

# **ESTIMACION DE CAPITAS PARA INSTITUCIONES DE FEMI**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y DE ADMINISTRACION**

**Cra. Carina Peombo**

**Ec. Fanny Trylesinski (coordinadora)**

**Diciembre 2008**

- I. MARCO CONCEPTUAL**
- II. OBJETIVO Y ALCANCE DEL TRABAJO**
- III. METODOLOGIA UTILIZADA**
- IV. ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS**
- V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## I. MARCO CONCEPTUAL

Las instituciones de salud se caracterizan por ser multiproductoras de servicios muy diversos y sus procesos productivos tienen peculiaridades específicas. En general se puede dividir al proceso en tres niveles: los referidos específicamente a la estructura de la producción, los relacionados con la atención específica procesos intermedios y primarios, y el último nivel que incluye a todos los demás y que se refiere al análisis de la eficiencia, calidad y eficacia de los servicios prestados. En este último nivel se evalúa a la prestadora de servicios de salud en general mediante indicadores que permitan realizar comparaciones homogéneas y poder analizar rendimientos en función de los recursos utilizados. Sin embargo, la dificultad se presenta a la hora de definir las unidades de medidas que cumplan con uno de los objetivos básicos de la contabilidad de gestión de informar sobre la característica de la producción final, dado que se pueden estar comparando actividades tan dispares como pueden ser un parto, una operación de apendicitis o un politraumatismo craneal. Desde el punto de vista de las patologías podrían determinarse los productos analizados como una solución integral a los pacientes en sentido amplio. En cuanto a la unidad de producción la misma debe ser representativa de cada proceso productivo o etapa de actividad, en función de alguna característica particular que identifique claramente al proceso.

Para la toma de decisiones es necesario seleccionar los objetos de costeo apropiados, para los cuales se desea una medición separada de costos, (servicio, proceso, departamento, centro de responsabilidad, producto, paciente, patología, etc.).

Con respecto a las técnicas que más se adapten para satisfacer las diferentes necesidades de información de las instituciones podrá optarse por sistemas de costos que tomen en cuenta todos los recursos consumidos (costo completo) o sólo tomar el consumo de los recursos variables. Para el propósito del presente trabajo debe adoptarse el modelo completo a los efectos de comparar los costos con la tarifa que el sistema actual de salud paga por cada estrato de sexo y edad. Sin embargo, debe tomarse en cuenta al definir el sistema de información que es preciso discriminar los costos fijos de los variables, permitiendo aplicar uno u otro según el propósito del cálculo de costos. Esta desagregación permite además efectuar un análisis de "costo-volumen-utilidad", como herramienta para la toma de decisiones que implica por ejemplo agregar un servicio a la combinación de productos ya existente ocupando parte de la capacidad disponible, permitiendo aplicar precios y costos diferenciales.

En cuanto a la forma de acumulación se propone un sistema de costos por procesos, acumulando los costos en "centros de costos". Estos constituyen unidades básicas de análisis y tratamiento diferenciado, a los que se les pueden asociar responsables de cada centro y ligados con la estructura organizativa de la institución. En general, estos se clasifican en asistenciales finales e intermedios y no asistenciales.

Para hacer frente al reto de mejorar la eficiencia, se requiere un sistema de costos que permita un adecuado "rastreo de costos". Tal sería el caso de la acumulación de costos por paciente o patología.

Desde la concepción funcional de la organización el cálculo de costos entonces presenta distintas alternativas, pudiendo calcularse el costo de un servicio, departamentos o de centros de costos, siendo el cálculo de cada uno de ellos muy similar, consistiendo en sumar los insumos directos, las remuneraciones directas y los costos indirectos del objetivo de costo buscado.

Otro aspecto fundamental, es contar con un sistema de información que permita a sus directivos tomar decisiones en el momento oportuno y adelantarse a los cambios permanentes. No basta entonces con información "contable tradicional" sino que se requieren las cantidades físicas de recursos utilizadas en el proceso productivo. El sistema debe ser integral abarcando los datos, procesos, recursos humanos, interrelacionados entre sí. En la actualidad se tiende a la utilización de un sistema integrado, que permite conocer el número, tipo, características y disponibilidad de los recursos, considerando la totalidad de las actividades de las instituciones.

Toda la información pertinente a una transacción se ingresa al sistema que toma forma de una base de datos de donde varios usuarios pueden extraer lo que precisan a fin de preparar con la mayor exactitud lo que se desea, la información no se pierde sino que continúa disponible para otros usuarios. En el diseño se debe tener en cuenta como mínimo aspectos fundamentales en cuanto a los insumos del sistema, determinación del conjunto mínimo de datos, estándares, procedimientos de relevamiento de datos, y el acceso al sistema para todos los usuarios. De esta manera la contabilidad de gestión debería proporcionar información relacionada con el costo por paciente y patología. También en el diseño es importante definir el conjunto de indicadores básicos, tanto cuantitativos como cualitativos, que permitan medir y evaluar el seguimiento de las variables claves mediante comparaciones internas y externas.

## II. OBJETIVO Y ALCANCE DEL TRABAJO

Este trabajo constituye una primera aproximación a la estimación de los costos por sexo y grupos etarios de los afiliados a algunas instituciones de la FEMI.

### *Objetivo*

El objetivo del presente estudio consistió en realizar una estimación del costo promedio efectuado por afiliado discriminado por sexo y edad para las instituciones pertenecientes a la FEMI de acuerdo a los estratos utilizados por el MSP.

### *Alcance y limitaciones*

Se optó por utilizar como período de referencia el año calendario 2007 ya que al momento de iniciar el estudio se trataba del último año completo cerrado. Por otra parte, los cambios introducidos en el año 2008 que implicaron un incremento importante en la masa de afiliados y los consecuentes impactos sobre la utilización de los servicios asistenciales, no hacían conveniente utilizar datos correspondientes a los primeros meses de ese año.

Los resultados obtenidos reflejan los costos históricos incurridos en el año 2007. Es decir que si en el transcurso de ese año por alguna razón se realizó un uso extraordinario de alguna clase de servicio por parte de determinado estrato de afiliados, ello se ve reflejado en los costos de ese estrato, sin que sea posible amortiguar dichos efectos.

Por otra parte, se estimó el costo efectuado por quienes utilizaron los servicios independientemente de si se trataba de afiliados o no, ya que no se tuvo acceso a información respecto a los costos de los servicios prestados a terceros. Esto significa que si estos costos por paciente se imputan a los afiliados, los mismos se estarían sobre estimando.

Los resultados obtenidos constituyen un indicador de los costos promedio por afiliado, pero estos no son automáticamente comparables con los montos que por concepto de pago capitado se debería recibir del FONASA. Ello es así porque las instituciones financian parte de su actividad con copagos. Un estudio más en profundidad requeriría determinar la incidencia de los copagos en el financiamiento de cada uno de los servicios y por ende en cada estrato de afiliados.

La estimación del costo por afiliado requiere la existencia de información estadística referida a volúmenes o cantidades físicas de servicios utilizados así como información contable relativa a los gastos con un nivel de desagregación que permita su asignación a los diferentes tipos de usuarios.

Dado que no fue posible obtener la información necesaria en cantidad y calidad para todas las instituciones de la Femi se optó por realizar en una primera etapa el estudio para algunas instituciones que se seleccionaron en base a la disponibilidad de datos.

Estas instituciones son: Amecom, Comeca, Comepa, Gremeda y SMQS <sup>(1)</sup>. La masa de afiliados de estas instituciones representa el 35% del total de los afiliados a instituciones de Femi. Entre ellas se encuentran las 4 mayores instituciones.

A continuación se presenta el costo mensual estimado para el año 2007 de estas instituciones a partir del Estado de Resultados.

**Gasto mensual promedio por afiliado en instituciones de FEMI** <sup>(2)</sup>

Año 2007	Pesos uruguayos
Institución A	893
Institución B	1.079
Institución C	1.053
Institución D	1.072
Institución E	909
Promedio Instituciones seleccionadas	1.003
Promedio FEMI	1.016

Fuente: Elaborado en base a datos de Femi

El gasto mensual promedio de las instituciones seleccionadas es un 1.2% inferior al del total de las instituciones de Femi. Por su parte, si se considera cada una de las seleccionadas, se observa que las variaciones respecto al total se encuentran en el entorno del 10%, por lo que se puede concluir que el nivel de gasto mensual está en línea con el resto.

---

<sup>(1)</sup> En adelante se hará referencia a las instituciones seleccionadas mediante la utilización de letras que no se corresponden con el orden en que se hizo mención a las mismas.

<sup>(2)</sup> Comprende los Rubros correspondientes a "Costo de los servicios prestados" y "Gastos de Administración y Ventas"

### **III. METODOLOGÍA UTILIZADA**

La metodología utilizada para estimar los costos por sexo y edad de los afiliados a las instituciones de FEMI se realizó en función de la disponibilidad de información relevante existente. Es por ello que antes de detallar dicha metodología, se realizará una reseña de esos datos.

#### **1. Información disponible**

La asignación de los costos de los servicios prestados a los distintos estratos de afiliados requiere la existencia de información de volumen físico referida a la utilización de dichos servicios por parte de los distintos grupos así como información contable expresada en unidades monetarias relativa al gasto efectuado por las instituciones para la prestación de dichos servicios.

A continuación se detalla la información disponible en las distintas instituciones al momento de iniciar este estudio.

#### **1.a Indicadores físicos de utilización de servicios: los datos asistenciales**

En el año 2007 las IAMC entregaban al MSP información referida a la utilización de servicios por sexo y edad (planilla asistencial) que incluía:

Atención ambulatoria: número de consultas urgentes y no urgentes en policlínica y en domicilio.

Las consultas no urgentes en policlínica se desagregaban en los siguientes tipos: de medicina general, de pediatría, de gineco-obstetricia, de cirugía, de especialidades médicas y de especialidades quirúrgicas.

Las consultas urgentes en policlínica y las efectuadas en domicilio se desagregaban según que se tratase de adultos o niños pero sin discriminar el tipo de especialidad médica.

Internación: ingresos y egresos por nivel de cuidados (atención domiciliaria, cuidados básicos, moderado y CTI), días cama ocupados por nivel de cuidado.

Para cuidados moderados se disponía de la desagregación en: medicina general, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía. También para CTI en niños y adultos pero sin detallar las especialidades.

Atención centro quirúrgicos y partos: número de intervenciones quirúrgicas coordinadas y urgentes, número de partos naturales y por cesárea según la edad de la madre.

La planilla asistencial correspondiente al año 2007 también contiene información relativa a cantidades de análisis de laboratorio, radiología convencional y otras

técnicas de estudio realizadas sin discriminar los estratos de usuarios que las utilizan. Algo similar sucede con el gasto en medicamentos, donde se presentan las erogaciones desagregadas en ambulatorio e internación pero no según los distintos grupos de usuarios.

A continuación se presenta un resumen de los indicadores de utilización de servicios disponibles por sexo y edad para el año 2007.

**Indicadores físicos de utilización de los servicios asistenciales por sexo y edad disponibles (año 2007)**

<b>Servicios ambulatorios</b>	<b>Internación</b>	<b>CTI</b>
<b><i>Nro. De consultas</i></b>	<b><i>Nro. Días cama</i></b>	Nro. Días cama niños
Médicos generales	Medicina General	Nro. Días cama adultos
Pediatras	Pediatría	
Ginecólogos	Ginecología	<b>Block</b>
Especialidades médicas	Cirugía	Número de intervenciones quirúrgicas
Especialidades quirúrgicas		Número de Partos

**1.b. Indicadores monetarios de gastos: el Estado de Resultados**

Se agregaron los Estados de Resultados mensuales correspondientes al año 2007 para obtener el gasto anual.

A efectos de su imputación por sexo y edad se consideraron los rubros Costo de los servicios prestados y Gastos de Administración y Ventas dejándose fuera los gastos extraordinarios y financieros.

La información de gastos se basó en el Estado de Resultados ya que no fue posible generar información específica para el presente trabajo. En algunos casos las instituciones disponían otras aperturas de gastos las que fueron incorporadas. En general, se trató de compatibilizar esa información con la proveniente del Estado de Resultados.

A continuación se presenta la participación de los distintos rubros de costo en el total asignado para las instituciones de FEMI.

### **Estructura de los costos de las instituciones de FEMI** <sup>(3)</sup>

<b><i>COSTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS</i></b>	<b>91%</b>
<b>Remuneraciones y honorarios</b>	<b>52%</b>
Médicas	31%
Técnicos no médicos	4%
Enfermería	9%
Administrativo y servicios	8%
<b>Medicamentos</b>	<b>13%</b>
<b>Materiales</b>	<b>7%</b>
<b>Servicios de salud contratados</b>	<b>13%</b>
<b>Gastos de funcionamiento y mantenimiento</b>	<b>4%</b>
<b>Amortizaciones</b>	<b>2%</b>
<b><i>GASTOS DE ADMINISTRACION Y VENTAS</i></b>	<b>9%</b>
<b><i>TOTAL GASTOS IMPUTADOS</i></b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaborado en base a datos de Femi

Las remuneraciones y honorarios dan cuenta de más del 50% de los gastos, en tanto que las remuneraciones médicas constituyen casi la tercera parte del total. Individualmente, los medicamentos y los servicios contratados constituyen rubros de elevada participación. Es por ello que una correcta asignación de los gastos por sexo y edad se debe apoyar necesariamente sobre la asignación adecuada de estos rubros que entre los tres cubren el 78% de los gastos.

#### **1.c Indicadores físicos y monetarios: remuneraciones y horas trabajadas**

En el año 2007 las IAMC entregaron a Sinadi datos relativos a remuneraciones personales médicas, no médicas, administrativas y de servicios correspondientes a los meses de mayo, agosto y noviembre.

En estas planillas se incluía la especialidad, el área de actividad, el tipo de especialidad, las horas asignadas a las distintas actividades y las remuneraciones desagregadas en sus distintos componentes del personal de las instituciones.

Esta información, si bien teóricamente podría haber sido de gran utilidad para asignar gastos, en los hechos resultó no ser consistente ni completa en todos los rubros.

Sin embargo, a pesar de tratarse de datos correspondientes solamente a tres meses, se los utilizó a efectos de determinar las diversas especialidades de los técnicos no médicos y su participación en los distintos servicios.

---

<sup>(3)</sup> La estructura corresponde a la totalidad de las instituciones de FEMI

También se logró estimar la participación de las horas del personal de enfermería en los distintos servicios y finalmente en algunos casos permitió controlar la asignación de las remuneraciones médicas a los diferentes centros de costo.

## **2. Asignación de los costos por sexo y edad**

La asignación del costo de los servicios prestados a los estratos de afiliados por sexo y edad exige, en primer lugar, definir los distintos tipos de servicio y las bases de distribución apropiadas a efectos de medir su utilización.

En segundo lugar, se deben identificar los componentes monetarios a los que se incurre para brindar el servicio en cuestión.

De este modo, los indicadores físicos de utilización disponibles marcan el límite al que se puede llegar en la desagregación de los servicios utilizados por cada estrato de edad.

Como se mencionó anteriormente, se consideró, en función de la información disponible, tomar como datos de volúmenes desagregados por sexo y edad a los referidos a consultas ambulatorias, a días cama de internación en cuidados moderados y en CTI y a utilización de block quirúrgico.

Esto llevó a la identificación de *cuatro grandes centros de acumulación de costos* para los que se trató de asignar los gastos por sexo y edad. Ellos son:

- a) Atención ambulatoria
- b) Internación en cuidados moderados
- c) Internación en CTI
- d) Block quirúrgico

Una vez definidos estos centros se analizaron los costos directos e indirectos tanto a los centros de costos como a los diferentes estratos de afiliados <sup>(4)</sup> a efectos de determinar bases de distribución de los mismos que fueran compatibles con la información física disponible, e imputar los costos directos a los objetos de costos

Existen una serie de gastos indirectos a los centros de costos definidos que no son pasibles de asignarse y que, por lo tanto, se distribuyeron en forma igualitaria entre todos los socios (por ejemplo: gastos de administración y ventas).

A continuación se explican los principales criterios utilizados para realizar esta asignación sin desconocer las enormes limitaciones que implica distribuir en base a los escasos indicadores físicos disponibles.

**Remuneraciones médicas:** En las instituciones utilizadas en el estudio, este rubro constituye entre el 23 % y el 32% de los gastos imputados. En el Estado de Resultados las mismas aparecen desagregadas en "anestésico quirúrgicas" y "no anestésico quirúrgicas".

---

<sup>(4)</sup> Por ejemplo: los gastos de amortización de los equipamientos médico-quirúrgicos constituyen un costo directo del centro correspondiente e indirecto para los pacientes.

Se solicitó a las instituciones los montos de las remuneraciones médicas del año 2007 desagregadas por especialidad y por los centros de costos definidos en caso de que tuvieran la información para ello. En las estimaciones realizadas se consideran todas las remuneraciones independientemente de la forma de pago que utiliza cada institución.

#### Remuneraciones médicas ambulatorias

Se agruparon las remuneraciones ambulatorias en las siguientes categorías <sup>(5)</sup>:

- a) medicina general
- b) pediatría
- c) ginecoobstetricia
- d) cirugía
- e) especialidades médicas
- f) especialidades quirúrgicas.

La asignación por sexo y edad se hizo efectiva según el número de consultas realizadas por cada estrato que surgen de la planilla asistencial.

Una vez asignado ese monto al total de consultas de cada tipo, se calculó el "costo unitario en remuneraciones médicas" de cada una de ellas. Ese costo unitario se multiplicó por el número de consultas realizadas por cada estrato obteniéndose de esa manera el gasto de ese grupo para el año 2007. El mismo se distribuyó entre todos los afiliados de ese estrato.

A vía de ejemplo, en el caso de las consultas ambulatorias pediátricas para el estrato de menores de un año, el procedimiento anterior permite calcular el "gasto en consultas ambulatorias pediátricas de los menores de un año".

Este gasto constituye uno de los componentes del gasto per capita de ese estrato de afiliados.

#### Remuneraciones médicas: internación en cuidados moderados

En el caso de internación en cuidados moderados la asignación de las remuneraciones médicas se realiza en cinco especialidades: medicina general e internistas, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y especialidades quirúrgicas y especialidades médicas, de acuerdo al número de días cama utilizados por los distintos estratos de afiliados.

El resto del procedimiento es igual al descrito anteriormente.

#### Remuneraciones médicas: CTI

Se asignaron las remuneraciones médicas según los días cama utilizados por los pacientes según los estratos de edad.

#### Remuneraciones médicas BLOCK

---

<sup>(5)</sup> Se utilizó la clasificación de especialidades quirúrgicas definidas por el Sinadi

Se asignan las remuneraciones de cirugía y especialidades quirúrgicas según el número de intervenciones realizadas en cada estrato.

Las remuneraciones de gineco-obstetras se asignan según el número de partos realizados en cada uno de los estratos. Las mismas se imputan enteramente a partos ya que no es posible determinar el número de intervenciones quirúrgicas correspondientes a esa especialidad.

### **Remuneraciones técnicas no médicas**

Representan entre el 2% y el 7% de los gastos imputados.

En el estado financiero se encuentra el monto de remuneraciones totales del año 2007 y en la planilla de remuneraciones y horas trabajadas están desagregadas las distintas especialidades. A continuación se presenta la forma en que se imputaron en general las remuneraciones de estos técnicos.

<b>Técnicos no médicos</b>	<b>Centro de costos</b>	<b>Indicadores físicos utilizados</b>
Dietistas	Internación	Días cama
Parteras	Partos	Número de partos
Instrumentistas	Block	Número de intervenciones
Fisioterapeutas	Ambulatorio e internación <sup>(6)</sup>	Número total de consultas/ días cama cuidados moderados
Técnicos radiólogos	Radiología	Número de UVR de radiología
Técnicos laboratoristas	Análisis de laboratorio	Número de UVR de análisis de laboratorio
Técnicos en registros médicos	Se distribuyó entre todos los socios	

### **Remuneraciones de Personal de enfermería**

El gasto en las remuneraciones del personal de enfermería es entre el 5% y el 10% del costo de los servicios prestados. El mismo se distribuyó entre los cuatro centros de costos definidos según el número de horas que el personal de enfermería destina a cada uno de ellos.

Una vez determinada la distribución de las remuneraciones, las mismas se distribuyeron por sexo y edad de acuerdo a los mismos criterios utilizados en el caso de las remuneraciones de los técnicos no médicos.

<sup>(6)</sup> La desagregación se realizó en base a datos proporcionados por una de las instituciones

### **Remuneraciones de personal administrativo y de servicios y oficios**

Constituye entre el 2% y el 9% de los gastos imputados.

Para algunas instituciones se contó con la desagregación de estos gastos entre los centros de costos definidos. Esa estructura se utilizó para las instituciones para las que no se contó con esa información.

Una vez asignadas las remuneraciones del personal administrativo y de servicios por centro de costo, se imputó por sexo y edad de acuerdo a los indicadores físicos ya utilizados (consultas, días cama y número de intervenciones quirúrgicas).

### **Consumo de medicamentos ambulatorios e internación**

El costo de los medicamentos representa entre el 10% y el 15% de los gastos imputados. A efectos de asignar el gasto en medicamentos por centro de costo y por sexo y edad, se solicitó información adicional a las instituciones.

En general éstas poseen la desagregación del gasto en medicamentos ambulatorios, en internación y en CTI. Sin embargo, en algún caso no se dispuso de datos respecto a cuál es el gasto que corresponde a Block.

En cuanto a la desagregación por sexo y edad, algunas instituciones contaban con esa asignación, por lo que esto constituyó directamente el monto que se imputó a cada grupo.

En algún caso en que no se dispuso de la desagregación por sexo y edad la imputación se realizó por día cama en el caso de internación en cuidados moderados y CTI y en base al gasto per capita de este rubro en otra institución en el caso de los medicamentos utilizados en los servicios ambulatorios.

### **Consumo de materiales y suministros**

Este rubro en la medida que exista información de imputación a los centros de costos es directo a los mismos, pero indirecto al paciente ya que por tratarse seguramente de un costo cuantitativamente menor, no justifica la medición de lo que consume cada paciente.

Representa entre el 5% y el 9% de los gastos imputados. Algunas instituciones proporcionaron la desagregación de los gastos en materiales y suministros realizados en cada uno de los centros de costo definidos.

En los casos en que no se dispuso esta desagregación, la misma se realizó tomando en cuenta el promedio de gastos en este rubro por consulta de las demás instituciones en el caso de los servicios ambulatorios, los días cama en el caso de cuidados moderados y CTI y el número de intervenciones en block.

Esos gastos se imputaron por sexo y edad de acuerdo a los indicadores físicos habituales.

## **Servicios de salud contratados**

Este rubro representa entre el 9% y el 26% de los gastos imputados para las instituciones para las que se realizó la estimación. La disparidad tiene que ver con los distintos arreglos institucionales que realizan las mismas en relación a la provisión de los servicios. Para la totalidad de las instituciones de FEMI el gasto en servicios de salud contratados constituyó en el período considerado un 13% del total.

La importancia de este rubro ameritaría un análisis especial, en la medida en que existe un cierto flujo de servicios provisto entre las propias instituciones y por lo tanto al analizar la importancia que tiene en los gastos de la totalidad se estaría soslayando este aspecto.

En este rubro se registran los gastos por concepto de servicios contratados tales como: internación en sanatorios y CTI, técnicas de diagnóstico y tratamientos especiales y gastos de traslados. En el Estado de Resultados se tiene una desagregación importante de los gastos en técnicas de diagnóstico y tratamientos especiales.

A continuación se presentan los gastos que se incluirían en este rubro aunque no todas las instituciones tienen datos con ese grado de apertura.

Convenios Asistenciales con Otras Empresas

Internación en Sanatorios y Hospitales

Internación en CTI Adultos

Internación en CTI Pediátrico

Internación en CTI Neonatal

Laboratorios de Análisis Clínicos

Laboratorios de Anatomía Patológica

Radiología

Resonancia Magnética

Tomografía Computada

Angiografía Digital

Estudios Oftalmológicos

Estudios Cardiológicos

Tratamientos Odontológicos

Servicio de Hemoterapia

Servicio de Fisioterapia

Servicio de Oxigenoterapia

Radioterapia

Locomoción Contratada Asistencial

Otros Servicios Contratados

A efectos de asignarse por sexo y edad, sería correcto que cuando se realizan estos gastos los mismos se imputaran directamente a los estratos correspondientes. Sin embargo, las instituciones raramente poseen algún tipo de información al respecto. Esto obligó a imputar algunos gastos en función de indicadores existentes en las

instituciones y otros, al no disponer absolutamente de elementos que permitieran su distribución, se prorratearon entre todos los socios.

### **Técnicas de diagnóstico**

Este rubro no figura separadamente en el Estado de Resultados, pero debido a su importancia se intentó realizar una estimación del mismo a efectos de incluirlo dentro de los gastos de los distintos centros de costo.

Se incluye: laboratorio de análisis clínico, radiología, tomografía computada y resonancia magnética. El gasto realizado en la provisión de estos servicios fue estimado a partir de sus distintos componentes: remuneraciones médicas y técnicas no médicas, materiales y servicios contratados.

Algunas instituciones disponían de la desagregación en cantidad de análisis o UVR en algún caso realizados en los servicios ambulatorios y en internación. También se obtuvo, en algunos casos los datos referidos a cantidades por sexo y edad.

El gasto por sexo y edad de las técnicas de diagnóstico y tratamiento que fue posible estimar, se sumaron a los demás gastos correspondientes a cada centro de costo.

### **Gastos de funcionamiento y mantenimiento**

Representan entre un 5% y un 7% de los gastos imputados.

Para algunas instituciones se contó con la desagregación de estos gastos entre los centros de costo definidos. Esa estructura se utilizó para las instituciones para las que no se contó con esa información.

Una vez asignados los gastos de funcionamiento y mantenimiento por centro de costo, se imputó por sexo y edad de acuerdo a los indicadores físicos ya utilizados (consultas, días cama y número de intervenciones quirúrgicas).

### **Amortizaciones**

Son entre el 1% y el 2% de los gastos imputados. En el Estado de Resultados se presenta un cuadro con las amortizaciones por tipo de bien, de modo que fue posible asignar las mismas a los centros de costos correspondientes. Una parte importante, se prorrateó entre todos los socios.

### **Gastos de administración y ventas**

Constituyen entre el 7% y el 13% de los gastos imputados.

Se optó por distribuir entre la totalidad de los afiliados a las instituciones ya que no se disponía de otras bases.

#### IV. ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

##### Gasto mensual por estrato para algunas instituciones de FEMI. Año 2007

Pesos uruguayos	A	E	D	B	C	MSP
<b>Hombres</b>						
<1	1.238	2.544	3.595	7.587	3.983	2.732
1 < a 4	809	1.096	1.422	1.364	941	796
5 a 14	549	622	821	765	669	465
15 a 19	471	363	452	884	549	453
20 a 44	405	426	497	554	502	419
45 a 64	804	858	1.015	758	869	867
65 a 74	1.510	1.789	1.847	1.480	1.652	1.672
>75	2.107	2.447	2.306	1.965	2.003	2.204
<b>Mujeres</b>						
<1	1.025	3.376	2.528	5.932	3.605	2.334
1 < a 4	785	757	1.313	1.318	860	750
5 a 14	547	502	782	712	665	419
15 a 19	653	598	713	1.481	916	599
20 a 44	1.045	865	954	1.070	965	888
45 a 64	1.264	1.109	1.264	1.033	1.134	1.061
65 a 74	1.729	1.515	1.357	1.488	1.454	1.454
>75	1.940	2.060	1.883	1.637	1.603	1.818

A continuación se reseñan las principales conclusiones que se derivan del cuadro anterior y que tienen un carácter general aunque existan algunas situaciones excepcionales.

Los resultados hallados en lo que se refiere a la evolución de los costos por estrato de edad son consistentes con los que se verifican en otras investigaciones tanto en Uruguay como en otros países y con las capitales fijadas por el MSP.

Dicha evolución tiene forma de "U", (Ver gráficas en el Anexo A) disminuyendo los costos hasta los estratos de 15 a 19 años o de 20 a 44 años según las instituciones, para luego comenzar a aumentar. En general el segmento menor de 1 año es el que presenta los costos más elevados.

En el caso de las mujeres el mínimo se encuentra entre los 15 y 19 años.

En relación a los valores fijados por el MSP, los resultados muestran:

1) Los costos estimados para los tres primeros estratos (hasta 14 años) son superiores a la capita fijada por el MSP, tanto para hombres como para mujeres.

2) A partir de la franja de 15 a 19 años, en el caso de los hombres, el valor del MSP refleja más adecuadamente los costos estimados, verificándose incluso algunos casos con costos menores a ese valor.

3) En el caso de las mujeres, los costos estimados son mayores a la capita fijada por el MSP hasta el segmento de 45 a 64 años. En el caso de las mayores de esa edad se observan algunas situaciones con costos menores a la dicho valor.

En el Anexo B se presenta la desagregación del costo en servicios ambulatorios de las distintas instituciones. Los resultados reflejan las limitaciones que en materia de información fueron reseñadas en el documento y por lo tanto su utilización debiera tener en cuenta dichas restricciones.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Sistema Nacional Integrado de Salud y el pago por capitación que reciben las IAMC a partir del mismo, hace imperiosa la necesidad de contar con cálculos de costos adecuados por sexo y edad del conjunto de los afiliados independientemente de otros costos (centros de costos, patología, etc.) destinados a la gestión de las instituciones

Ello requiere no solamente una correcta medición en la base sino también de mecanismos de actualización que se ajusten adecuadamente a los cambios que en la tecnología y en las formas de prestación de servicios se producen permanentemente.

Como se mencionó anteriormente, este trabajo constituye una primera aproximación a la medición del costo por sexo y edad de los afiliados a algunas instituciones de FEMI, en la medida en que no se contó con información de las veintitrés instituciones y tampoco se contó con información totalmente completa y consistente de las instituciones finalmente elegidas.

A continuación se detallan las principales líneas de acción que deberían comenzar a transitar las instituciones de la FEMI a efectos de contar con los instrumentos adecuados que les permitan apuntalar su eficiencia así como contar con información detallada de costos para diversos propósitos.

En términos generales, en lo que se refiere a la mejora de gestión, se parte de la premisa de que la ecuación de equilibrio entre ingresos y costos debe ser sostenible en el tiempo de modo de asegurar la mejora y crecimiento en términos de la calidad de los servicios con el mínimo consumo de los recursos.

En la medida en que las instituciones posean un sistema de información adecuado, deberían plantearse como un objetivo a mediano plazo la definición y uso de: estándares propios que representen la verdadera naturaleza de la gestión de las instituciones médicas que conforman la Federación. En una segunda instancia se deberían los desvíos verificados respecto a los estándares definidos.

Por otra parte se sugiere la implantación de otras herramientas de gestión como por ejemplo:

- *Costo por patologías* con estándares de actuación de las propias instituciones,
- *Técnica de cálculo de costos por actividades (ABC)* muy apropiada para organizaciones con altos costos indirectos.
- *Formulación de indicadores específicos tanto cuantitativos como cualitativos de la actividad asistencial propiamente dicha y de gestión (Cuadro de mando integral)* a nivel conjunto de la Federación Médica del Interior.

Otro elemento que debe tener una especial atención es el tratamiento de los recursos financieros tanto los asociados al incremento de activos fijos-considerando que en este sector los cambios tecnológicos son permanentes- como los

correspondientes a la financiamiento del capital de giro. Se debe considerar la particularidad de que en esta actividad se verifica una alta participación relativa de capital inmovilizado.

En lo que se refiere al cálculo del costo por sexo y edad de los afiliados:

*I) Correcta medición en la base. Las estimaciones adecuadas del costo por sexo y edad para el conjunto de las instituciones requiere:*

- Elección de metodología para el cálculo de cápitás. Para la realización de las estimaciones contenidas en este documento, se ha elaborado una metodología cuya aplicación encontró obstáculos en lo que se refiere a la disponibilidad de información. Esta metodología podría ser revisada a la luz de las posibilidades que surjan de los relevamientos de información. De todos modos, la Federación podría optar por alguna alternativa, pero lo que debe quedar claro es que es fundamental realizar tal elección. En cualquier caso, la metodología que se elija debe disponer de una mayor desagregación de indicadores físicos y monetarios que la que se posee actualmente.

- Adecuación de los sistemas de información de las diferentes instituciones de modo de poder ser utilizados para este propósito. Como se mencionó anteriormente, los sistemas de información pueden tener múltiples propósitos, pero entre ellos debe estar la de servir de soporte a la elaboración del costo por sexo y edad de acuerdo con la metodología elegida. La metodología seleccionada debe contemplar todos los objetivos propuestos a efectos de que no haya carencias posteriores de información.

- Uniformización de los sistemas de información y criterios de imputación entre las instituciones. Se deben establecer criterios uniformes de asignación de los distintos rubros tanto en lo que se refiere a indicadores físicos como de gastos, de modo que los resultados sean comparables.

- Especial cuidado en la elaboración de la información primaria que nutre el sistema. La mejor metodología puede fracasar si en su aplicación se utilizan datos inconsistentes.

- Establecimiento de criterios para el análisis crítico de la información de base y de los resultados obtenidos. Estos criterios deben ser incorporados en un manual

*II) Mecanismos de actualización que tomen en cuenta:*

- los cambios en los precios relativos de los recursos (humanos y materiales) que se utilizan. Esto implica parametrizar los costos por sexo y edad,

seleccionar indicadores de precios representativos de los más relevantes y realizar un seguimiento de los mismos.

- los cambios en la tecnología y en las formas de prestación de servicios. Ello implica actualizar el componente físico del costo per capita en la medida en que dichos cambios tienen lugar.

- los cambios regulatorios tendientes a modificar el tipo y número de servicios a prestar. Es necesario estimar el costo y el impacto que en las capitas por estrato tienen los servicios que se incorporan a la canasta de prestaciones obligatorias

### *III) Análisis y medición de la utilización de la capacidad instalada de que disponen las instituciones y su incidencia en los costos*

La incidencia de los costos fijos requiere que los mismos sean claramente dimensionados y medidos tanto los que se refieren a la capacidad estructural como los operativos (sueldos de profesionales técnicos y administrativos permanentes, costos de mantenimiento del equipamiento, etc.). La actividad de la salud está muy regulada y se les exige mantener estructuras mínimas de funcionamiento lo que obliga a dimensionarse tanto en equipamiento físico como en disponibilidad de recursos humanos (por ejemplo personal de enfermería por camas habilitadas), lo que en definitiva es determinante del grado de ociosidad de los diferentes centros de costos.

Otro elemento a tener en cuenta, en lo que se refiere al dimensionamiento de la capacidad de producción tiene que ver con los riesgos que representan para las instituciones una retracción de la demanda por sus servicios y la posibilidad de respuesta ante la misma. Ello tiene que ver con los arreglos institucionales internos que se realicen con los recursos utilizados básicamente con los recursos humanos, habida cuenta de la alta participación de los mismos en los costos totales.