIO B	\$ 1.120	\$ 4.144	\$ 99	\$ 1.011
incluye incidencia Imp Ing Brutos				
nivel de actividad	80%	80%	4608	880

Fuente: elaboración propia en base a información contable 2do. Semestre 2015

Gráfico 11. Costos unitarios s/nivel de producción



Fuente: elaboración propia en base a información contable 2do. Semestre 2015

Costo unitario A: 70% capacidad instalada

Costo unitario B: 80% capacidad instalada

Estos datos constituyen el fin del proceso de determinación de costos y el inicio del aporte esta modalidad de análisis.

Determinar el costo unitario de producción es necesario para establecer la rentabilidad de la actividad al compararlo con el precio de venta con los ajustes correspondientes (financieros, impositivos, contractuales, etc.).

Tal como se expresara en el capítulo de Costos del marco teórico, y en párrafos anteriores, la elección de producto realizada responde más a la modalidad y forma de contratación de la seguridad social que al concepto de bien final que satisface una necesidad. Seguramente una consulta, un día de pensión o una hora de quirófano no permiten alcanzar el “..estado de bienestar bio, sico, social...”, solo forman parte del proceso.

Por otra parte es importante recordar que la asignación y distribución de componentes de gastos corresponde solo a los productos seleccionados, excluyendo la participación de otros servicios que se facturan por separado y en reiterados casos, son elaborados por unidades de negocios ajenas al Sanatorio.

Se destacan en este grupo de productos por ej. los elaborados por Laboratorio de análisis clínicos, diagnóstico por imágenes (rx, ecografías, mamografías) banco de sangre, etc.

Asimismo no se considera un insumo fundamental del proceso tal como los medicamentos por dos motivos, se facturan por separado según utilización, salvo el caso de prestaciones moduladas; varían según cada paciente.

Tampoco se consideran, por ser de naturaleza ajena a la función sanatorial, el servicio de medicina prepaga con que cuenta el sanatorio.

4.4.3. Determinación de rentabilidad por producto

Cabe recordar, según lo expresado en el marco teórico el objetivo del proceso de producción es la generación de bienes y servicios con un mayor valor que los insumos y recursos absorbidos. Esto permite legitimar socialmente el costo de oportunidad y recuperar los costos incurridos de forma que se posibilite la continuidad de la producción.

Cabe por lo tanto contrastar los costos determinados en este trabajo con los precios de referencia.

En un mercado de la complejidad analizada en el marco teórico no existe un solo precio de mercado. Cada obra social o forma de aseguramiento contrata según sus posibilidades, capacidad de negociación, cantidad de afiliados y otros parámetros.

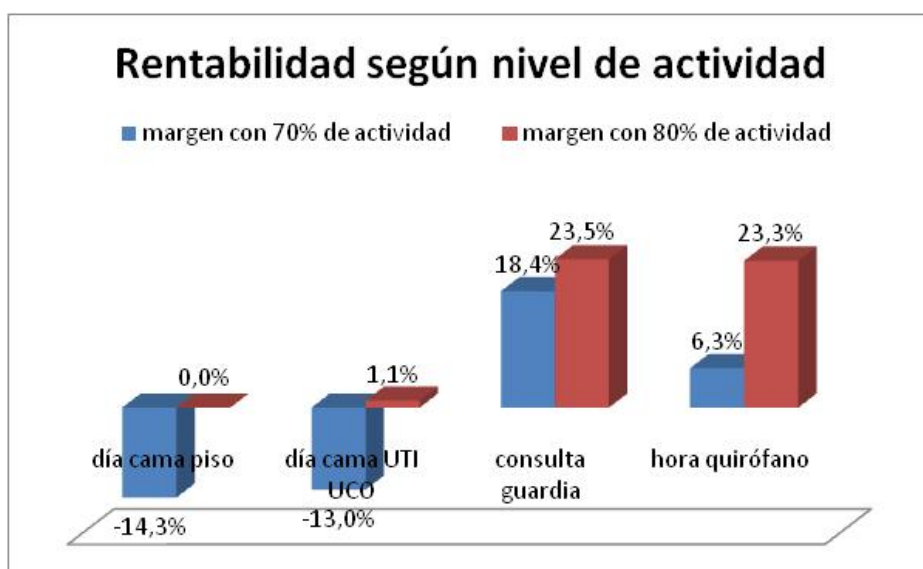
En la región donde opera la empresa analizada el valor de referencia es el de contratación de la obra social provincial (IAPOS) en el momento de realización del trabajo según los valores acordados en agosto de 2015. La comparación arroja el siguiente resultado:

Cuadro 13. Rentabilidad por producto y nivel de actividad

unidad	día cama	día cama	consulta guardia	hora quirófano
COSTO UNITARIO A	\$ 1.279,90	\$ 4.735,76	\$ 113,60	\$ 1.235,79
incluye incidencia Imp Ing Brutos				
nivel de actividad	70%	70%	4032	720
COSTO UNITARIO B	\$ 1.119,91	\$ 4.143,79	\$ 99,40	\$ 1.011,10
incluye incidencia Imp Ing Brutos				
nivel de actividad	80%	80%	4608	880
VALOR DE MERCADO				
lajos ago 2015	\$ 1.120,00	\$ 4.190,00	\$ 130,00	\$ 1.318,20
Margen con 70% actividad	-14,3%	-13,0%	12,6%	6,3%
margen con 80% actividad	0,0%	1,1%	23,5%	23,3%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 12. Rentabilidad por producto y nivel de actividad



Fuente: elaboración propia.

En el escalón de menor nivel de actividad de los dos analizados (70% de ocupación en internación general) resulta un margen de rentabilidad positiva para el concepto Consulta en guardia y hora de quirófano. Por el contrario arrojan rentabilidad negativa los indicadores de día cama de internación tanto general como en área crítica. Cabe recordar que estos dos componentes representan el 75% del costo total de la institución.

El segundo análisis se realizó sobre un nivel de actividad mayor, registrado en los últimos meses del período equivalente al 80% de ocupación en internación general (alcanzado casi todos los meses) y área crítica (normalmente superado) y actividad en guardia y quirófano también compatible con el segundo semestre de 2015.

Comparado con los valores de referencia se produce un equilibrio en el valor del día de internación general con lo que se recuperan los costos asignados, una leve contribución marginal en el día de internación en UTI UCO y una mayor rentabilidad en la consulta en guardia y hora quirófano.

Los ajustados márgenes que se desprenden de este primer análisis hacen necesario ampliar el abordaje incluyendo la mayor desagregación posible de conceptos y actividades incluidas.

Por lo expuesto corresponde a continuación aplicar al estudio de costos la desagregación de actividades tanto principales como de apoyo planteadas por el análisis de cadena de valor de Porter.

4.5. Distribución de costos por diferenciación de servicios, actividades o subprocesos

A los efectos del segundo abordaje planteado, esto es la búsqueda de optimización del proceso productivo y generación de mayor valor, se decidió aplicar el modelo de actividades de la cadena de valor, procediendo a ordenar los servicios con la mayor o menor cercanía y factibilidad de asignación a los productos finales.

De esa forma se definieron costos afectables directamente a los productos finales y otros relacionados con actividades tanto primarias como de apoyo que forman parte de la cadena de valor y son asignados a los sectores finales según determinadas pautas.

A cada una de estos servicios se procedió a afectarle costos tanto de Recursos Humanos, equipamiento e insumos y otros costos (ver cuadro xiv). De esta forma en un cuadro de doble entrada donde verticalmente afectemos Actividades o servicios que las desarrollan y horizontalmente rubros asignados a cada una de ellas la participación relativa de los rubros indicados muestra una preponderancia del gasto en personal (casi 83% del total), seguido por el costo en equipamiento e insumos con el 13%. **Este primer análisis muestra la importancia superlativa que tiene el rubro Personal y la necesidad de optimizar el mismo en cualquier intento de reducción de costos.**

Cuadro XIV. Costos por sectores y por rubro de recurso asignado

Rubro	SECTORES FINALES (actividades primarias)				SERVICIOS ESPECIFICOS (actividades primarias)				
	Internación general	UTI UCO	Guardia	Quirófano	Enfermería	Esterilización	Nutrición y Cocina	Farmacia	Admisión y contacto con el cliente
Costo de personal:	\$ 879.468,63	\$ 871.439,90	\$ 209.458,04	\$ 419.425,94	\$ 802.953,85	\$ -	\$ 251.346,90	\$ 22.449,49	\$ 168.365,08
Equipamiento e insumos	\$ 126.884,47	\$ 92.834,10	\$ 30.954,70	\$ 176.199,87	\$ -	\$ 9.701,17	\$ 112.757,88	\$ -	\$ -
Otros Gastos Fijos	\$ 1.380,00	\$ 1.380,00	\$ 1.035,00	\$ 3.105,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
SUBTOTAL	\$ 1.007.733	\$ 965.654	\$ 241.448	\$ 598.731	\$ 802.954	\$ 9.701	\$ 364.105	\$ 22.449	\$ 168.365
	20,7%	19,8%	5,0%	12,3%	16,5%	0,2%	7,5%	0,5%	3,5%

Rubro	SECTORES DE APOYO (actividades secundarias)								INDIRECTOS GENERALES	TOTAL	
	Facturación	Contabilidad	Tesorería	Recursos Humanos	Mantenim.	Gerencia de servicios generales	Dirección Médica	Dirección General			
Costo de personal:	\$ 105.228,17	\$ 50.513,68	\$ 44.901,05	\$ 14.511,89	\$ 76.922,57	\$ 39.000,00	\$ 30.000,00	\$ 51.840,49	\$ -	\$ 4.037.825,68	82,9%
Equipamiento e insumc	\$ 6.106,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 89.325,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 14.876,98	\$ 659.640,18	13,5%
Otros Gastos Fijos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 169.265,27	\$ 176.165,27	3,6%
SUBTOTAL	\$ 111.334	\$ 50.514	\$ 44.901	\$ 14.512	\$ 166.248	\$ 39.000	\$ 30.000	\$ 51.840	\$ 184.142	\$ 4.873.631	100,0%
	2,3%	1,0%	0,9%	0,3%	3,4%	0,8%	0,6%	1,1%	2,9%	100,0%	0,0%

Fuente: elaboración propia en base a información contable 2do. Semestre 2015

Esta clasificación posibilita el análisis del impacto de costos por cada una de las actividades de la cadena de valor, sean primarias (sectores finales o servicios específicos) o secundarias (de apoyo).

Esto amplía el campo de revisión de cuatro magnitudes (internacgral, internación utiucio, guardia y quirófono) a nueve actividades primarias mas ocho secundarias o de apoyo, además de los costos indirectos generales que no se encuadran en los mencionados.

Cuantitativamente se pasa de contar con información de cuatro actividades de la cadena a 18 actividades. Esto permite un análisis mas detallado y específico y la consecuente búsqueda de optimización, rentabilidad y/o generación de valor.

El componente mayoritario del costo corresponde a las actividades primarias (85% del total) y dentro de estas en primer término Internación general, seguido de Internación en área crítica, enfermería y personal de apoyo directo, quirófono y servicio de alimentación.

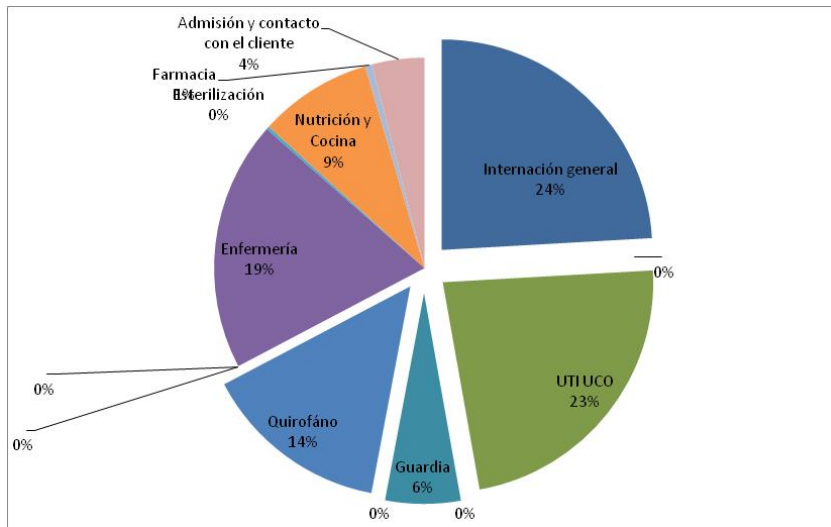
Cuadro XV. Costo por actividad de la cadena de valor.

Rubro	SECTORES FINALES (actividades primarias)				SERVICIOS ESPECIFICOS (actividades primarias)					total actividades primarias
	Internación general	UTI UCO	Guardia	Quirofono	Enfermería	Esterilización	Nutrición y Cocina	Farmacia	Admisión y contacto con el cliente	
Costo de personal:	\$ 879.468,63	\$ 871.439,90	\$ 209.458,04	\$ 419.425,94	\$ 802.953,85	\$ -	\$ 251.346,90	\$ 22.449,49	\$ 168.365,08	\$ 3.624.907,82
Equipamiento e insumc	\$ 126.884,47	\$ 92.834,10	\$ 30.954,70	\$ 176.199,87	\$ -	\$ 9.701,17	\$ 112.757,88	\$ -	\$ -	\$ 549.332,19
Otros Gastos Fijos	\$ 1.380,00	\$ 1.380,00	\$ 1.035,00	\$ 3.105,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 6.900,00
SUBTOTAL	\$ 1.007.733	\$ 965.654	\$ 241.448	\$ 598.731	\$ 802.954	\$ 9.701	\$ 364.105	\$ 22.449	\$ 168.365	\$ 4.181.140,01
	20,7%	19,8%	5,0%	12,3%	16,5%	0,2%	7,5%	0,5%	3,5%	85,8%

SECTORES DE APOYO (actividades secundarias)								total actividades secundarias
Facturación	Contabilidad	Tesorería	Recursos Humanos	Mantenim.	Gerencia de servicios generales	Dirección Médica	Dirección General	
\$ 105.228,17	\$ 50.513,68	\$ 44.901,05	\$ 14.511,89	\$ 76.922,57	\$ 39.000,00	\$ 30.000,00	\$ 51.840,49	\$ 412.917,86
\$ 6.106,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 89.325,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 95.431,00
\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
\$ 111.334	\$ 50.514	\$ 44.901	\$ 14.512	\$ 166.248	\$ 39.000	\$ 30.000	\$ 51.840	\$ 508.348,86
2,3%	1,0%	0,9%	0,3%	3,4%	0,8%	0,6%	1,1%	10,4%

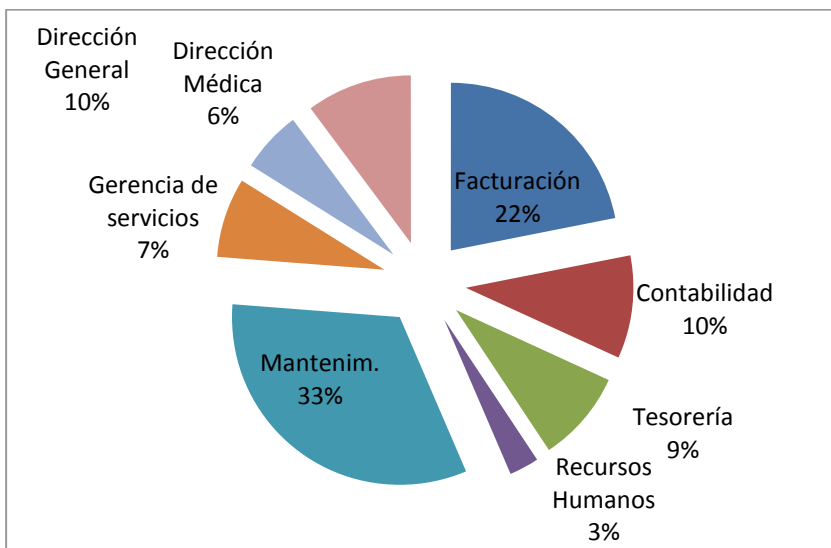
Fuente: elaboración propia en base a información contable 2do. Semestre 2015

Gráfico 13. Estructura de costos servicios primarios



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 14. Estructura de costos servicios secundarios



Fuente: elaboración propia en base a información contable 2do. Semestre 2015

Cuadro XVI. Costo por tipo de actividad

Rubro	total actividades		INDIRECTOS GENERALES	TOTAL	
	primarias	secundarias			
Costo de personal:	\$ 3.624.907,82	\$ 412.917,86	\$ -	\$ 4.037.825,68	82,9%
Equipamiento:	\$ 549.332,19	\$ 95.431,00	\$ 14.876,98	\$ 659.640,18	13,5%
Otros Gastos Fijos	\$ 6.900,00	\$ -	\$ 169.265,27	\$ 176.165,27	3,6%
SUBTOTAL	\$ 4.181.140,01	\$ 508.348,86	\$ 184.142	\$ 4.873.631	100,0%
	85,8%	10,4%	3,8%	100,0%	0,0%

Fuente: elaboración propia en base a información contable 2do. Semestre 2015

La magnitud o participación relativa de cada actividad implica la posibilidad de establecer medidas del impacto que podría alcanzarse a la hora de implementar correcciones.

4.2.1. Costos totales por producto discriminado en directos e indirectos

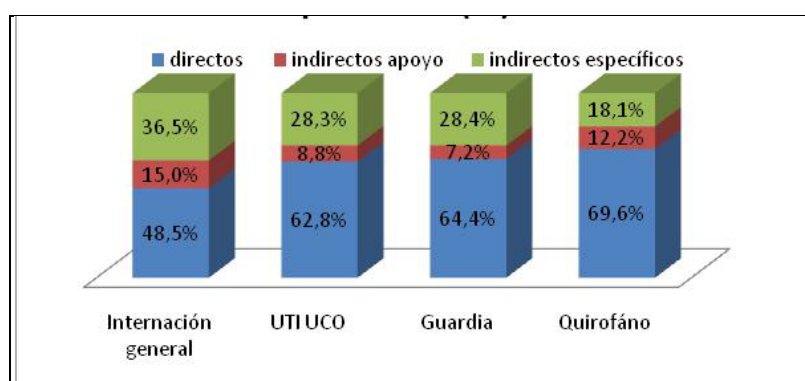
A los efectos de una mayor desagregación en el análisis especialmente en este caso que se observan productos finales con disímil margen de contribución es conveniente profundizar la división en directos e indirectos avanzando en la composición del costo total de cada uno de los productos finales.

Cuadro XVII. Costos totales directos e indirectos

Rubro	SECTORES FINALES								
	Internación general		UTI UCO		Guardia		Quirofáno		
Costo de personal:	\$ 879.468,63	42,3%	\$ 871.439,90	56,7%	\$ 252.958,04	57,2%	\$ 419.425,94	48,8%	costos directos
Equipamiento e insumos:	\$ 126.884,47	6,1%	\$ 92.834,10	6,0%	\$ 30.954,70	7,0%	\$ 176.199,87	20,5%	
Otros Gastos Fijos	\$ 1.380,00	0,1%	\$ 1.380,00	0,1%	\$ 1.035,00	0,2%	\$ 3.105,00	0,4%	
SUBTOTAL DIRECTOS	\$ 1.007.733	48,5%	\$ 965.654	62,8%	\$ 284.948	64,4%	\$ 598.731	69,6%	
Prorrateo primario base m2	\$ 47.154,10	2,3%	\$ 16.621,95	1,1%	\$ 3.226,47	0,7%	\$ 17.086,46	2,0%	indirectos apoyo
Distribución Dirección Médica	\$ 26.593,91	1,3%	\$ 16.621,19	1,1%	\$ 6.648,48	1,5%	\$ 13.296,95	1,5%	
Distribución de Mantenimiento	\$ 64.677,37	3,1%	\$ 22.798,95	1,5%	\$ 4.425,48	1,0%	\$ 23.436,08	2,7%	
Distribución Recursos Humanos	\$ 7.166,71	0,3%	\$ 7.166,71	0,5%	\$ 2.500,01	0,6%	\$ 2.666,68	0,3%	
Distribución facturación, contaduría	\$ 166.593,47	8,0%	\$ 72.695,33	4,7%	\$ 15.144,86	3,4%	\$ 48.463,56	5,6%	indirectos específicos
subtotal indirectos apoyo	\$ 1.319.918,66	15,0%	\$ 1.101.558,12	8,8%	\$ 316.893,03	7,2%	\$ 703.680,53	12,2%	
Distribución Admisión y contacto	\$ 144.141,29	6,9%	\$ 9.609,42	0,6%	\$ 38.437,68	8,7%		0,0%	
Distribución Farmacia y Esterilización	\$ 14.076,44	0,7%	\$ 14.076,44	0,9%	\$ 10.557,33	2,4%	\$ 31.671,99	3,7%	
Distribución Nutrición y cocina	\$ 267.850,42	12,9%	\$ 101.348,81	6,6%	\$ 14.478,40	3,3%		0,0%	
Distribución Enfermería	\$ 331.532,74	16,0%	\$ 310.811,94	20,2%	\$ 62.162,39	14,0%	\$ 124.324,78	14,5%	
subtotal indirectos específicos	\$ 757.600,89	36,5%	\$ 435.846,61	28,3%	\$ 125.635,80	28,4%	\$ 155.996,77	18,1%	
COSTOS TOTALES SECTOR	\$ 2.077.520	100,0%	\$ 1.537.405	100,0%	\$ 442.529	100,0%	\$ 859.677	100,0%	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 15. Estructura de costos directos e indirectos por producto



Fuente: elaboración propia

5. Conclusiones

5.1 Primeras Conclusiones

- Con el desarrollo realizado se amplía sustancialmente el campo de análisis al momento de abordar:
 - Costos
 - Rentabilidad
 - Valor agregado.
- Se presenta el costo total y unitario de cada producto "final" según la función de producción de la empresa.
- Se asignan costos a las actividades secundarias o de apoyo y a las primarias tanto finales como específicas.
- Se diversifican los objetos de análisis de cuatro productos finales a diecisiete servicios o actividades.
- Es factible analizar la distribución entre costos directos e indirectos
- A partir de la desagregación en las diecisiete actividades definidas en el análisis de costos, se elaboró la siguiente matriz que detalla su ubicación en la estructura de cadena de valor, algunos ítems susceptibles de ser aplicados para el control y mejoramiento de las mismas y las eventuales acciones a aplicar si se verifica la necesidad de optimización o mejora de valor agregado.(ver 5.2.)
- Posteriormente (5.2.1.) se analizan algunas de las actividades en términos de su aporte a la cadena de valor y factibilidad de optimización o mejora de valor agregado.

5.2. Análisis de actividades de cadena de valor y propuestas

Cuadro XVIII. Análisis de cadena de valor y propuestas de mejora

<i>actividad</i>	<i>Ubicación en Cadena de valor</i>	<i>Referencias para análisis de mejoras</i>	<i>Instrumentos alternativos para optimización</i>
1. Internación general	Primaria, Operaciones	Valores de contratación Personal afectado Convenio colectivo Organización de atención médica	Renegociación aranceles Incorporación módulos Incorporar protocolos de atención médica Clinicalización de la atención

			<i>Capacitación rrhh</i>
2. Internación UTI UCO	<i>Primaria, Operaciones</i>	<i>Valores de contratación</i> <i>Personal afectado</i> <i>Convenio colectivo</i> <i>Organización de atención médica</i>	<i>Renegociación aranceles</i> <i>Incorporación módulos</i> <i>Incorporar protocolos de atención médica</i> <i>Capacitación rrhh</i>
3. Consulta de Guardia	<i>Primaria, Operaciones</i>	<i>Valores de contratación</i> <i>Personal afectado</i> <i>Convenio colectivo</i> <i>Organización de atención médica</i>	<i>Renegociación aranceles</i> <i>Incorporación módulos</i> <i>Incorporar guías de atención</i> <i>Capacitación rrhh</i>
4. Quirófano	<i>Primaria, Operaciones</i>	<i>Valores de contratación</i> <i>Personal afectado</i> <i>Convenio colectivo</i> <i>Organización de atención médica</i> <i>Cronograma quirúrgico</i>	<i>Renegociación aranceles</i> <i>Incorporación módulos</i> <i>Protocolos de medicamentos</i> <i>Optimización de cronograma quirúrgico, extensión horaria e incorporación de días no habituales</i>
5. Enfermería y personal de apoyo a pacientes	<i>Primaria, Operaciones</i>	<i>Personal afectado</i> <i>Convenio colectivo</i> <i>Evaluar provisión por terceros (limpieza)</i>	<i>Capacitación de personal</i> <i>Tercerización o concesión de servicios</i>
6. Esterilización	<i>Primaria, Operaciones</i>	<i>Evaluar provisión por terceros (servicio de est, provisión de equipos estériles para quirófano)</i>	<i>Optimización del servicio</i> <i>Provisión del servicio por terceros con elementos propios</i> <i>Provisión por terceros de elemento esteriles (paquetes quirúrgicos, ambos)</i>
7. Nutrición y Cocina	<i>Primaria, Operaciones</i>	<i>Personal afectado</i> <i>Insumos utilizados</i> <i>Costo de provisión por terceros (raciones)</i>	<i>Optimización economato</i> <i>Capacitación personal</i> <i>Tercerización de provisión de menús</i>
8. Farmacia	<i>Primaria, Logística de entrada</i>	<i>Evaluar protocolos de utilización</i> <i>Utilización de vademécum interno</i> <i>Mecanismos de provisión (licitación, compulsas de precios, complementación de sistemas)</i> <i>Política de stocks en Farmacia y en sectores</i>	<i>Licitaciones</i> <i>Compra on line</i> <i>Implementación vademécum interno</i> <i>Racionalización stocks</i> <i>Acuerdos de provisión</i>
9. Admisión y contacto con el	<i>Primaria. Marketing y ventas</i>	<i>Evaluar circuitos de internación</i>	<i>Control y seguimiento de altas de pacientes</i>

cliente		<i>Evaluar criterios de internación programadas</i> <i>Gestión de camas</i>	<i>Priorización de pacientes según complejidad disponible</i> <i>Verificación de cumplimiento de protocolos de atención para optimización de plazos de internación</i>
10. Facturación	<i>Apoyo. Infraestructura</i>	<i>Evaluar cronogramas de facturación</i> <i>Control de documentación necesaria</i> <i>Evaluación y reclamos de débitos</i> <i>Evaluar tercerización de gestión de cobranzas (gerenciadora)</i>	<i>Seguimiento de confección de hc</i> <i>Auditoría médica interna para débitos de terreno</i> <i>Seguimiento y reclamo débitos de facturación</i> <i>Tercerización de gestión de convenios, facturación y cobranzas</i>
11. Contabilidad	<i>Apoyo. Infraestructura</i>	<i>Evaluar normas de auditoría</i>	<i>Incorporación sistema integral de gestión</i>
12. Tesorería	<i>Apoyo. Infraestructura</i>	<i>Evaluar gestión financiera, presupuesto operativo</i>	<i>Confección presupuesto</i>
13. Recursos Humanos	<i>Apoyo. Recursos Humanos</i>	<i>Criterios de selección de rrhh</i>	
14. Mantenim.	<i>Primaria servicios</i>		<i>Protocolos de mantenimiento</i> <i>Plan de obras</i> <i>contratación de ss especializados</i>
15. Gerencia de servicios generales	<i>Apoyo. Infraestructura</i>	<i>Evaluar indicadores de gestión utilizados</i>	<i>Cumplimiento de objetivos</i>
16. Dirección médica	<i>Apoyo. Infraestructura</i>	<i>Evaluación de protocolos de atención</i> <i>Normas de prevención de infecciones</i>	<i>Cumplimiento de objetivos</i>
17. Dirección General	<i>Apoyo. Infraestructura</i>		

Fuente: elaboración propia en base a Michel Porter.

Se presentan a continuación algún análisis de actividades específicas y su propuesta de cambio.

5.2.1. Servicio de alimentación de pacientes

<i>actividad</i>	<i>Cadena de valor</i>	<i>Referencias</i>	<i>Instrumentos alternativos</i>
Nutrición y Cocina	<i>Primaria, Operaciones</i>	<i>Personal afectado</i>	<i>Optimización economato</i>

		<i>Insumos utilizados</i> <i>Costo de provisión por terceros</i> <i>(raciones)</i>	<i>Capacitación personal</i> <i>Tercecerización de provisión de</i> <i>menús</i>
--	--	--	--

Una de las actividades que componen la cadena de producción y generación de valor de la actividad hospitalaria es la alimentación de los pacientes internados.

En la cadena de valor la ubicamos en actividades Primaria, Operaciones.

En la organización analizada la función es realizada por personal del Sanatorio con equipamiento propio y compra de insumos para la preparación en la empresa de cuatro raciones diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena.

La superficie ocupada por el sector es del 4,67% de la superficie cubierta del sanatorio, situada en el segundo piso.

Para determinar la producción del sector se consideró el semestre julio diciembre de 2015, con la siguiente cantidad de raciones entre almuerzo y cena:

Cuadro XIX. Sanatorio Garay raciones elaboradas (2do semestre 2015)

	Jul-15	5.199
	Ago-15	4.524
	Sept-15	4.918
	Oct-15	5.399
	Nov-15	4.826
	Dic-15	4.567
	promedio	4.906

La distribución por tipo de menú y usuario es la siguiente:

Cuadro XX Sanatorio Garay tipo de raciones elaboradas (2do semestre 2015)

promedio mes	4.906	100,00%
Dieta general	1642	33,46%
Hiposódico	652	13,30%
Diabético	461	9,40%
Liviano	461	9,40%
liviano c carne	49	1,00%
liviano con pollo	147	3,00%
Astringente	147	3,00%
Gastro	25	0,50%
Hepato	34	0,70%

Renal	162	3,30%
Liquida	373	7,60%
personal y médicos	752	15,33%

Se observa la participación importante de los menues consumidos por médicosde guardia, residentes, concurrentes y personal que por algún motivo eventual tiene derecho a almuerzo o cena. El menú de este grupo es similar a la dieta general, entre ambos alcanzan prácticamente el 49% del total.

En la distribución de costos se le asigna en forma directa el RRHH afectado, una lic en nutrición y doce empleadas distribuidas en dos turnos de trabajo, de acuerdo al siguiente detalle:

Cuadro XXI costos de personal de cocina (dic 2015)

Nutrición y Cocina								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc. variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Nutricionista	6000		6000			6.000,00	1	6000
Primer cocinero	10.485,00	0,30	13.630,50	0,39	0,02	22.271,24	2,00	44.542,49
Segundo cocinero-Enc. De office	9.908,00	0,30	12.880,40	0,39	0,02	21.045,63	2,00	42.091,27
Ayudante de cocina	9.705,00	0,30	12.616,50	0,39	0,02	20.614,44	3,00	61.843,32
Peones	9.121,00	0,30	11.857,30	0,39	0,02	19.373,96	5,00	96.869,82
TOTAL								251.346,90

Recibe también directamente el gasto en vajilla (bandejas térmicas, platos, descartables, cubiertos, etc.) y la asignación de la amortización de equipos y muebles (heladera, cocina, extractores, piletas, microondas. Etc.)

Indirectamente en función de la superficie ocupada o de su inserción en la estructura sanatorial recibe una proporción de gastos comunes de la estructura, básicamente servicios públicos y la asignación de una parte de los gastos de Dirección, Mantenimiento y Recursos Humanos que son los que mayor interacción tienen con el servicio.

Cuadro XXII servicio de cocina, costos totales y unitarios

Rubro	Nutrición y cocina
Costo de personal:	
Personal	\$ 251.346,90
Equipamiento:	
Amortización Equipamiento (Ver hoja Equipamiento)	\$ 2.308,90
Vajilla	\$ 3.836,84
Insumos de cocina	\$ 106.612,14
Prorrateo de servicios base m2	\$ 5.862,88
Distribución Gerencia de Serv. Generales	\$ 4.001,67
Distribución de Mantenimiento	\$ 8.041,62
Distribución Recursos Humanos	\$ 1.666,68
Costo Total del Servicio	\$ 383.677,63
Costos Totales del Sanatorio	\$ 4.873.630,40
participación del servicio en los costos totales	7,87%
raciones promedio	4.905
costo promedio por ración	\$ 78,22
Provisión externa	\$ 55,00
dif x ración	\$ 23,22
dif mensual	\$ 113.902,63

A modo de conclusión inicial se observa que sería una importante contribución a la cadena de valor sanatorial el cambio del sistema de provisión de alimentos. Si se considera solamente el costo del servicio contra el precio de la provisión externa se produciría un ahorro importante.

Se debe considerar en el caso de optar por la provisión externa de las raciones, el impacto que esto genera en los costos tanto en el corto como en el largo plazo.

El servicio de provisión externa entrega en determinados horarios la cantidad de raciones de almuerzo, y cena solicitados, prepara las bandejas individuales y acondiciona térmicamente las raciones. Las mucamas del sanatorio distribuyen en las habitaciones y luego retiran vajilla y bandejas. El servicio externo se encarga del lavado de la vajilla.

Se deben analizar por un lado aspectos cuali y cuantitativos y dentro de estos otras cuestiones.

Aspectos cualitativos:

- Calidad del servicio actual. Ponderación de los pacientes y acompañantes.
- Problemas sociales derivados de la desvinculación de personal.
- Impacto en la productividad del conjunto de RRHH

Aspectos cuantitativos:

Analizar real reducción de costos, el ahorro no es total dado que varios de los componentes del gasto no desaparecen tal como se visualiza ut supra, se debe realizar un análisis de evitabilidad del gasto mas allá de la eliminación de la actividad:

- El personal no se reduce totalmente dado que se deben atender cuestiones fuera de rutina y horarios prefijados, colaciones, etc lo que amerita una persona por turno.
- Adicionalmente el costo de desvincular personal requiere un esfuerzo financiero que tiene un costo importante.
- Los montos que surgen de prorrates de la estructura general se deben reasignar a las otras actividades

Cuadro XXIII servicio de cocina. Evitabilidad de costos

Rubro	evitabilidad	
Costo de personal:		
Personal	parcial, mantener minimo 1 persona x turno	66%
Equipamiento:		
Amortización Equipamiento (Ver hoja Equipamiento)	total	1%
Vajilla	necesidad minima	1%
Insumos de cocina	total	28%
Prorrato de servicios base m2	parcial, se reasignan	2%
Distribución Gerencia de Serv. Generales	nula, se reasignan	1%
Distribución de Mantenimiento	parcial, se reasignan	2%
Distribución Recursos Humanos	nula, se reasignan	0%
Costo Total del Servicio	\$ -	100%

Esta situación hace que los costos internos se reduzcan parcial y sustancialmente pero no se eliminen totalmente. Solo se eliminan el 29% de los componentes del costo y se reduce el 66%, manteniéndose el resto.

Este análisis sería distinto si se iniciara la actividad sin estructura asignada.

Como principal conclusión consignar que es una actividad que agrega valor percibido por el paciente y se debería desarrollar un plan para un reemplazo gradual por servicio externo.

Concretamente la propuesta consiste en:

- No reemplazar personal que se retire del sector.
- Cubrir la mayor demanda con provisión externa de raciones.

5.2.3. Servicio de facturación y auditoría de prestaciones

<i>actividad</i>	<i>Cadena de valor</i>	<i>Referencias</i>	<i>Instrumentos alternativos</i>
Facturación	<i>Apoyo. Infraestructura</i>	<i>Evaluar cronogramas de facturación Control de documentación necesaria Evaluación y reclamos de débitos Evaluar tercerización de gestión de cobranzas (gerenciadora)</i>	<i>Seguimiento de confección de hc Auditoría médica interna para débitos de terreno Seguimiento y reclamo débitos de facturación Tercerización de gestión de convenios, facturación y cobranzas</i>

La **Facturación de las prestaciones** brindadas constituye un sector clave dentro de este tipo de instituciones. En la cadena de Porter se ubica dentro de las actividades secundarias o de apoyo al proceso productivo pero su importancia adquiere relevancia, no tanto por su participación en la estructura de costos –no representa mas del 2,3% de los costos- sino por su importancia, potencialidad y generación de valor. Algunos motivos:

- Tal como se señalo reiteradamente en este trabajo la modalidad de contratación prevalente en argentina para convenios asistenciales es de pago por prestaciones. En otras modalidades como pago por cápita, cartera de prestaciones o pago por presupuesto, pierde calificación la prestación individual en detrimento de otros parámetros.
- En esta modalidad el derecho a reclamar una acreencia nace cuando se brinda la prestación y dado que el financiador no se encuentra presente en ese momento, el citado derecho se consagra cuando se factura.
- Si bien brindar la prestación es condición necesaria para su facturación, no es requisito suficiente dado que tanto el beneficiario como la prestación en si misma deben reunir determinadas condiciones. El paciente debe estar en padrón y habilitado, requisitos estos similares para el prestador, y la prestación autorizada

entre otras cuestiones. Todo ello debe estar contemplado en anexo de prestaciones del convenio vigente.

- Por lo expuesto a los efectos del negocio integral es tan importante brindar adecuadamente la prestación como facturarla correctamente.
- En las prestaciones de internación suele realizarse un procedimiento denominado auditoría de terreno o auditoría previa. Esto es la revisión por parte de médico auditor del financiador de la historia clínica para "seguir" la internación y evacuar dudas, verificar lo propuesto, eventualmente prestar conformidad o autorizar prácticas, medicamentos, interconsultas. Esta preauditoría en general "prepara" la facturación permitiendo que se facture efectivamente lo que será autorizado para el pago.
- La facturación por prestaciones en efectores de internación está dotada de cierta complejidad dada la cantidad de eventos que la conforman, medicamentos, laboratorio, imágenes, multiple asistencia médica tanto en piso, área crítica, como quirófano.
- Todo lo expuesto fundamenta la importancia de este sector, que mas allá de insumir no más del 2,5% de los gastos totales tiene gran importancia a la hora de establecer la facturación que genera el conjunto de actividades sanatoriales.
- Adicionalmente los financiadores encuentran ventajoso que el sanatorio facture no solo las prestaciones que se brindan in situ y a nombre de la entidad sino que consideran positivo que se facture todo lo que se realiza tanto por el sanatorio como los profesionales y centros de diagnóstico y tratamiento, integrantes de la red prestacional, a pacientes internados como ambulatorios.
- La cantidad de prestadores y el monto de facturación permiten además negociar valores de contratación superiores a los que se pueden obtener en la negociación individual de cada prestador.
- Oportunamente se evaluó esta alternativa de concentrar la facturación en una unidad de negocios especializada en la gestión de convenios con financiadores (tanto prestacionales como capitados), actualización de valores, negociación de condiciones, cobranza.
- **Se creó una Gerenciadora que bajo la forma de fideicomiso administra por cuenta y orden del Sanatorio los convenios con financiadores, percibiendo una comisión por la gestión con valores de mercado.**

- La figura de fideicomiso al cual el Sanatorio cede la gestión de los convenios se adoptó con el objetivo de preservar los recursos destinados al pago de honorarios de la operatoria del Sanatorio dado que dichos fondos no pueden ser utilizados para fines distintos a los que fue creado
- Entre los principales resultados de esta metodología cabe mencionar:
 - Se generó unidad especializada en la gestión de convenios con mejora de valores, criterios de facturación, plazos de pago. Todo ello mejoró la rentabilidad de la actividad y del conjunto.
 - Dado que existe un volumen importante de prestadores que confían en la gestión de esta Unidad la facturación del Sanatorio ha ido disminuyendo su peso relativo en el conjunto, representando actualmente casi un tercio de la facturación global.
 - La unidad no solo cubre sus costos sino que genera utilidad promedio de 10% sobre ventas en los últimos tres ejercicios.
 - La posibilidad de los financiadores de contratar todas las prestaciones y/o modalidades con un solo convenio les genera economías externas por lo que prefieren esta concentración en la contratación.
 - En el período bajo análisis, segundo semestre de 2015, la liquidación mensual promedio de Fideicomiso a todos los prestadores se ubicó en el orden de \$7.000.000, perteneciendo al sanatorio aproximadamente el 46%. Cabe mencionar que fideicomiso no administra convenio IAPOS ni OSDE dado que dichos financiadores se relacionan en forma directa con cada prestador, en estos casos el Sanatorio factura directamente.

A modo de conclusión del caso, se puede destacar:

- Se trata de una actividad de apoyo y complementaria.
- Su incidencia en los costos de producción no es significativa.
- Del análisis específico de sus características y potencialidades se determinó su capacidad para generar valor agregado a la organización, específicamente a través:
 - Especialización en sus competencias específicas
 - Ampliación de la base de negocios incorporando facturación de terceros.

5. Conclusiones finales (por el momento)

La determinación de precios en el mercado de bienes y servicios destinados a recuperar, mantener y mejorar la salud humana dista mucho de seguir las reglas del mercado competitivo.

Diversas circunstancias como la incertidumbre diagnóstica y/o de tratamiento, la asimetría informativa, racionalidad limitada, existencia de bienes públicos, entre otras, dificultan la fijación de precios de referencia.

Se agrega a lo apuntado, las características del proceso productivo y la dificultad de definir el producto final con precisión, al menos en empresas como la seleccionada.

Siguiendo el criterio de costos por actividades y en función de las formas de contratación prevalentes a los efectos de contar con precio de referencia, se costó la consulta de guardia, día de pensión tanto en piso como área crítica y hora de quirófano.

La metodología tradicional alcanza estos costos unitarios asignando a cada producto todos los costos en que incurre la empresa tanto aquellos directos como indirectos relacionándolos con el volumen de producción.

Este método y sus resultados, tal lo expresado en los párrafos recientes, es válido para fijar parámetros de negociación y pisos de rentabilidad, pero a la hora de mirar hacia adentro de los procesos productivos, en búsqueda de eficiencia productiva y mayor generación de valor, la cantidad y complejidad de variables incluidas dificulta la búsqueda de mejoras.

Por ello se recurrió al análisis de cadena de valor de Michael Porter desagregando el proceso en todas sus actividades tanto primarias como de apoyo tratando de analizar su mayor o menor aporte a la generación de valor.

Esta metodología de análisis permite ampliar el campo de trabajo y desagregación de costos de una cantidad equivalente al número de productos y servicios finales ampliado en la incidencia de cada actividad involucrada en este proceso.

Primeras conclusiones de la metodología aplicada:

- El proceso de producción de servicios sanitarios se caracteriza por diversas complejidades.
- El producto final varía en cada caso, difícil de standarizar.
- Precios determinados fuera de parámetros de mercado.
- Complejidad organizacional y de procesos productivos dificulta análisis de costos

- **La determinación del costo unitario total de los productos es importante para la negociación de precios.**
 - **Para incrementar la eficiencia, mejorar costos y calidad o agregar valor es útil la cadena de valor.**
- Identificar actividades de cadena de valor permite diversificar análisis. En el caso específico se pasó de cuatro productos finales a 17 actividades
 - Permite establecer indicadores o parámetros de revisión para cada una de las actividades o servicios facilitando propuestas de mejoras de valor.
 - Importante abordar las diferentes miradas respecto al valor.
- El **Cuadro XVIII. Análisis de cadena de valor y propuestas de mejora de** pag. 82 y 83 y las dos actividades analizadas (alimentación 5.2.1. pag 84 y siguientes y facturación 5.2.2. página 88 y siguientes) muestran el potencial de la herramienta utilizada.

6. Bibliografía

- ❑ Bartoli, Annie. *Comunicación y Organización. La organización comunicante y la comunicación organizada*. 1ra. Edición. Ediciones Paidós Ibérica SA. Barcelona 1992.
- ❑ Canale, Sandra, "*Gestión en los servicios hospitalarios*", en Anales de: Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos Mendoza, 2005 p. 201-218
- ❑ Canale, Sandra; De Ponti Héctor, Monteferrario Mariano. Modelización de costos para entidades intermedias que representan organizaciones de salud con internación." XVIII Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Informática. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF. Octubre 2013
- ❑ Canale, S. Modelos de Costos para organizaciones con internación, publicado en Anales del X Congreso Internacional de Costos, Lyon, Francia, 13 al 16 de Junio de 2007
- ❑ Calvo, Héctor: "*Utilización del concepto de cadena de valor para definir una metodología de diagnóstico en organizaciones de servicios de salud*". A.D.E.N.A.G.
- ❑ Chemes, José y Rossi, Victoria. "*Administración Superior*", material impreso cátedra Administración Superior. Carrera de Especialización en Comercialización Internacional a Distancia. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina, 2005.
- ❑ Corella, J.M. "La gestión de servicios de salud", Madrid. Editorial Diaz de Santos, 1996
- ❑ Coronel Troncoso, G. Los costos en la actividad sanatorial. Determinación de costos por patología. Revista Costos y Gestión del Instituto Argentino de Profesores Universitarios de Costos, Año I, Revista No 3. Argentina, 1991
- ❑ del Llano Señaris Juan y otros .GESTION SANITARIA. Innovaciones y desafíos. Massón SA. Primera Edición Barcelona. 1998
- ❑ De Ponti Héctor; García Laura; Canale Sandra : "*Oferta y Demanda de Servicios de Salud en el Gran Santa Fe*"^{7º} Jornada de Investigación. Facultad de Ciencias Económicas. UNL. 23/11/2006

- De Ponti Héctor, Canale, Sandra; Monteferrario, Mariano; "Determinación de costos de producción de servicios de salud que requieren internación" Asociación de Clínicas y Sanatorios de Santa Fe – Universidad Nacional del Litoral. Agosto de 2009
- De Ponti, Héctor; Canale Sandra: "El mercado de salud y la satisfacción de las partes" Jornadas de Salud de América Latina y Caribe. Ministerio de Salud de Argentina – OPS. Buenos Aires, Abril 2009.
- Diaz Carlos Alberto, *"El Pequeño Gestión Ilustrado. Servicios de Salud"* Ediciones Isalud. 2005
- Dueñas Ramia, G. La Dirección de hospitales por productos: nuevas metodologías de cálculo y análisis de costos. Anales del XXV Congreso Argentino del IAPUCO (Instituto Argentino de Profesores Universitario de Costos). Buenos Aires, Argentina. 2002.
- Ercole, Raúl Alberto *"Costos especiales: costos en hospitales y clínicas"*, Cap XVI. *"Tratado de contabilidad de costos"*, Carlos M. Jiménez y colab Ediciones Macchi, Buenos Aires 1979. PP. 703-739
- Flores, Fernando. Creando Organizaciones para el Futuro. 5º Edición. Dolmen Ediciones/Granica. Chile, 1997. Pág. Echeverría Rafael. La Empresa Emergente. 1º edición 2º reimpresión, Ediciones Granica. Buenos Aires, 2005.
- Fortuny i Organs Biel La gestión de la excelencia en los Centros Sanitarios. Editor Pfizer, Barcelona, Junio 2009.
- Freire, Liliana; Neira, Graciela *"Elaboración de un modelo para la toma de decisiones en las empresas de salud"* en Anales de Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos Tandil, 2004 , p. 43-51
- Gimenez, Carlos M. ; Augusto, Roberto *"Implantacion de un sistema de costos en empresas de servicios"*, en Gimenez, Carlos M., dir. Costos para empresarios Macchi Buenos Aires:, 1995, p. 754-777
- Gilli, Juan José y colaboradores. Administración. Conceptos y procesos clave. Editorial Docencia.
- Gisbert I Gelonch, R. "Economía y Salud. Economía, Gestión Económica y Evaluación Económica en el Ámbito Sanitario". Editorial Masson, Barcelona, España. 2002

- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar: *"Metodología de la Investigación"* McGraw Hill Interamericana. Segunda Edición. México 1998
- Ministerio de Salud de la República Argentina, Secretaría de Atención Sanitaria, Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción. "Pautas Básicas para la Elaboración de Costos Hospitalarios" RSPS 120/99. (2000)
- Mintzberg, Henry. *Mintzberg y la Dirección*. Traducción al español por Jesús Nicolau Medina y Mercedes Gozalbes Ballester. Ediciones Diaz de Santos SA. Madrid 1991
- Molinero, Andrés M,; Orbieta JM; Polo Ordoqui M. "La medida del producto hospitalario. El case mix" En Temes, J. L., Díaz, J.L. y Parra, B. "El coste por proceso hospitalario". Madrid Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España. 1994.
- Montico Eduardo "La Contabilidad de Costos en Instituciones de Salud. Los Costos y las Empresas de Salud en Uruguay." 2005 <http://www.gestiopolis.com/recursos4/docs/fin/contasalud.htm>
- Muriel, Ma. Luisa y Rota, Gilda. *"Comunicación Institucional. Enfoque Social de Relaciones Públicas"* Primera Edición. Editora Andina. Quito Ecuador. 1980.
- Porter, Michael E., "Ventaja Competitiva. Creación y Sostenimiento de un Desempeño Superior". Compañía Editorial Continental. Décima Octava Reimpresión. México,1999.
- Serra, Roberto; Iriarte, Jorge; Le Fosse, Guillermo: *El Nuevo Juego de los Negocios. Los ganadores no son los mejores sino los que dominan el juego.* Grupo Editorial Norma. Buenos Aires. 2000.
- Stiglitz, Joseph en "Economía del Sector Público". Antoni Bosch (capítulo "La Sanidad". 11 de la segunda edición o 12 de la tercera edición). 2003
- Temes, J. L., Díaz, J.L. y Parra, B. "El coste por proceso hospitalario". Madrid Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España. 1994

7. Anexos

7.1 Anexo 1.

Planillas de costos Sanatorio Garay

Sanatorio Garay SA costos diciembre 2015	SECTORES FINALES				SERVICIOS ESPECIFICOS					SECTORES DE APOYO							
	Internación general	UTI UCO	Guardia	Quirofano	Enfermería	Esterilización	Nutrición y Cocina	Farmacia	Admisión y contacto con el cliente	Facturación	Contabilidad	Tesorería	Recursos Humanos	Mantenim.	Gerencia de servicios generales	Dirección Médica	Dirección General
Costo de personal:																	
Personal administrativo																	
Coordinador médico	\$ 9.600,00	\$ 60.000,00	\$ 8.500,00	\$ 10.000,00													
Cabas	\$ 48.162,36	\$ 67.649,70															
enfermeras	\$ 797.706,27	\$ 569.790,19	\$ 113.958,04	\$ 234.363,94													
Camilleros					\$ 77.560,38												
Mucamas					\$ 674.879,78												
Médicos	\$ 24.000,00	\$ 174.000,00	\$ 87.000,00														
Instrumentista				\$ 147.062,00													
Supervisoras					\$ 50.513,68												
Jefe				\$ 28.000,00				\$ 9.822,11									
Ropería					\$ -												
Equipamiento:																	
Amortización Equipamiento (Ver hoja Equipamiento)	\$ 14.695,03	\$ 47.066,95	\$ 3.803,53	\$ 21.001,70		\$ 7.399,17	\$ 2.308,90										
Vajilla							\$ 3.836,84										
Insumos no facturables	\$ 29.000,00	\$ 29.000,00	\$ 21.750,00	\$ 65.250,00													
Insumos de cocina							\$ 106.612,14										
Insumos y servicios de mantenimiento general	\$ 6.045,42	\$ 5.664,00	\$ 415,00	\$ 4.857,00										\$ 89.325,00			
Insumos de archivo										\$ 6.106,00							
Ropa de cama	\$ 14.544,03	\$ 5.503,14	\$ 786,16														
Esterilización tercerizada				\$ 72.491,17		\$ 2.302,00											
Residuos patológicos (Terc.)	\$ 5.600,00	\$ 5.600,00	\$ 4.200,00	\$ 12.600,00													
Lavandería (tercerizado)	\$ 57.000,00																
Otros Gastos Fijos																	
Gas																	
Energía Eléctrica																	
Teléfono																	
Agua																	
Amortización inmueble																	
Seguro sobre inmueble																	
Impuestos sobre el inmueble																	
Vigilancia																	
Artículos de limpieza																	
Papelería e insumos de comp.																	
Gastos en sistema informático (terc.)																	
Asesoría Legal y Contable																	
Seguro de mala praxis	\$ 1.380,00	\$ 1.380,00	\$ 1.035,00	\$ 3.105,00													
SUBTOTAL	\$ 1.007.733,10	\$ 965.654,00	\$ 241.447,73	\$ 598.730,81	\$ 802.953,85	\$ 9.701,17	\$ 364.104,78	\$ 22.449,49	\$ 168.365,08	\$ 111.334,17	\$ 50.513,68	\$ 44.901,05	\$ 14.511,89	\$ 166.247,58	\$ 39.000,00	\$ 30.000,00	\$ 51.840,49
Prorratio base m2	\$ 47.154,10	\$ 16.621,95	\$ 3.226,47	\$ 17.086,46	\$ 6.277,17	\$ 5.862,88	\$ 5.862,88	\$ 5.862,88	\$ 2.197,01	\$ 2.197,01	\$ 2.197,01	\$ 2.197,01	\$ 2.197,01	\$ 1.544,18	\$ 1.569,29	\$ 1.569,29	\$ 1.920,09
Prorratio gastos de asesoría legal y contable															\$ 9.097,42	\$ 4.548,71	\$ 4.548,71
Prorratio Equipamiento Administración								\$ 347,16	\$ 1.289,98	\$ 1.289,98	\$ 1.289,98	\$ 1.289,98	\$ 1.289,98	\$ 73,09	\$ 146,17	\$ 146,17	\$ 146,17
Prorratio Papelería e Ins.Comp.								\$ 1.429,53	\$ 5.311,82	\$ 5.311,82	\$ 5.311,82	\$ 5.311,82	\$ 5.311,82	\$ 300,95	\$ 601,91	\$ 601,91	\$ 601,91
Prorratio Sist. Informáticos								\$ 142,50	\$ 529,50	\$ 529,50	\$ 529,50	\$ 529,50	\$ 529,50	\$ 30,00	\$ 60,00	\$ 60,00	\$ 60,00
Subtotal luego de prratos primarios	\$ 1.054.887,20	\$ 982.275,94	\$ 244.674,20	\$ 615.817,27	\$ 809.231,02	\$ 15.564,05	\$ 369.967,66	\$ 30.231,55	\$ 177.693,40	\$ 120.662,49	\$ 59.842,00	\$ 54.229,37	\$ 23.840,21	\$ 168.195,80	\$ 50.474,79	\$ 36.926,08	\$ 59.117,38
Distribución Dirección General															\$ 29.558,69	\$ 29.558,69	\$ -59.117,38
	\$ 1.054.887,20	\$ 982.275,94	\$ 244.674,20	\$ 615.817,27	\$ 809.231,02	\$ 15.564,05	\$ 369.967,66	\$ 30.231,55	\$ 177.693,40	\$ 120.662,49	\$ 59.842,00	\$ 54.229,37	\$ 23.840,21	\$ 168.195,80	\$ 80.033,48	\$ 66.484,77	\$ -

Sanatorio Garay SA costos diciembre 2015	SECTORES FINALES				SERVICIOS ESPECIFICOS					SECTORES DE APOYO								
	Internación general	UTI UCO	Guardia	Quirofano	Enfermería	Esterilización	Nutrición y Cocina	Farmacia	Admisión y contacto con el cliente	Facturación	Contabilidad	Tesorería	Recursos Humanos	Mantenim.	Gerencia de servicios generales	Dirección Médica	Dirección General	
Distribución Dirección Médica	\$ 26.593,91	\$ 16.621,19	\$ 6.648,48	\$ 13.296,95	\$ 3.324,24													\$ -66.484,77
Distribución Gerencia de Serv. Generales						\$ 4.001,67	\$ 4.001,67	\$ 4.001,67	\$ 8.003,35	\$ 16.006,70	\$ 20.008,37	\$ 16.006,70	\$ 4.001,67	\$ 4.001,67	\$ -80.033,48			
	\$ 1.081.481,11	\$ 998.897,14	\$ 251.322,68	\$ 629.114,22	\$ 812.555,26	\$ 19.565,72	\$ 373.969,33	\$ 34.233,23	\$ 185.696,74	\$ 136.669,19	\$ 79.850,37	\$ 70.236,07	\$ 27.841,88	\$ 172.197,47	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Distribución de Mantenimiento	\$ 64.677,37	\$ 22.798,95	\$ 4.425,48	\$ 23.436,08	\$ 8.609,87	\$ 8.041,62	\$ 8.041,62	\$ 8.041,62	\$ 4.824,97	\$ 4.824,97	\$ 4.824,97	\$ 4.824,97	\$ 4.824,97	#####				
	\$ 1.146.158,48	\$ 1.021.696,08	\$ 255.748,15	\$ 652.550,30	\$ 821.165,13	\$ 27.607,35	\$ 382.010,95	\$ 42.274,85	\$ 190.521,72	\$ 141.494,16	\$ 84.675,34	\$ 75.061,04	\$ 32.666,85					
Distribución Recursos Humanos	\$ 7.166,71	\$ 7.166,71	\$ 2.500,01	\$ 2.666,68	\$ 7.666,71	\$ -	\$ 1.666,68	\$ 500,00	\$ 1.666,68	\$ 1.000,01	\$ 333,34	\$ 333,34	\$ -32.666,85					
	\$ 1.153.325,19	\$ 1.028.862,79	\$ 258.248,17	\$ 655.216,98	\$ 828.831,84	\$ 27.607,35	\$ 383.677,63	\$ 42.774,85	\$ 192.188,39	\$ 142.494,17	\$ 85.008,68	\$ 75.394,37						
Distribución facturación, contaduría y tesorería	\$ 166.593,47	\$ 72.695,33	\$ 15.144,86	\$ 48.463,56						#####	\$ -85.008,68	\$ -75.394,37						
	\$ 1.319.918,66	\$ 1.101.558,12	\$ 273.393,03	\$ 703.680,53	\$ 828.831,84	\$ 27.607,35	\$ 383.677,63	\$ 42.774,85	\$ 192.188,39	\$ -	\$ -	\$ -						
Distribución Admisión y contacto	\$ 144.141,29	\$ 9.609,42	\$ 38.437,68							#####								
	\$ 1.464.059,96	\$ 1.111.167,54	\$ 311.830,71	\$ 703.680,53	\$ 828.831,84	\$ 27.607,35	\$ 383.677,63	\$ 42.774,85	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Distribución Farmacia y Esterilización	\$ 14.076,44	\$ 14.076,44	\$ 10.557,33	\$ 31.671,99		\$ -27.607,35	\$ -42.774,85											
	\$ 1.478.136,40	\$ 1.125.243,98	\$ 322.388,04	\$ 735.352,52	\$ 828.831,84	\$ -	\$ 383.677,63	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -						
Distribución Nutrición y cocina	\$ 267.850,42	\$ 101.348,81	\$ 14.478,40						\$ -383.677,63									
	\$ 1.745.986,81	\$ 1.226.592,79	\$ 336.866,44	\$ 735.352,52	\$ 828.831,84	\$ -	\$ -											
Distribución Enfermería	\$ 331.532,74	\$ 310.811,94	\$ 62.162,39	\$ 124.324,78	\$ -828.831,84													
COSTOS TOTALES SECTORES FINALES	\$ 2.077.520	\$ 1.537.405	\$ 399.029	\$ 859.677	\$ -													

unidad	día cama	día cama	consulta guardia	hora quirófano
COSTO UNITARIO A	\$ 1.194,57	\$ 4.420,04	\$ 95,60	\$ 1.235,79
incluye incidencia Imp Ing Brutos				
nivel de actividad	75%	75%	4320	720

COSTO UNITARIO B	\$ 1.119,91	\$ 4.143,79	\$ 119,50	\$ 1.011,10
incluye incidencia Imp Ing Brutos				
nivel de actividad	80%	80%	3456	880
valor de mercado				
¡apos ago 2015	\$ 1.120,00	\$ 4.190,00	\$ 130,00	\$ 1.318,20
margen con 75% actividad	-6,24%	-5,20%	35,98%	6,67%
margen con 80% actividad	0,01%	1,12%	8,79%	30,37%

CÁLCULO COSTO PERSONAL POR SECTOR (diciembre 2015)

Sector Internación General								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Cabas	11.391,00	0,30	14.808,30	0,57	0,07	24.081,18	2,00	48.162,36
Enfermeras	10.781,00	0,30	14.015,30	0,57	0,07	22.791,61	35,00	797.706,27
Coordinador médico	9.600,00					9.600,00	1,00	9.600,00
Médicos	8.000,00						3,00	24.000,00
TOTAL								879.468,63

UTI/UCO								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc. variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Cabas	16.000,00	0,30	20.800,00	0,57	0,07	33.824,85	2,00	67.649,70
Enfermeras	10.781,00	0,30	14.015,30	0,57	0,07	22.791,61	25,00	569.790,19
Coordinador médico	15.000,00						4,00	60.000,00
Médicos	12.428,57						14,00	174.000,00
TOTAL								871.439,90

Médicos: 30 guardias a \$ 2800.- por unidad. La estructura tiene dos unidades 32.200,00
 174.000,00

Quirófano								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc. variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Enfermeras	11.086,00	0,30	14.411,80	0,57	0,07	23.436,39	10,00	234.363,94
Instrumentistas	11.594,00	0,30	15.072,20	0,57	0,07	24.510,33	6,00	147.062,00
Coordinador médico	10.000,00						1,00	10.000,00
Jefe	28.000,00		28.000,00				1,00	28.000,00
								0,00
TOTAL								419.425,94

Guardia								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc. variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Enfermeras	10.781,00	0,30	14.015,30	0,57	0,07	22.791,61	5,00	113.958,04
Coordinador médico	8.500,00						1,00	8.500,00
Médicos	2.900,00						30,00	87.000,00
TOTAL								209.458,04

Enfermería								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc. variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Camilleros	9.172,00	0,30	11.923,60	0,57	0,07	19.390,10	4,00	77.560,38
Mucamas	9.121,00	0,30	11.857,30	0,57	0,07	19.282,28	35,00	674.879,78
Supervisoras	18.000,00		18.000,00	0,39	0,02	25.256,84	2,00	50.513,68
Ropería	9.172,00	0,30	11.923,60	0,57	0,07	19.390,10	0,00	0,00
TOTAL								802.953,85

CÁLCULO COSTO PERSONAL POR SECTOR (diciembre 2015)

Nutrición y Cocina								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc. variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Nutricionista	6000		6000			6.000,00	1	6000
Primer cocinero	10.485,00	0,30	13.630,50	0,39	0,02	22.271,24	2,00	44.542,49
Segundo cocinero-Enc. De o	9.908,00	0,30	12.880,40	0,39	0,02	21.045,63	2,00	42.091,27
Ayudante de cocina	9.705,00	0,30	12.616,50	0,39	0,02	20.614,44	3,00	61.843,32
Peones	9.121,00	0,30	11.857,30	0,39	0,02	19.373,96	5,00	96.869,82
TOTAL								251.346,90

Farmacia								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc. variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Personal adm.	9.908,00	0,30	12.880,40	0,39	0,02	21.045,63	3,00	63.136,90
Jefe	35.000,00		35.000,00	0,39	0,02	49.110,53	1,00	49.110,53
TOTAL								112.247,43

Mantenimiento								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc. variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Oficiales	10.485,00	0,30	13.630,50	0,39	0,02	22.271,24	1,00	22.271,24
Medio oficiales	9.875,00	0,30	12.837,50	0,39	0,02	20.975,54	1,00	20.975,54
jefe	24.000,00		24.000,00	0,39	0,02	33.675,79	1,00	33.675,79
TOTAL								76.922,57

Resto del personal administrativo								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc. variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Admisión y contacto con el c	9.908,00	0,30	12.880,40	0,39	0,02	21.045,63	8,00	168.365,08
art	9.908,00	0,30	12.880,40	0,39	0,02	21.069,36	3,00	63.208,09
Facturación	9.908,00	0,30	12.880,40	0,39	0,02	21.045,63	5,00	105.228,17
Contabilidad	36.000,00		36.000,00	0,39	0,02	50.513,68	1,00	50.513,68
Tesorería	32.000,00		32.000,00	0,39	0,02	44.901,05	1,00	44.901,05
Rec.humanos	6.832,00	0,30	8.881,60	0,39	0,02	14.511,89	1,00	14.511,89
Jefes	35.000,00		35.000,00	0,57	0,07	57.497,08	3,00	172.491,25
TOTAL								619.219,20

Gerencias								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc. variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Gerencia de serv.grales						39.000,00	1,00	39.000,00
Dirección médica						30.000,00	1,00	30.000,00
TOTAL								69.000,00

Dirección General								
Personal	Rem.básica	Antigüedad	Rem.con ant.	Cargas soc. variables	Cargas soc. fijas	Rem.total con cargas soc.por emp.	Cantidad	Costo total
Directores	6.289,44					7.541,00	4,00	30.164,00
Secretaría	10.205,00	0,30	13.266,50	0,39	0,02	21.676,49	1,00	21.676,49
TOTAL								51.840,49

7.2. Anexo II.

- **Análisis de caso. Cadena de valor Red del Hospital Clínico de la Universidad de Chile**

A los efectos de analizar un caso específico de Cadena de valor en organizaciones de salud se presenta el caso de la Red del Hospital Clínico de la Universidad de Chile⁶⁴

La presentación argumenta que el análisis de la cadena de valor persigue el objetivo de establecer las competencias centrales de la organización, que le permiten diferenciarse de la competencia.

Define a las Actividades Primarias como aquellas necesarias para fabricar un producto, venderlo, distribuirlo y brindar el apoyo post venta.

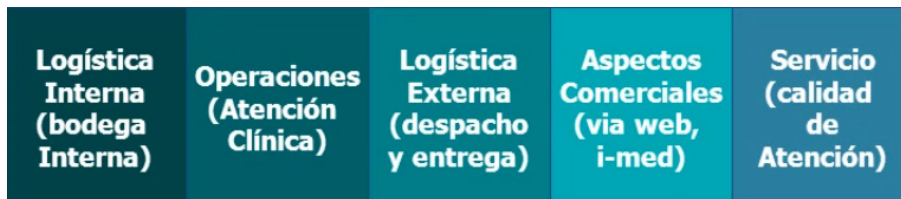
Para soportar las mismas, las actividades de Apoyo o secundarias contribuyen a que las actividades primarias se realicen.

En este análisis el Margen es el valor del servicio final que percibe el usuario (paciente, asegurador, gobierno)



Todos los análisis referidos a la cadena de valor se deben realizar en términos comparativos con la competencia.

Desagregando **las actividades primarias** referidas al Hospital, se puede sintetizar lo siguiente.



⁶⁴Curso Internacional sobre Planificación Estratégica en Salud de la Universidad de Chile donde analiza la cadena de valor de la Red del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (<https://www.youtube.com/watch?v=fXP0VCb91pg> consultado el 4 de enero de 2017)

Con **Logística Interna**⁶⁵ se alude a las actividades de incorporación, almacenaje y administración de stocks de insumos tales como medicamentos, descartables, elementos de limpieza, alimentos, ropa de cama, involucrando diversos sectores desde farmacia, economato, cocina, ropería. La logística interna transversaliza la función médica como la técnica.

El sector **Operaciones** sintéticamente toma insumos y los convierte en producto final. En este caso comprende la atención clínica y en otros incluye las actividades quirúrgicas.

Si bien el producto final es un servicio⁶⁶, el proceso de producción incorpora insumos (medicamentos, descartables) maquinas y aparatos (electro bisturí, scialítica, mesa de anestesia) agregado a una dosis de conocimiento especializado del rrhh profesional y calificado del rrhh técnico se produce el servicio quirúrgico.

Esta actividad compleja de generación de servicios especializados se denomina **servucción**. Cabe agregar que como en casi todos los servicios, la producción del mismo es con el paciente-cliente presente. Por lo tanto esta combinación de recursos físicos y humanos para generan un resultado intangible y único sobre el paciente dado que sus características difieren.

La **logisitica externa**⁶⁷ involucra las actividades necesarias para generar, guardar y distribuir el producto entre los clientes, ej.; tramitación de órdenes, guarda de estudios, exámenes, historias clínicas. Cabe recordar que se entiende como cliente tanto al paciente, como a su grupo familiar, al financiador (obra social, prepaga, mutual, etc), al estado, a los profesionales prestadores.

Aspectos comerciales alude a las actividades para convencer al cliente que compre el producto, call center, web, redes sociales, admisión y todo punto de contacto entre el cliente y la institución.

Servicios son actividades relacionadas con la atención de clientes pasados, actuales o potenciales y que son valoradas por estos, trato oportuno y calidez de atención. En **operaciones** se analiza la calidad técnica, en servicios se analiza la calidad percibida

El trabajo repasa también las **actividades secundarias o de apoyo**.

⁶⁵Logística de entrada según Porter

⁶⁶Entendiendo que el producto final pueden ser bienes o servicios.

⁶⁷Logística de salida según Porter

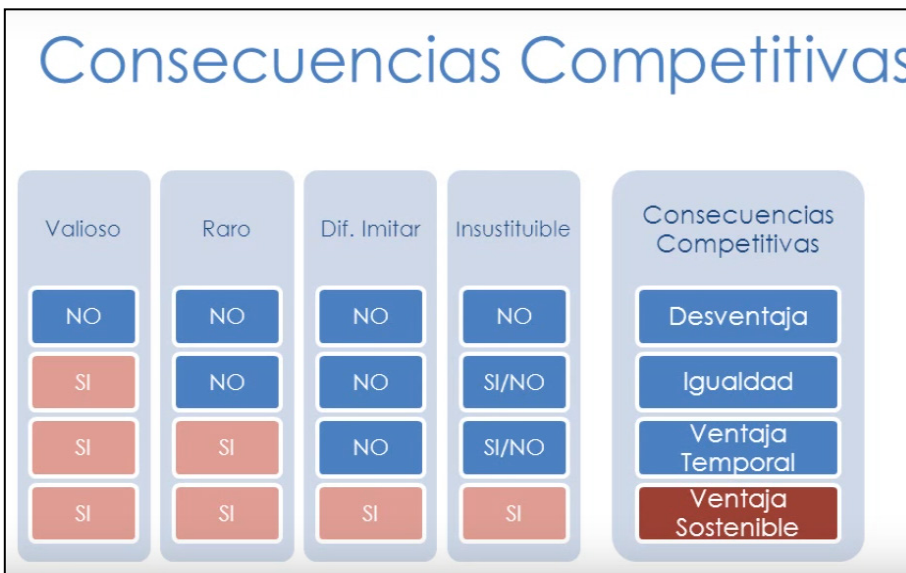
Estructura de la Empresa (administración general, finanzas)
Administración de Recursos Humanos (reclutar, contratar, Remunerar, etc.)
Desarrollo Tecnológico (sistemas informáticos, Ficha clínica electrónica, equipamiento)
Servicios de Apoyo (adquisición, vigilancia, aseo, etc)

Servicios de apoyo (o Insumos según Porter) indirectos a la realización de estudios o atención clínica (compras, seguridad, limpieza)

Desarrollo tecnológico aplicado a actividades que mejoran el producto o los procesos de fabricación.

Las actividades de apoyo se desarrollan en todas las unidades de la empresa. Es importante detectar como contribuyen a la generación de valor que se agrega a la actividad primaria.

Cabe recordar que el análisis de cadena de valor planteado por este estudio se realiza a los efectos de determinar las competencias centrales de la organización. Actividades valiosas, raras, difíciles de imitar, insustituibles afianzan las competencias del producto.



A modo de breves y escuetas conclusiones, la presentación resalta:

- Las actividades primarias deben analizarse en dos dimensiones, calidad técnica y calidad percibida.
- Las actividades secundarias si bien afianzan el proceso productivo deben ser imperceptibles para el usuario
- El objetivo de todas las actividades es la generación de valor.
- La medición de valor debe ser realizada por todos los participantes del proceso, grupos de interés, relacionados. Se incluyen tanto pacientes, clientes, usuarios como proveedores, trabajadores, gobierno



900-2744/10.-



La Plata, 10 de noviembre de 2010.-

VISTO la nota presentada por el Director de la Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud en la cual eleva para su tratamiento ante el Consejo Directivo la nómina de los Proyectos de Tesis presentados por los alumnos de la citada Maestría sobre los Temas que seguidamente se consignan, los cuales serán dirigidos y asesorados por los Directores de Tesis que se detallan, y donde se destaca que 11 de los 14 proyectos presentados son fruto del Programa de Acompañamiento para el Desarrollo de Tesis de Maestría en Economía de la Salud (PADT), y

CONSIDERANDO:

que tales proyectos han sido previamente visados por el Consejo de Profesores de la Maestría, tal como el reglamento de la misma lo determina,

que según la Ordenanza N° 261 de la Universidad Nacional de La Plata corresponde al Consejo Directivo de esta Casa de Estudios la aprobación de los Directores de Tesis y de los Temas de los trabajos de Tesis,

que a fs. 106 y 106 vta. obra la Disposición N° 413/10 de la Secretaría de Investigación y Post-Grado de esta Unidad Académica,

Por ello,

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS, ad-referéndum del Consejo Directivo,

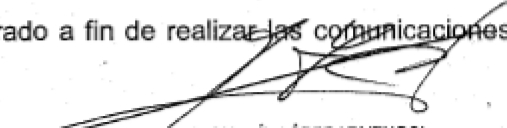
RESUELVE:

Art.1º.-Aprobar la designación de los Directores de Tesis que se indican, a partir del 1º de noviembre del año 2010 y hasta el 31 de octubre del año 2011, quienes serán los encargados de asesorar y dirigir a los alumnos de la Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud que se detallan, en la elaboración de las Tesis, y aprobar los Temas que se mencionan a continuación:

MAESTRANDO	DIRECTOR DE TESIS	TITULO DEL PROYECTO DE TESIS
Cr. Daniel Francisco REIJA	Lic. Héctor Ángel CALVO	Desarrollo de un modelo de indicadores aplicables a un tablero de control para la gestión de un establecimiento asistencial (Hospital Español de La Plata).
Cra. Anabella RODRIGO	Mg. Gustavo Horacio MARIN	La articulación entre el Hospital Schestakow y los Centros Provinciales de Atención Primaria de la Salud en el Departamento de San Rafael, Provincia de Mendoza.
Cr. Héctor DE PONTI	Lic. Héctor Ángel CALVO	La Cadena de Valor como elemento de optimización de Costos en Empresas de Salud
Lic. Mariel ORTIZ	Mg. Liliana Cristina GALAN	El Gerente Sanitario Requerido. Confluencia de las competencias recomendadas, desarrolladas y demandas en los últimos veinte años.

Art.2º.-Regístrese, pase a consideración del Consejo Directivo y remítase copia de la presente Resolución a la Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud. Cumplido elévese a la Dirección de Doctorado y Post-Grado a fin de realizar las comunicaciones correspondientes.


M.G. EDUARDO ANDRÉS DE GIUSTI
Secretario
de Investigación y Post-Grado


Lic. MARTÍN LÓPEZ ARMENGOL
Decano

RESOLUCIÓN Nº 876

aprobadesigdirectorestesisidisp413-10

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA Facultad de Cs. Económicas Maestría en Economía y Salud
<input type="checkbox"/> 11 NOV 2010 <input type="checkbox"/>
ENTRADA