

UNA PROPUESTA DE COSTOS PARA LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA: COSTOS POR PACIENTES Y PATOLOGÍA

Aportado por: Cr. Eduardo Montico - Cr. Martín Velarde - mvelarde@adinet.com.uy

Tema: costos en salud.

Resumen

Al desarrollar un sistema de costos en cualquier ente, empresa o institución, tenemos que tener en claro varios elementos, como ser, el tipo de empresa (industrial, de servicios, de transporte, etc.), el sistema de información utilizado, el tipo de productos ofrecidos, etc..

En tal sentido, las instituciones de asistencia médica colectiva presentan características particulares que la diferencian de cualquier otro tipo de organización: es una empresa de servicios y funciona en un ambiente de salud; a su vez, los productos que ella presta también tienen sus particularidades: son intangibles, difícil de hallar una unidad de medida, son de fabricación artesanal por lo que no se pueden automatizar, y sobretodo, son poco o nada homogéneos.

El objetivo del presente trabajo es mostrar cual es el sistema de costos más adecuado para desarrollar en éstas instituciones para que sea una herramienta que proporcione datos que hagan de la toma de decisiones un proceso con resultados positivos.

Por lo tanto, entendemos que la única respuesta viable a lo anterior es la obtención de un COSTO POR PACIENTE / PATOLOGÍA. El gasto del paciente depende exclusivamente del tratamiento de su enfermedad (patología), esa es la realidad y por lo tanto lo que tiene que mostrar el sistema de costos.

Palabras Claves: I.A.M.C., Sistema de Costos, Paciente / patología

Tema: Costos en Servicios de Salud

Recursos audiovisuales: Proyección en Microsoft PowerPoint.

1) Las I.A.M.C. en el Uruguay

Las siguientes líneas se redactan con el objetivo de ubicar al lector en el tema, es decir, definir el concepto de I.A.M.C., tomar conocimiento del lugar que ocupan las mismas en nuestro sistema de salud, la supervisión y regulación por parte del Ministerio de Salud Pública, la conformación interna de éstas instituciones, etc.. En resumidas cuentas ilustrar el ambiente externo que las rodea y el interno en el cual operan diariamente; elementos éstos fundamentales para administrar una Institución de Asistencia Médica Colectiva.

Es menester acotar que, como es evidente, el alcance que se le dará al tema en éste trabajo es muy limitado, dado el objetivo que se pretende. Esto es, no se abordarán temas relativos a la historia ni a la situación actual del sector salud; sobre esos temas ya hay trabajos realizados y por autores muy reconocidos con años de experiencia en la salud.

1.1) El Ambiente Externo: El sistema de salud y las I.A.M.C..

Para ilustrar rápidamente el ambiente externo que rodea a éstas instituciones se mencionará la ubicación de las mismas en el sistema de salud y el marco jurídico regulatorio.

Ubicación. Un sistema de salud es “un conjunto de partes que interactúan en forma ordenada y coordinada entre sí, con el objeto de mantener y mejorar el nivel de salud de la población”.

Los componentes del mismo son básicamente **la autoridad sanitaria** y las **instituciones que prestan los servicios**. También existen otros, como por ejemplo, los servicios prestados, los recursos humanos, los financieros, etc., pero a nivel institucional los componentes más importantes son los dos mencionados.

Específicamente en nuestro país el primero de aquellos, es decir, **la autoridad sanitaria** está constituida por el Ministerio de Salud Pública quien básicamente cumple las funciones de Planificación, Supervisión, Coordinación y control del sector salud. El segundo, o sea, **las instituciones que prestan los servicios**, se dividen en dos sub-sectores: Público y Privado.

Dentro del sub-sector público tenemos a su vez gran cantidad de entidades, que son las siguientes:

El propio M.S.P.: que también presta servicios a la comunidad, es decir, cumple las dos funciones: Regulador y Efector. Presta servicios a través de A.S.S.E. (Administración de Servicios de Salud del Estado).

Hospital de clínicas: que depende de la Universidad.

Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas: depende del Ministerio de Defensa.

Servicio Sanidad de la Policía: depende del Ministerio del Interior.

Otros: Gobiernos departamentales, Banco de Previsión Social, Banco de Seguros del Estado, servicios médicos en los entes autónomos y servicios descentralizados.

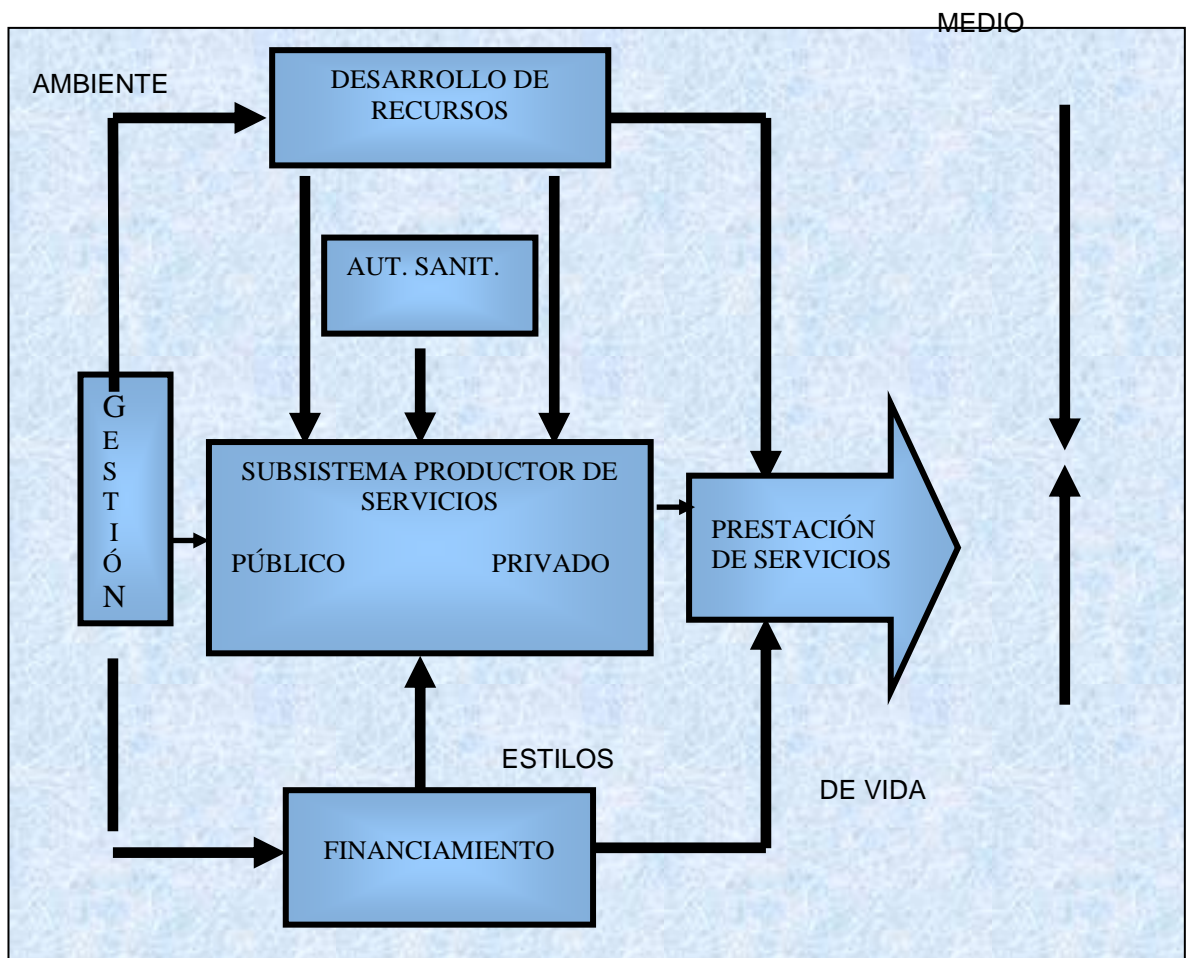
A su vez, dentro del sub-sector privado tenemos los siguientes tipos de entidades:

Instituciones de Asistencia Médica Colectiva: son las que nos ocupan en éste trabajo.

Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular: Sanatorios, Clínicas, etc..

Seguros Parciales: Particulares, no cubren todos los servicios que prestan las I.A.M.C. sino algunos.

Fondo Nacional de Recursos e Institutos de Medicina Altamente Especializada: El F.N.R. es una entidad paraestatal creada por ley cuyo objetivo es cubrir las intervenciones de alto riesgo, generalmente las más costosas; no realiza las operaciones sino que las contrata a los I.M.A.E.'s.



CUADRO 1: Componentes del sistema de salud.

Marco Jurídico Regulatorio. Lo anterior es con respecto a la ubicación; la legislación legal vigente para las I.A.M.C., está basada en la Ley 15.181.

Al igual que la mayoría de las leyes en nuestro país, la ley 15.181 está también reglamentada. Dos de los decretos más importantes son: 271/81 y el 93/983. El primero de ellos estableció la obligatoriedad por parte de las I.A.M.C. de prestar información contable y demás informaciones estadísticas de acuerdo los modelos que se establezcan. El 93/983, basándose un poco en el anterior, reglamenta la ley en lo referente a aspectos técnicos y contables. El artículo más importante es el 1 que dice lo siguiente:

“...Artículo 1°

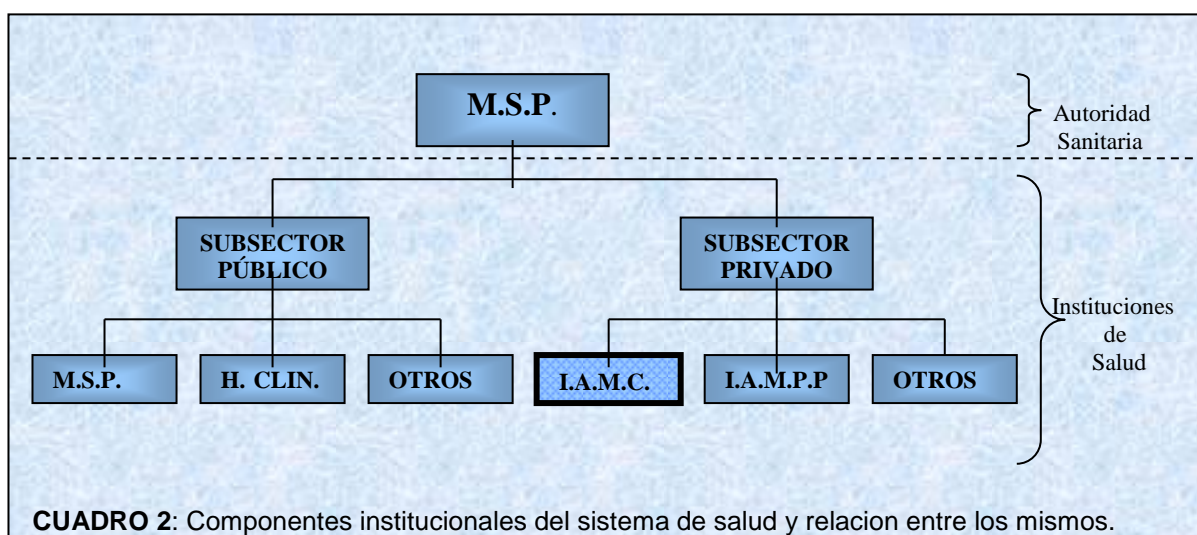
Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva deberán presentar ante las dependencias competentes del Ministerio de Salud Pública, a partir de la fecha

de vigencia del presente Decreto, los datos requeridos por el Sistema Nacional de Información (SINADI), así como demás información estadística que les sea solicitada...”.

Por lo tanto, las I.A.M.C. quedan obligadas a enviarle información al M.S.P. para que este de alguna manera las evalúe o por lo menos siga su marcha. Como dice el artículo antes transcrito, hace esto mediante el SINADI.

El SINADI es un documento con el cual el M.S.P. pretende instrumentar la uniformidad en la registración contable de las I.A.M.C.. Ese documento lo podemos dividir en tres: **Registración Contable Uniforme** en el cual se establece: El Plan de Cuentas, el Manual de Cuentas, Presentación de Estados Contables, Sistema de Inventarios y Modelo de Centro de Costos; **Sistema Nacional de Información** propiamente dicho, en el que se presentan los instructivos para completar la información extra-contable que se debe elevar al Ministerio, por ejemplo, Censo de población afiliada, altas y bajas de afiliados, Consulta Externa, de urgencia, de no urgencia, Internación, intervenciones quirúrgicas y partos, se cuenta también con información financiera y de gestión que permite calcular indicadores para analizar la situación de la I.A.M.C.; **Auditoría de Gestión de las I.A.M.C.**, donde se establecen los procedimientos de auditoría de gestión que efectuará el M.S.P. en las instituciones.

Esta información se debe presentar en forma mensual. Tiene carácter de Declaración Jurada y el M.S.P. otorga un certificado contra la entrega de dicha información; ese certificado es esencial para dar curso ante cualquier tramitación que desee realizar la I.A.M.C. ante todas las oficinas del Estado.



Esta fue una apretada y muy superficial visión del ambiente externo que rodea a la I.A.M.C.. Lo que debe quedar en claro es que las I.A.M.C. se constituyen en el sector privado de la salud y operan bajo la supervisión del M.S.P. al cual deben informar periódicamente sobre su gestión.

1.2.) El Ambiente Interno.

Una vez ubicados en el ambiente que nos rodea es necesario conocer internamente a las I.A.M.C., aspecto fundamental para el estudio de costos. Conjuntamente con la definición, se tratará de mencionar los diferentes tipos societarios, los servicios que prestan, las fuentes de financiamiento y la composición interna de las mismas.

Definición. Una definición bastante aceptada de I.A.M.C. es la que dice:

“... una I.A.M.C. es un seguro pre-pago de salud en que una institución, al menos parcialmente dirigida por médicos, se compromete a organizar el acceso a un conjunto muy amplio e integral de servicios de salud brindados a sus afiliados por un cuerpo médico propio o contratado en instalaciones propias o contratadas pero indicadas y gerenciadas por la institución...”

En un principio las I.A.M.C. funcionaban como una empresa de seguros, esto es, pagaban una cuota y cuando necesitaban atención iban a su médico de confianza, se atendía y luego éste cobraba sus honorarios a la institución.

Posteriormente las I.A.M.C. pasaron a brindar sus servicios en instalaciones propias e integraron a aquellos médicos a trabajar allí. A partir de ese momento los socios pagaban una cuota y si necesitaban atención iban al local donde funcionaba la I.A.M.C. y se atendía con el médico, ahora empleado de la I.A.M.C..

Las I.A.M.C. se diferencian de los Seguros Parciales y de las I.A.M.P.P. porque la asistencia que brindan es **integral**, en cambio, esas instituciones brindan determinados tipos de servicios o determinado tipo de cobertura médica pero nunca integral. Además las I.A.M.C. no tienen fines de lucro y aquellas sí.

A su vez, se diferencian de los Sanatorios y de los Hospitales (hablando en el área privada, dado que en los públicos la situación es algo diferente) en virtud del fin que se persigue y las bases en las cuales están asentadas. Mientras que las I.A.M.C. tienen asociados que abonan una cuota mensual y cuando requieren asistencia médica van a sus instalaciones, en los sanatorios no existen asociados, sino que son instituciones cuyo objetivo es vender un servicio de salud. Muchas I.A.M.C. incluso le compran servicios a los sanatorios. Entonces la base con la que se crearon no es la misma, las I.A.M.C. están sustentadas en la ayuda y solidaridad entre sus miembros y no persiguen un fin lucrativo, y los Sanatorios y Hospitales son una empresa, donde lo que se busca es la venta de servicios.

Tipos de I.A.M.C. Ahora que nos ubicamos no solo en el ambiente externo sino también en el interno ya que diferenciamos a éstas instituciones del resto de las privadas y vimos que son diferentes, veamos que tipos de I.A.M.C. existen.

Jurídicamente, la ley 15.181 regula tres tipos de I.A.M.C.: Asociaciones Asistenciales, Cooperativas de profesionales y Servicios de Asistencia, y los define así:

Asociaciones Asistenciales. Las que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos, otorgan a sus asociados asistencia médica y cuyo patrimonio está afectado exclusivamente a ese fin.

Cooperativa de Profesionales. Las que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social es aportado por los profesionales que trabajan en ellas.

Servicios de Asistencia. Creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro atención médica al personal de dichas empresas y eventualmente a familiares de aquel.

Las más difundidas son los dos primeros tipos. Tratándose de la naturaleza jurídica las I.A.M.C. son Asociaciones Civiles y las Cooperativas de Profesionales tienen carácter de Cooperativas de Producción.

Estas instituciones gozan de exoneraciones tributarias y fiscales, pero desde el año 2000 están alcanzadas por el IM.E.S.SA. (IMpuesto Especifico a los Servicios de SALud) el cual grava a una tasa del 5% la prestación de servicios relacionados con la salud humana siempre que se presten a los consumidores finales.

Servicios que prestan. Como se mencionaba líneas arriba, las I.A.M.C. prestan asistencia integral. Pero ¿qué es asistencia integral? Los servicios que prestan los podemos resumir en las siguientes palabras.

La cobertura deber ser básica, completa e igualitaria, la que en lo asistencial, incluye la aplicación de las siguientes actividades: medicina, ginecología, cirugía y pediatría, como asimismo, sus especialidades complementarias.

La cobertura de atención médica obligatoria comprende acciones de prevención de enfermedades, de reparación y rehabilitación de la salud. No están obligadas a prestar servicios en el área de la salud mental.

Financiamiento. Estas instituciones tienen básicamente tres grandes formas o tipos de financiación: a) Cuotas Sociales de Asociados, b) Órdenes de consulta y Ticket's de medicamentos y c) Venta de Servicios.

- a) Con respecto a las cuotas, tenemos tres tipos de Asociados: 1) Individuales: personas que van por sus propios medios y solicitan afiliarse y pagan una cuota mensual; 2) Colectivas: convenios con empresas mediante los cuales los familiares de los empleados de éstas pasan a ser afiliados (los empleados están cubiertos por la seguridad social); y provenientes de la Seguridad Social: aporte realizado por el Banco de Previsión Social que vincula a los trabajadores del sector privado y pasivos con bajos ingresos.
- b) Las órdenes y ticket's cumplen la función una tasa moderadora con el objeto de que no se abuse de los servicios de la I.A.M.C., tanto en consultas médicas como en consumo de medicamentos (imagínese cuantas personas asistirían al médico si no se cobraran las consultas). Tanto los importes de las cuotas de los asociados individuales como las órdenes y ticket's tienen que estar autorizadas por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Composición interna. Por último, para cerrar esta introducción, veamos la composición interna de las I.A.M.C., es decir, las principales áreas o departamentos.

Como es de imaginar, existen pequeñas diferencias entre todas las instituciones muchas veces derivadas de su propia naturaleza jurídica, pero ahora efectuaremos una visión general que, básicamente, se puede apreciar en todas las I.A.M.C..

En el apartado referente a inventarios del SINADI se hace una mención de las áreas o departamentos existentes en los cuales hay bienes que se deben inventariar. Mejor aún, el referido apartado menciona los centros de costos o áreas de actividad, los cuales se pueden agrupar en forma primaria de la siguiente manera:

1. Órganos de Gobierno.
2. Dirección Superior.
3. Asistencia Interna.
4. Asistencia Externa.
5. Servicios de Urgencia.
6. Servicios de Diagnóstico y Tratamiento.
7. Servicios de Apoyo.
8. Centros de Producción.

Dentro de los órganos de gobierno se incluyen a todos los cuerpos de autoridades de naturaleza electiva de la Institución y las oficinas, permanentes o no, que se relacionan directamente a éstos. Ejemplos: Asamblea representativa, Comisión Fiscal, Comisión Directiva, Asesores, Oficina de Relaciones Públicas, etc..

De dichos órganos depende directamente la dirección superior en donde se destacan la Gerencia General y la Dirección Técnico – médica de la institución. Generalmente de la Gerencia dependen todos los departamentos administrativos y de la Dirección Técnica todas las áreas asistenciales; a su vez, de Gerencia General depende directamente de la Dirección Técnica.

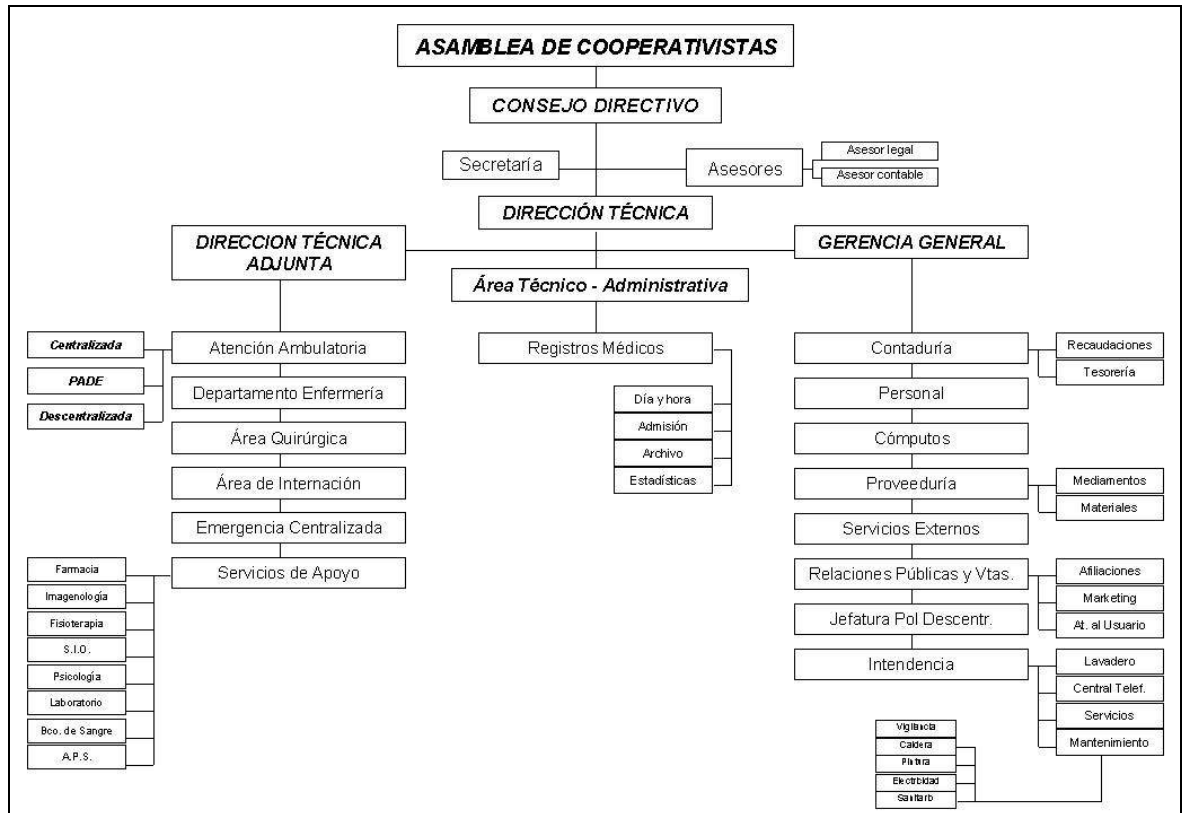
A su vez, de la gerencia general dependen todos los servicios de apoyo (7), donde se encuentran comprendidos los departamentos de contaduría, personal, cómputos, proveeduría, etc. y los centros de producción (8), en donde encontramos los departamentos de cocina, lavadero, mantenimiento, etc..

Por otro lado de la Dirección Técnico – médica dependen todos los sectores asistenciales (3 al 6). Estos sectores se dividen en cuatro grandes áreas, las cuales se nombran arriba. La asistencia interna incluye todo lo relativo a los servicios de internación (simple, intermedia e intensiva) así como todos los departamentos asistenciales vinculados a ella, como ser la dirección de servicios de internación.

En la asistencia externa se incluye todo lo relativo a la atención del paciente en policlínicas y consultorios, tanto en la sede central como en las policlínicas descentralizadas.

En los servicios de urgencia se incluyen la emergencia y las urgencias a domicilio. Por último, todos los servicios que brinda la I.A.M.C. y no se han nombrado se encuentran comprendidos en las técnicas de diagnóstico, tratamiento y apoyo médico, es decir, Sala de Partos y Nursery (recién nacidos), Block Quirúrgico, Laboratorio de Análisis Clínicos, Electrocardiología y Electroencefalografía, Radiología, Ecografía, Tomografía Computada, Medicina Nuclear, Radioterapia, Inhaloterapia, Medicina Física (Fisiatría) y Rehabilitación, Banco de Sangre y fluídoterapia, Anatomía Patológica, Farmacia, Archivo Clínico.

Luego de éste resumen, y para empezar a pensar en costos, veamos cual es el producto mutal.



CUADRO 3: Organigrama tipo.

2) La definición del producto/servicio en las I.A.M.C. y sus dificultades.

Cuando alguien quiere calcular los costos de su empresa lo primero que hace es definir el objeto de costos, que pueden ser productos/servicios, clientes, etc., en contabilidad tradicional de costos es en la mayoría de los casos el primero, o sea, los artículos que produce la empresa o los servicios que se prestan. Las I.A.M.C. no están ajenas a esto. Hoy en día, y siempre, su objetivo de costos a sido ese: productos/servicios.

La definición del producto de la I.A.M.C. (o producto mutual) está condicionada por dos características fundamentales:

- Una I.A.M.C. es una empresa de Servicios, y
- Funciona en un ambiente de Salud.

En el trabajo “Sistemas de costos y su relación con la toma de decisiones en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva” se menciona que como la I.A.M.C. es una empresa de servicios, el producto mutual presenta las siguientes características:

- Intangible; aunque hay elementos materiales como placas, radiografías, etc, pero el producto más importante que es brindado al asociado: la atención y/o intervención médica, no se pueden materializar físicamente.
- Es difícil hallar una unidad de medida para la cantidad de servicios producidos.
- Son de fabricación artesanal, por lo que no se pueden automatizar como en las industrias.

Pero una característica muy relevante de las empresas de servicios y que se acentúa más en éstas instituciones es que el producto mutual es poco o nada homogéneo, por ejemplo, no es lo mismo realizar una cirugía cardiaca a una persona que hacerle una operación en la vista, y a su vez a dos personas que se le hacen una cirugía cardiaca los recursos utilizados así como los resultados pueden ser diferentes, y de hecho lo son.

2.1) Clasificación de los productos/servicios mutuales.

Natividad Guadalajara en su libro “Análisis de costes en los Hospitales” menciona que un servicio mutual se compone de la prestación principal y de unas prestaciones secundarias. Por ejemplo, una prestación principal sería una cirugía cardiaca mientras que la prestación secundaria sería la atención al enfermo, materiales y medicamentos utilizados, limpieza, comida, etc..

Así como Natividad dividió al servicio mutual en prestación principal y secundarias se puede dividir también como servicio intermedio y final.

En una I.A.M.C. hay muchos productos/servicios, unos físicos y otros intangibles (la mayoría). El conjunto de todos éstos serían, bajo la clasificación mencionada en el párrafo anterior, productos intermedios. Lo que podemos definir como producto final sería el conjunto de Productos intermedios brindados a cada paciente.

Incluso si queremos avanzar un poco más podemos decir que hay servicios intermedios que se pueden clasificar como de apoyo, como pueden ser los departamentos de mantenimiento, cocina, lavadero, etc., que si bien no se prestan directamente al paciente son necesarios para que se brinde el servicio intermedio y por ende el servicio final.

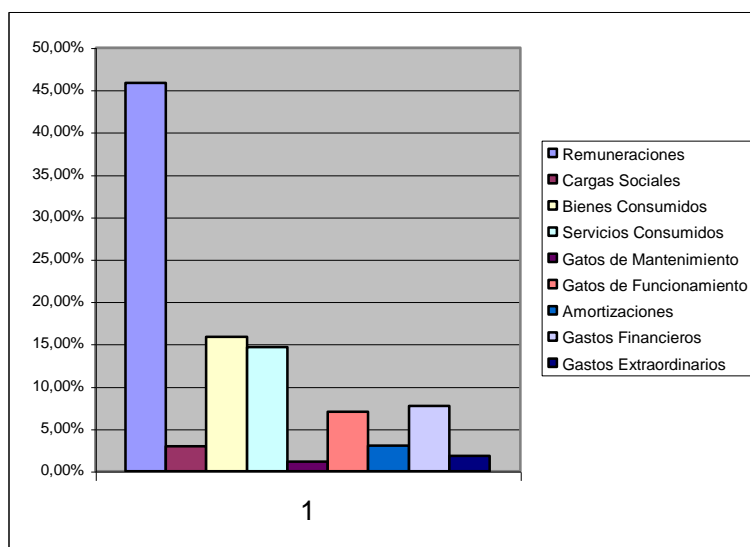
Nótese entonces que tenemos determinados productos mutuales, intangibles (atención médica, diagnóstico, etc.) y tangibles (análisis clínicos, placas radiológicas, etc.) los que con el apoyo necesario se combinan de manera tal que cada combinación se puede definir como un servicio final. Esto da cuenta de la dificultad y/o particularidad del calculo de costos en éstas instituciones.

Por ejemplo, un servicio intermedio es obtención de placas de pulmón; otro es Diagnóstico. Por lo tanto el producto/servicio final será el diagnóstico del paciente en función del resultado de la placa. Hay que recordar que además de esto se necesitó el mantenimiento de la máquina que hace las placas, la limpieza de las sala de placa y del consultorio, todos éstos servicios de apoyo.

A su vez, el producto mutual presentará una gran variedad debido a la diversidad de pacientes tratados. Entonces no solo tenemos muchos productos sino que a su vez cada producto es muy variable.

Aunque parezca fácil, la calificación de los servicios en de apoyo, intermedio y finales en muchos casos no resulta sencillo. En el caso antes planteado tendemos a pensar que el servicio de Diagnóstico es intermedio, y puede que lo sea, pero la atención personal del médico se puede clasificar como un servicio final también.

Por lo tanto, si bien se puede determinar cual es el producto mutual no es tarea fácil, y esto es debido a las características del mismo mencionadas al inicio del apartado.



CUADRO 4: Grafica de Egresos.

2.2) Medición y Costo del producto/servicio mutual.

Como hacemos entonces para medir este producto. La antes mencionada Natividad Guadalajara dice que una forma de hacerlo es a través de la enumeración de los servicios prestados al paciente: medios diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores, proceso clínico y servicios hoteleros, y por lo tanto, la medida del producto mutual se basaría en los tres.

También menciona que se podría realizar la medición en función del tipo de producto/servicio que presta la I.A.M.C.: Internación (la medida sería la propia internación), la Consulta Externa (cuya medida sería el número de visitas) y Urgencias (la medida está dada por el número de pacientes).

Se mencionaron tres pero la I.A.M.C. puede querer definir más productos mutuales, o incluso tener sub-definido el producto antes mencionado, por ejemplo, el producto Internación tenerlo clasificado en: Internación Sala, Internación Intermedio e Internación C.T.I.

Un problema importante se presenta también cuando queramos costearlo, tema que, evidentemente, tiene una estrecha vinculación con el objeto de éste trabajo. ¿los métodos tradicionales serán efectivos? ¿cuál método y/o sistema de costos será el más adecuado en función de la situación actual del mutualismo? ¿será posible la aplicación del costeo basado en actividades? Tratar de encontrar las respuestas a ésta interrogantes será el desafío que plantea éste trabajo.

A pesar de todo lo mencionado en éste apartado en relación a la particularidad del calculo de costos en éstas instituciones, nada impide que sea entendida como una empresa más y por ende se pueda aplicar el sistema de costos que el profesional actuante considere mejor en función de la situación de cada I.A.M.C.. Pero, en nuestra opinión, antes que nada hay que recordar que no hay que tratar de aplicar el que parezca conceptualmente el mejor sistema de costos sino el sistema que mejor se adecue a la empresa. El propio Cr. Carlos M. Jiménez en su libro "Costos para Empresarios" lo afirma:

"... No todas (refiriéndose a las empresas), aún las de la misma rama, participan de idénticas características distintivas, y en consecuencia, los métodos de registro y de costeo son distintos. El problema es encontrar el sistema apropiado que brinde toda la información necesaria para elaborar cuadros de costos y resultados fieles y valederos para cualquier decisión a tomar en el futuro. Empresas iguales pueden optar por sistemas distintos en función de la manera de operar ..." "... Industrias que son sencillas pueden tener mecanismos de costos complicados, y viceversa, industrias muy complejas pueden basar sus costos en métodos sencillos en el sentido de su implantación y aplicación. **El hechos es desarrollar y conocer bien los procesos ... y encarar un método de costeo útil y práctico ...**"

3) Los sistemas de Costos aplicados en salud.

En éste apartado se expondrá, por un lado, un breve resumen de la situación actual respecto al calculo de costos en las I.A.M.C., y por otra parte el sistema de costos propuesto.

3.1.) Situación Actual.

En el trabajo “Sistemas de costos y su relación con la toma de decisiones en las I.A.M.C.” se hizo un relevamiento de la metodología que existe hoy por hoy en nuestro país para calcular costos en éstas instituciones. Básicamente se recabaron datos acerca de: a) Los sistemas de costos utilizados, b) los mecanismos de recepción de la información para calcular los costos, dado que la cuestión no es solamente tener un buen sistema de costos sino tener la información necesaria y fidedigna para proceder al calculo, y c) la utilización que se le daba a los resultados obtenidos, que en ese momento fue el objeto del trabajo.

Por lo tanto, a continuación se comentarán las principales conclusiones obtenidas, las cuales describen la situación actual de costos en éstas instituciones. Lo que ahora se presenta es una conclusión obtenida como resultado de entrevistas a cuatro de las más grandes I.A.M.C. del país, pero creemos que los resultados se pueden extrapolar a todo el espectro de las restantes instituciones; evidentemente siempre existen las excepciones, aunque en éste caso son mínimas.

A) En relación al sistema de costos utilizado

Del relevamiento efectuado se destaca lo siguiente:

- El sistema más utilizado es el de distribución de costos en cascada, o sistema de costos basado en sectores de concertación de costos, el cual sigue las pautas del sistema de costos por procesos, es decir, se definen por un lado centros de costos y por otro lado sectores de concentración de costos: Finales, Intermedio y de Apoyo, agrupándose cada centro en el sector correspondiente. Posteriormente, en base a algún criterio se distribuyen todos los costos de los centros de Apoyo en los Intermedios y Finales (puede ser también en otros centros de Apoyo) y los Intermedios en los Finales.
- Dado que el Ministerio de Salud Pública estableció un formato determinado para los Estados Contables y no establece un plan de cuentas que permita la aplicación de Contabilidad de Costos, el sistema antes mencionado se aplica en forma Extracontable, aunque en todos los casos se realizan conciliaciones con la contabilidad, lo que en general le agrega cierta confiabilidad a los resultados ya que todas estas instituciones están sometidas a auditorias externas.
- Si bien los centros de costos están bastante estandarizados, se puede establecer diferencias en los centros de costos, principalmente en los clasificados dentro de los Sectores Finales. Por ejemplo, en una institución encontramos un centro denominado internación, en donde se costea éste servicio en su totalidad, pero en otra hay varios centros de internación: Convencional, CTI, Cuidados Intermedios, etc.. Obviamente que en el último caso los costos hallados serán más representativos de la realidad que los primeros, a pesar que todos serán costos promedios.
- Existen diferencias en los criterios utilizados para la distribución de costos entre los diferentes centros de cada sector.

B) Confiabilidad de la información para el calculo de costos.

En cuanto a la confiabilidad de la información para la toma de decisiones es necesario aclarar un concepto importante: **Por más que el sistema de costos utilizado sea conceptualmente el mejor si la información recabada para el mismo no es fidedigna, los resultados no son confiables.**

En las entrevistas realizadas a las instituciones se pudo verificar que los mecanismos de recolección de la información para el calculo de costos, en la mayoría de los casos, presentaba serias deficiencias. Esto se debe a que:

- Al no existir un departamento encargado de costos (por razones económicas) no existe un control previo de la información de costos, es decir, los datos provienen de los diferentes sectores y se carga al sistema directamente, no realizándose verificaciones previas. En ciertas ocasiones los propios sectores no son concientes de la utilización que se le dará al dato proporcionado.
- Los costos deben ser un reflejo de la actividad asistencial expresados en algún tipo de moneda; por lo tanto si la información de costos no se recoge en el momento preciso en el cual la actividad se produce, después es muy difícil obtenerlo. Pero para que esto se cumpla debe existir

una conciencia empresarial en todos los miembros de la institución sobre el tema de costos; se detectó que en la mayoría de los casos la misma no existe. Por ejemplo, es natural escuchar de algún trabajador asistencial de la institución (un médico, una enfermera, una nurse, etc.) afirmar que su tarea es atender al paciente y no tiene porqué registrar el consumo del mismo. En resumen, no hay una cultura de costos generalizada a todos los miembros de la I.A.M.C.

- En muchos casos los sistemas informáticos no fueron diseñados con el ideal de proveer información para el cálculo de costos, y por lo tanto, puede resultar difícil obtener los datos exactamente como lo requiere el sistema de costos, ni tampoco en el momento que se necesiten.
- Por último, hay ciertos datos que directamente no se tienen, y que son muy necesarios, sobretodo para la distribución de costos, como por ejemplo, de los gastos de funcionamiento, amortizaciones, etc..

C) Toma de decisiones basados en la información de costos

En éste caso se citará exactamente los expresado en el trabajo antes mencionado:

“...A la hora de la toma de decisiones la información que surge de los sistemas de costos es tomada en cuenta en forma genérica y no como base, debido a todas las carencias mencionadas anteriormente.

La mayoría de las instituciones, cuando necesita por un determinado motivo conocer el costo de un departamento o una actividad, realiza un estudio específico de costos sin tomar en cuenta, muchas veces, la información proporcionada por los sistemas de costos...”

La intención es que con éste breve resumen quede claro que hoy por hoy en la mayor parte de las I.A.M.C. de nuestro país no hay una cultura de costos, las instituciones por determinados motivos no calculan costos sistemáticamente, y cuando lo hacen el dato que obtienen no es confiable y por lo tanto no se atreven a tomar decisiones importantes basados en los mismos, con lo que el trabajo realizado pierde total validez.

3.2) El sistema de costos Propuestos: COSTOS POR PACIENTE/PATOLOGÍA.

3.2.1) El Objetivo y la Filosofía del sistema propuesto.

En el capítulo dos se mencionaron todas las características del producto mutual en donde se destacó que las dos principales eran la intangibilidad y la heterogeneidad del mismo. Intangible porque, si bien hay elementos materiales, el producto final de la atención no se puede materializar. Heterogeneidad porque el mismo servicio prestado a dos pacientes puede ser diferente y tener resultados también diferentes.

Porqué costos por pacientes? Por la segunda característica del producto mutual; es la única respuesta viable de la cual se pueden obtener datos confiables para tomar decisiones seguras. Por el sistema de costos por procesos se obtienen costos promedios de sectores o incluso actividades pero con esos datos no puedo distinguir las situaciones particulares de cada paciente respecto a los costos y por ende tomar las decisiones correctas.

Porqué por patología? Básicamente por dos motivos. En primer lugar la heterogeneidad, lo mismo que se mencionó hasta ahora en éste apartado. En segundo lugar, por una característica de ésta instituciones hasta ahora no mencionada en el trabajo pero que todos la conocemos: aseguradoras, porque cobran una cuota y cubren ciertas prestaciones. En este sentido muchas personas del sector piensan que la diferencia de la cuota está en la edad porque se gasta más a medida que la persona va envejeciendo, pero no es solo la edad sino que también es importante la patología que presenta cada asociado. Una persona de 20 años que es asmático no va a gastar lo mismo que una de 20 años que no presenta ninguna patología en especial ni tampoco de una de 20 años que tuvo un trasplante de riñón. Por lo tanto es muy importante tener en cuenta la patología al momento de calcular costos.

Por otra parte, nuestro sistema de salud no es aplicado en el mundo entero. En los países más desarrollados existen las aseguradoras, donde las instituciones de salud cuando hacen una

intervención ya saben lo que van a cobrar porque aquella le paga según la patología del paciente; esto lo hacen debido a que tienen los costos calculados por ésta metodología y lo único que agregan es un % de ganancia para la empresa que realiza el acto médico.

En nuestra opinión, esta metodología es la más adecuada para el calculo de costos en las I.A.M.C. porque es la que aporta la información de la manera más conveniente para la toma de decisiones.

Por último, un comentario que creemos apoya la opinión. En nuestro país se está estudiando la posibilidad de cambiar el sistema actual de salud por un nuevo Sistema Nacional de Salud (S.N.S.), en el cual se ha especificado que las instituciones no recaudarán más sino que el S.N.S. lo hará y asignará el dinero a cada I.A.M.C. en función del tipo de asociados que tiene. Por ejemplo dos I.A.M.C. que tengan el mismo numero de afiliados pero en una la población tenga un promedio de 30 años y en la otra de 60 años, no recibirán los mismos ingresos porque los costos por pacientes son diferentes. Pero para hacer esto es necesario saber los costos por pacientes y además por patología, de lo contrario nunca encontraremos el equilibrio económico-financiero que permita a la institución seguir trabajando.

3.2.2) La metodología de calculo

La metodología que aquí se propone parte de una clasificación en dos grandes tipos de costos: Variables y Fijos; es decir, por un lado el sistema deberá calcular los costos variables por paciente que serán todos aquellos gastos que se originan por la atención al paciente, por ejemplo, medicamentos, material de uso médico, análisis, honorarios específicamente para ese paciente, etc..

Por otro lado, se deben calcular los costos fijos o costos por utilización de los servicios de la I.A.M.C., como pueden ser el costo del día/cama en cada tipo de sala (convencional, intermedio, intensivo, etc.), el costo de utilización del block quirúrgico, el costo de la consulta por especialidad, etc..

No existe una correlación exacta entre el sistema de costos propuesto y un sistema específico de costos ya existente, sino que éste sistema es una combinación de metodologías: Costos por órdenes de producción, costos por procesos y costeo basado en las actividades.

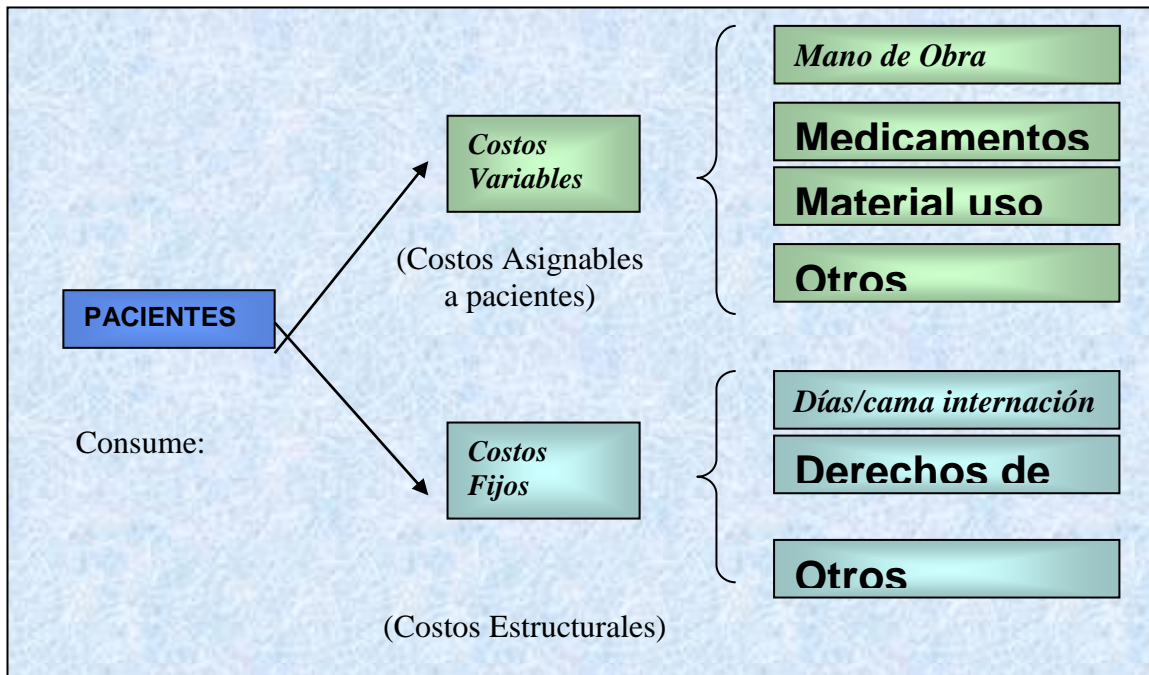
Para el calculo de los costos variables se utiliza la metodología del sistema de costos por órdenes de producción, donde la orden es, por decirlo de alguna manera, el paciente. Cuando se atiende a cada individuo es como si se abriera una orden de producción, se registran todos los insumos que va consumiendo desde que ingresa hasta que egresa.

Para el calculo de los costos fijos es aplicable el sistema de costos por procesos, ya que éste permite obtener el costo promedio de utilización de los servicios de la I.A.M.C., utilizando para la asignación de los costos indirectos entre los centros de costos la metodología del costeo basado en actividades.

Por lo tanto, como decíamos al principio tenemos dos grandes tipos de costos: Costos Variables a los que podemos llamar Costos Asignables a Pacientes y Costos Fijos (o Estructurales) por utilización de servicios.

3.2.2.1) Costos Directamente Asignables a Pacientes/Patología

Son los gastos que, como la propia definición de costos variables indica, se originan si el paciente se atiende, de lo contrario no se origina ningún gasto variable solamente costos fijos, que como ya se dijo anteriormente, se calculan por otro mecanismo.



CUADRO 5: Esquema de consumo de recursos por paciente.

Aquí cabe una aclaración importante. No son todos los costos variables los que se incluyen aquí, sino solo los que se pueden asociar directamente al paciente en el momento en que se le presta el servicio; es decir, existen costos que se pueden clasificar como variables pero es difícil de llevar a la práctica a la hora de registrarlos por pacientes, como por ejemplo el costo de la comida servida o de los kgs. de ropa lavada, si bien estos son costos variables se propone registrarlos conjuntamente con los costos estructurales o fijos. Cabe acotar que éstos costos no son significativos.

Hagamos un breve resumen de los costos que se incluyen bajo ésta clasificación (directamente asignables a pacientes).

Remuneraciones y Honorarios. Solo se incluirán aquellos costos de mano de obra que se generen por la atención específica por paciente; en otras palabras los destajos u honorarios. En los casos en los que se pague una remuneración fija por la atención se deberá clasificar como costo estructural o costo fijo por la prestación de un servicio, ya que se paga lo mismo si se realiza un acto o veinte.

En una institución de éste tipo podemos encontrar situaciones diferentes; generalmente los remuneraciones son fijas y no se tiene en cuenta la cantidad de pacientes atendidos, sobretodo en los funcionarios no técnicos (no médicos) por lo tanto no formarán parte del costo variable sino del estructural. Con los técnicos hay de las dos situaciones; hay médicos que cobran por actos realizados y otros una cifra por mes, los primeros se imputarán directamente al paciente mientras que los segundos se calcularán por la metodología de calculo de los costos estructurales.

En resumen, se deben incluir como costos de mano de obra directamente asignables a paciente los no técnicos que cobran por destajo y los técnicos que cobran por acto médico realizado. Si a alguien se le paga un fijo más un % por acto realizado, solo se debe incluir el % porque es el componente que varía según los pacientes atendidos.

Medicamentos, materiales de uso médico y otros bienes. Se deben registrar solo los bienes de éste tipo consumidos específicamente por cada paciente. De ninguna manera se deben incorporar en el costo variable el consumo de bienes en un sector para la prestación de un servicio a varios pacientes.

Por ejemplo, el suero que consume un paciente se asocia y carga al mismo, pero la gasa y la cinta utilizada para curarle una herida no se le pueden imputar porque un paciente no consume un rollo de cinta ni un paquete de gasas; estos costos se consideran dentro de los costos fijos (es un ejemplo de que todos los costos semi-variables no se incluyen en el costo variable).

Servicios: Análisis de laboratorio, otros estudios y servicios en general. En éste rubro se encuentran comprendidos todos los servicios de diagnóstico como ser los estudios que se realizan mediante placas, análisis de laboratorios, servicios de internación que el paciente requiera fuera de la institución (por ejemplo internación psiquiátrica si no la tiene la institución), honorarios de profesionales externos a la I.A.M.C. por consultas médicas específicas, y todo otro tipo de servicios requeridos para la atención a un paciente.

Al igual que en los rubros mencionados anteriormente se registrará como costo variable los servicios requeridos para la atención a un paciente.

En éste rubro cabe realizar una consideración especial para el caso de que la I.A.M.C. preste ella misma estos servicios. En el caso de los servicios de internación no hay problema porque la utilización del mismo se calcula como costo fijo por el sistema de costos por procesos, pero en el caso de los análisis y otros estudios se debe calcular el costo de la prestación del mismo. Por ejemplo, un paciente necesita realizarse una tomografía computada y la institución se la practica porque tiene tomógrafo; en éste caso debemos calcular el costo puro de la realización del estudio y cargar como costo variable por paciente dicho valor multiplicado por la cantidad de estudios que se hizo. Si la tomografía se hubiese realizado fuera de la institución se cargaría el costo de la factura o boleta contado de la empresa que la realizó.

El calculo del costo del servicio de diagnóstico se efectúa por el sistema de costos por procesos, es lo mismo que calcular el costo de utilización del servicio de internación.

Estos son básicamente los costos que se deben imputar específicamente a cada paciente; veamos ahora la metodología de calculo de los costos por utilización de servicio.

3.2.2.2) Costos por utilización de los servicios de la I.A.M.C.

Como decíamos anteriormente los costos son básicamente costos fijos aunque como se explicó en el acápite anterior se incluyen también otros costos como ser gastos de cocina y lavadero los cuales son difícil imputar a pacientes y son poco significativos.

Los costos que se calculan acá son todos los que no se pueden asignar directamente a pacientes. Tenemos, entre otros, los siguientes costos:

- Día / cama de internación: sala, cuidados intermedios, cuidados intensivos, siquiátrica, maternidad y otras
- Utilización del Consultorio de policlínicas (Central y Descentralizadas).
- Utilización del Block quirúrgico.
- Consultas Emergencia.
- Servicios de Diagnóstico: Unidad de Valor Relativo, Tomografía, Mamografía, otros.

La metodología de calculo es la misma del sistema de costos por procesos, pero con una variante importante: la asignación de costos indirectos se hará en función de las actividades.

Aclaremos. En primer lugar, por la propia metodología del sistema, luego de saber que costos queremos calcular, se deben definir centros de costos, los cuales se clasificarán en centros Finales, Intermedios o de Apoyo dependiendo de la función que cada centro cumpla en la empresa con relación al objetivo de la misma.

En segundo lugar, se deben asignar los costos de los departamentos Intermedios y de Apoyo en los Finales. Es aquí donde se produce la asignación de costos. Generalmente en las empresas que han utilizado el sistema de costos por procesos se han usado criterios generales de asignación basados en volúmenes de producción, lo cual parece ser bastante injusto ya que se suelen sobrealocar a los productos/servicios de mayor volumen subsidiando a los de menor volumen; lo que la metodología propuesta indica es que la asignación de costos se realice en función de las actividades que consumen los centros de costos finales de los Intermedios y Apoyo.

El cuadro 1 muestra el proceso para el calculo de los costos por utilización de servicios.

Una vez asignados y distribuidos todos los costos en los centros finales, se debe calcular el valor unitario de los servicios antes mencionados (valor día/cama, Block quir., etc.). Para esto es necesario que el departamento de estadísticas nos proporcione los datos de producción de cada servicio. Generalmente se suelen utilizar las siguientes medidas de producción:

Servicio	Unidad de producción
Internación	Días/Cama ocupados
Block Quirurgico	Cant. Intervenciones por tipo
Consultas Policlínicas	Cant. De Consultas Policlínicas
Emergencia	Cant. De Consultas Emergencia

A pesar de ser una operación matemática sencilla dado que se obtiene por el cociente entre total de costos por centros y la producción hay que tomar en cuenta que los costos involucrados son todos fijos y al dividirlos por las unidades los

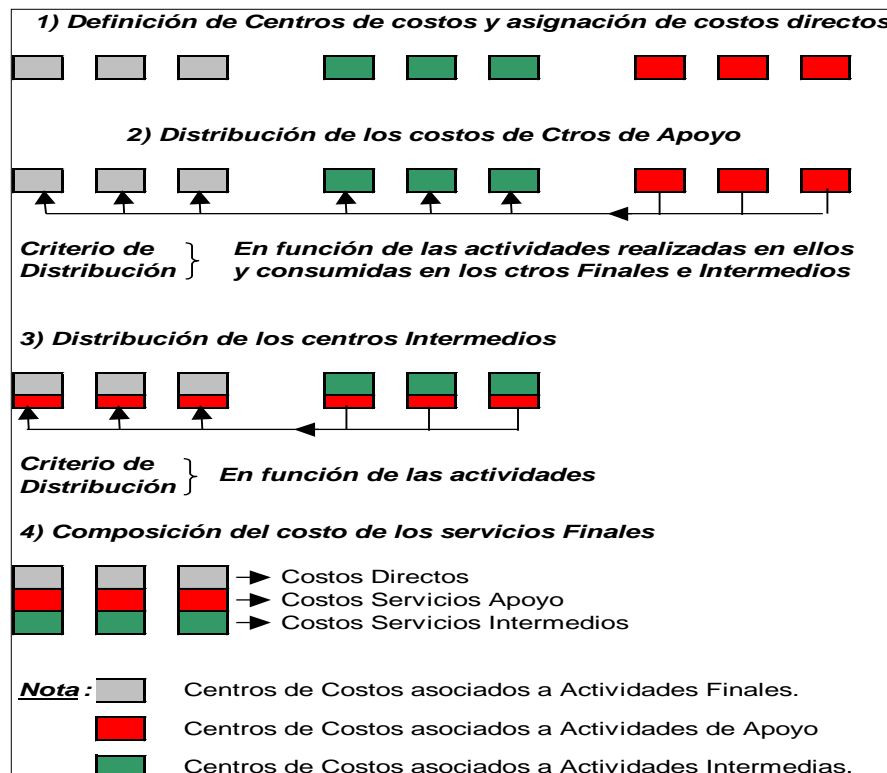
estamos unitarizando. Para hacer que los datos sean razonables se debe: a) como es normal en cada estudio de costos, realizarlo en un período donde la producción sea la normal y no en períodos excepcionales (como pueden ser el trimestre Abril-Junio), y b) verificar que los porcentajes de utilización de los servicios sean relativamente constantes.

Hasta ahora se ha determinado en grandes rasgos la metodología de cálculo de costos y a ha quedado claro que los costos variables se deben imputar a pacientes (a excepción de las situaciones en las cuales eso es casi imposible como en el caso de lavadero y cocina) y los costos fijos se calculan por otra vía, estableciéndose una metodología que los concentra por centros de costos y los asigna en función de las actividades que se llevan a cabo en ellos y que el resto de los centros consume.

Veamos ahora los requisitos a nivel administrativo y de sistema computacionales que se requiere.

3.2.3) El sistema desde el punto de vista administrativo y de sistemas computacionales.

Se tratará de explicar el método para captar, procesar y calcular, por un lado los costos variables, por otro los costos fijos y por último, un sistema de interacción que solicitará datos y mostrará los resultados. El sistema informático será uno pero al igual que en la metodología antes explicada habrá un método de cálculo para los costos variables y otro para los costos fijos.



CUADRO 6: Proceso para el cálculo de costos por utilización de servicios

decisiones tomadas no serán las acertadas.

CUADRO 7: Pantalla del sistema donde se registran los costos asignables a pacientes. Esp.-Tipo es donde se registra la patología. Destino es el sector donde está internado el paciente.

De que manera se debe registrar la información en el sistema para cumplir con los requisitos de la metodología de costos propuesta? Es una pregunta fácil de responder; como queremos obtener costos por paciente y por patología se deben ingresar en el sistema el consumo de recursos por paciente y por patología. Para eso es necesario que al entrar los datos al sistema se ingrese la siguiente información:

- a) N° de afiliado o N° de ingreso si no es socio de la institución
- b) Patología
- c) Consumo detallado (por ejemplo, nombre de medicamentos y cantidades proporcionadas, etc.).
- d) Otros datos como por ejemplo nombre del médico que lo atendió y que le indicó el tratamiento o lo intervino (esto nos permitirá obtener costos por médicos). En relación al punto b) es necesario tener las patologías ya establecidas de antemano y no dejar librado al médico tratante que la nombre porque a veces la misma patología puede ser llamada de dos maneras distintas y eso originaría problemas a la hora de obtener resultados. Por lo tanto, las patologías las deben establecer las autoridades médicas de la institución y se registrarán en el sistema de la misma manera; así nos aseguramos de que una patología no está expresada de dos formas distintas.

El ingreso de éstos datos es fundamental para cumplir con éxito los objetivos del sistema de costos por paciente / patología. Donde solamente uno de los datos no se ingrese al sistema de la manera antedicha redundará en una información inexacta del sistema informático; por lo tanto se deben crear los mecanismos de control necesarios en los sectores estableciendo penalizaciones para los que no cumplan con las pautas antedichas.

Captación y registración de los costos por utilización de servicios. Hay dos maneras de calcular los costos estructurales o fijos, por contabilidad de costos o extracontablemente. Por exigencia del M.S.P. las I.A.M.C. tienen un plan de cuentas que cumplir, el cual no tiene los aspectos de una contabilidad de costos, por lo tanto, antes de tocar el plan de cuentas es mejor calcularlos extracontablemente.

Es menester recordar que la metodología de calculo es la de costos por procesos utilizando como criterio para la distribución de costos indirectos los conceptos del costeo basados en actividades.

Para eso se deben definir los centros de costos y su clasificación en sectores de concentración de costos por Actividades Finales, Intermedias y de Apoyo. Es importantes destacar que solo se asignarán a los centros de costos los costos fijos y nunca los variables.



CUADRO 8: Pantalla del sistema contable donde se registran los asientos. Ver el campo donde le solicita al auxiliar que ingrese el centro de costos.

No es necesario abundar demasiado porque el sistema de costos por procesos ya fue bastante difundido. Lo que si resulta interesante sería mencionar algunas pautas de criterio a efectos de obtener la información con más agilidad, porque aquí en Uruguay se ha desarrollado básicamente a nivel extracontable y en forma manual, mientras que la idea es estructurar los mecanismos para que la información de costos fijos se obtenga por sistemas informáticos.

Para la parte de remuneraciones sería conveniente que por cada funcionario se codificara el centro de costos al que pertenece. Si trabaja para varios centros de costos se debe especificar los códigos de los mismos y todos los meses la cantidad de horas trabajadas en cada centro. De ésta manera el departamento de personal todos los meses ingresa la información y se obtiene un listado de los costos de personal por centros de costos.

El resto de los costos fijos surgen de la contabilidad, pero para no tocar el plan de cuentas lo que se ha hecho en alguna institución es generar un informe basado en los datos de la contabilidad que agrupa los egresos por centros de costos. Para hacer esto lo único que se necesita es que a cada asiento contable se le agregue un código (que representa un centro de costos) en función del gasto que se esté

pasando. El código no toca la contabilidad tradicional sino que el sistema genera un reporte con todos los gastos por códigos.

De ésta manera se obtienen los costos fijos por centros de costos. Posteriormente, el sistema informático de costos solicita la siguiente información:

- a) Criterios de asignación de costos indirectos, para lo cual existe un matricero en donde se cargan los datos para la asignación que se hace en función de las actividades; y
- b) Producción del período.

Por lo tanto, el sistema debe tomar los datos de remuneraciones del sistema de personal y el resto de los gastos del reporte del sistema de contabilidad y debe distribuir automáticamente los costos directos a cada centro de costos. Posteriormente mediante la asignación de costos entre los sectores (finales, intermedios y de apoyo) automáticamente calculará los costos totales de los centros de costos finales. Una vez obtenidos éstos calculará los costos unitarios.

De ésta manera se obtienen los costos por utilización de servicios de la I.A.M.C..

Por último, veamos las características generales del sistema informático.

El sistema informático – ingreso de datos y salidas de la información. Como todo sistema informático por un lado recaba datos y por otro proporciona información.

Evidentemente el sistema informático calcula todo automáticamente. Está relacionado con el sistema de afiliados de manera de que al ingresar un n° de socio puede proporcionar todos los datos del mismo y por lo tanto puede calcular costos por rango de edades, por zonas geográficas, etc.. También está relacionado con el sistema de personal por lo que al obtener costos por médicos podemos saber inmediatamente la especialidad del mismo y cualquier otro dato que consideremos necesario para el análisis y con el sistema de facturación, dado que también solicita un margen de ganancia por encima del costo por producto mutual por si se quiere facturar a un particular.

Con respecto a la operativa diaria es como que si el sistema fuera una persona, pide datos, los procesa en su mente y según lo que se le pregunte da una respuesta.

El ingreso de datos relativos a costos fijos y variables ya lo hemos mencionado en líneas anteriores; lo que nos queda por ver son los datos que el sistema proporciona y que son los siguientes:

- a) El costo originado por la atención de cualquier paciente por el período que se desee.
- b) Los costos por pacientes clasificados por patología, por edades y de ambas maneras conjuntamente. Evidentemente en los períodos que se quiera.
- c) Idem b) pero además clasificado por los diferentes sectores de la I.A.M.C. (Internación cuidados intensivos, cuidado intermedio, convencional, consultas, emergencia, etc..).
- d) Mostrar los costos variables por cualquier modalidad a), b), o c).
- e) Mostrar los costos fijos por utilización de los servicios de la institución.
- f) Mostrar el costos de un determinado producto mutual definido.

Cr. Eduardo Montico (colega)

eduardomontico@hotmail.com

Cr. Martín Velarde (quien suscribe)

mvelarde@adinet.com.uy

Uruguayos; ambos con título de Contador Público, egresados de la Universidad de la República, y ejerciendo la profesión en instituciones de salud en el Uruguay.

Curriculum Vitae de Eduardo Montico Riesco

1) Datos Personales

Nombre : Eduardo Montico Riesco

Edad : 48 años

Fecha Nacimiento 10/01/1956

Domicilio Particular: Vicente Rocafuerte 1630 Teléfono Particular: 601-70-66

Domicilio laboral : Pablo Purriel 3120

Teléfono laboral : 487-08-18

Teléfono Celular: 099-624-784

Email: eduardomontico@hotmail.com

2) Estudios Cursados

Enseñanza Primaria: 1961 - 1967 Escuela n° 3 de practica Francia

Enseñanza Secundaria: 1968 - 1972 Liceo n° 4 Juan Zorrilla de San Martín

Preparatorios : 1973 - 1974 Instituto Preparatorio Universitario

Universidad de la

República : 1974-1980 Facultad de Ciencias Económicas y Administración

Título : Contador Publico

Licenciado en Administración

Cursos - Seminarios - Congresos :

- .Curso sobre Administración de Recursos Humanos (Dictado por Dpto. de Capacitación de Fiat Uruguay S.A.)
- . Primer Congreso Interamericano de Administración de Consorcios (Montevideo, Uruguay)
- . Curso sobre Impuestos Administrados por la DGI (Dictado Colegio de Contadores y Doctores en Ciencias Económicas)
- .Novena Conferencia Nacional de Consorcios (Canela, Brasil)
- .Primer Congreso Internacional de Profesionales de Consorcios de Ahorro Previo (Bs. As. Argentina)
- .Curso sobre Lotus 123 (Dictado por Taller de Informática)
- .Curso sobre DBASE (Dictado por Taller de Informática)
- .Curso sobre Medición de Audiencia (Dictado por Promedios)
- .Conferencia sobre Reformas de Sistemas de Salud, Tendencias y oportunidades (Dictado por el Dr. Mauricio Vargas Fuentes : Cirujano Master en Administración de Sistemas de Salud)
- .Curso sobre " El Futuro de los sistemas de Información en las Organizaciones (ABC, ABM, ABB y ERP) (Dictado por Unidad de Perfeccionamiento y Actualización de Egresados.) , Octubre 2000
- .Curso sobre " Novedades Impositivas en la Ley de Presupuesto, IRIC , IVA , Patrimonio , Ley de Inversiones (Dictado por Unidad de Perfeccionamiento y Actualización de Egresados.), Noviembre 2000
- .Conferencia sobre Tratamiento Endovascular de las Aneurismas Torácicas y Abdominales, con Prótesis Autoexpandibles (Dictada por el Dr. Honorio de Palma)
- .Curso sobre Internet el Impacto en las Empresas (Dictado por Unidad de Perfeccionamiento y Actualización de Egresados.), Abril 2001
- .Curso sobre Actualización en Aspectos Concursales (Dictado por Unidad de Perfeccionamiento y Actualización de Egresados.) Junio 2001
- .Disertación sobre " Reforma de los Sistemas de Salud " El Impacto de la Globalización. (Dictado por Ing. Fransec Moreau Orobítg -Gerente Consultoria Consorcio Hospitalario de Cataluña.)
- .Curso sobre Actuación de Peritos (Dictado por Asociación Uruguaya de Peritos Julio - Noviembre 2001)
- .Conferencia sobre aspectos concursales de la Ley 17292 dictado por Prof.Dra. Teresita Rodríguez Mascardi (Grado IV) y Dr. Prof.Dr. Guerra (Grado III)
- .2do Congreso Internacional de Salud (Medicina y Mercosur) Montevideo, Octubre 2001
- .Charla sobre " Jurisprudencia sobre la aplicación de la normativa en materia Concursal ". dictado por las Dras. Teresita Rodríguez Mascardi y Dra. Cristina Crespo
- .1er Taller sobre temas Concursales (función del Síndico) dictado por el Colegio de Contadores , Economistas y Administradores del Uruguay , Noviembre 2002
- .Taller sobre aspectos Jurídicos y Contables en la nueva realidad concursal, dictado por AUPE, Noviembre 2002.
- .2do Taller sobre Temas Concursales dictado por el Colegio de Contadores , Economistas y Administradores del Uruguay , Agosto 2003.
- . Taller sobre " Créditos Laborales en Materia Concursal " dictado por el Colegio de Contadores , Economistas y Administradores del Uruguay , Octubre 2003.

Manejo de utilitarios: Excel
Word
Access

Power Point
Internet Explorer

Idioma : Ingles (Anglo Uruguay 6 años)
(International Teaching Corporation 2 años)
Portuges (Comprension Lectora)

Trabajos presentados:

UNA PROPUESTA DE COSTOS PARA LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MEDICA
COLECTIVA: COSTOS POR PACIENTES Y PATOLOGÍA
VIII Congreso Internacional de Costos, Punta del Este, Uruguay, del 26 al 28 de noviembre 2003.

3) Actividad Profesional:

3.1) Fiat Uruguay S.A. :

Fecha de Ingreso : 01/03/1977
Fecha Egreso : 28/02/1984

Cargos ocupados:

Auxiliar Contable
Jefe Dpto. Estados Contables e Impuestos
Responsable Sistema Scuderia

3.2) Ajax S.A.

Fecha de Ingreso : 01/05/1985
Fecha Egreso : 01/09/1988

Cargos ocupados: Gerente de Sector Consorcios

3.3) Teledoce TV Color

Fecha de Ingreso : 01/10/1988
Fecha Egreso : 01/04/1991

Cargos ocupado: Sindico Auxiliar

3.4) Ministerio de Salud Publica (Programas Especiales de ASSE)

Fecha de Ingreso : 01/02/1991

Fecha Egreso : 01/09/1996

Cargos ocupados:

Responsable del Sector Costos de producción de Servicios de CTI y contratación de servicios de CTI externos.

Responsable en conjunto con el grupo de programación, del diseño del sistema de control de internación de pacientes y costos de producción de servicios.

Responsable del desarrollo administrativo e implementación de Centros de Tratamiento Intensivo en el interior del país (Proyecto Florida - Proyecto Colonia)

3.5) Ministerio de Salud Publica (Programa FIS - Banco Mundial)

Desarrollo de un sistema de control de costos para Medicina Familiar (aprobado por oficina en Washington D.C. del Banco Mundial)

Desarrollo de un sistema de compras automatizada para Hospitales (aprobado por oficina en Washington D.C. del Banco Mundial ,actualmente en funcionamiento en Hospitales Pereira Rossell y Hospital Pasteur)

Desarrollo e implantación de Mesa de Compras para adquisición de medicamentos y materiales (actualmente en funcionamiento a nivel central del MSP)

3.6) Instituto Nacional de Cirugía Cardiaca (actualmente)

Fecha de Ingreso: 01/09/1996

Cargos ocupados:

Gerente General

3.7) Otras actividades profesionales:

Asesor del Ministro de Salud Publica (periodo 1985-1990) en el área de convenios celebrados por el MSP para la contratación de servicios.

Asesor Contable y Fiscal de empresas

Tesorero de Asociación de Consorcios del Uruguay

Miembro Honorario de la Comisión Honoraria para Lucha Antituberculosa

Asesor contable de: CAAMEPA (Centro Asistencial Agrupación Médica de Pando) Años 1993-2000 , 2003

Miembro Honorario de la Comisión de Informática del Fondo Nacional de Recursos

Secretario General de Asociación de Institutos de Medicina Altamente Especializada.

Miembro de la Comisión de Sociedades Comerciales del Colegio de Contadores del Uruguay

Tesorero del Club Hípico Uruguayo

3.8) Actuación Judicial:

Título inscripto en la Suprema Corte de Justicia con el número 703 al folio 138 del libro 2 con fecha 01/08/1985

Integrante de la Lista de Síndicos de la Suprema Corte de Justicia

Miembro de la Asociación Uruguaya de Peritos (AUPE)

Miembro Categoría II de la lista de Peritos de la Suprema Corte de Justicia.

Perito Judicial designado en más de 150 casos por las distintas Sedes Judiciales para actuar en las siguientes materias:

Perito Contable en diversas materias
Interventor en Concordatos Judiciales
Interventor recaudador de la Dirección General Impositiva
Interventor recaudador del Banco de Previsión Social
Interventor co-administrador
Interventor con facultades totales de administración

Curriculum Vitae de Martín Emilio Velarde Rossa

Datos personales

Nombre: Martín Emilio Velarde Rossa
Dirección: Baltasar Brum Nro. 303 (Canelones, Ciudad)
Teléfono: 099.912.406, (033) 24492, (037) 39955
Fecha de nacimiento: 4 de Julio de 1976
Cédula de identidad: 3.268.089-2
Credencial Cívica: CAA 32.174
E - Mail: mvelarde@adinet.com.uy

Títulos Obtenidos

- Analista Universitario en Contabilidad y Administración - Facultad Ciencias Económicas y de Administración.
- Contador Público - Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.

Experiencia Laboral

- Estudio Contable Cr. Jorge Wilkoriski: desde Junio de 1992 a Marzo de 1993
- Docente de Contabilidad II en Escuela Técnica de Canelones (U.T.U.) del curso de Auxiliar Contable Calificado. Año 1997.
- Departamento de Auditoría Coopers & Lybrand: desde noviembre de 1997 a Mayo de 2000.
- Realización de Pericia Contable - Año 2002.
- Departamento de Fiscalización Económico-Financiera del Fondo Nacional de Recursos desde Junio de 2000, realizando auditorías de información económico-financiera de los IMAE's y

fiscalización de aportes de las IAMC, tanto en instituciones de Montevideo como del interior del país (Salto, Soriano, Colonia, Treinta y Tres, Tacuarembó, San José, Canelones).

- C.A.A.ME.PA. (Institución de Asistencia Médica Colectiva - Pando) Gerente General.

Participación en cursos y/o eventos

- "Impacto del I.V.A. y nuevos desafíos para las Organizaciones de Salud" - Dictado por la Consultora Integral en Salud (C.I.S.) el 20 de Febrero de 2001
- Charlas Técnicas en el Colegio de Contadores, Economistas y Administradores del Uruguay (Aspectos tributarios leyes de presupuesto y emergencia, ley 17.345 - COFIS, jornada técnica del sector Agropecuario, etc.)
- Jornadas de Relaciones Laborales realizadas por el Colegio de Contadores en conjunto con la Facultad de Ciencias Económicas. Octubre de 2001.
- XXIV Conferencia Interamericana de Contabilidad. Noviembre de 2001.
- Jornada Regional de Costos y Gestión - Organizada por la As. Uruguaya de Costos. Setiembre 2002.

Membresías

- Colegio de Contadores, Economistas y Administradores del Uruguay. Integrante de la comisión de Investigación Contable desde Junio de 2001.
- Asociación Uruguaya de Costos.

Trabajos y/o Análisis Realizados

- Sistemas de Costos y su relación con la toma de decisiones en las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas. Trabajo de investigación monográfico. Año 2001.
- Norma Internacional de Contabilidad 40 - Propiedades de Inversión. Comentario sobre el contenido de la norma y su aplicación en el Uruguay. Colegio de Contadores, Economistas y Administradores del Uruguay - Comisión de Investigación Contable. Año 2002.
- Una propuesta de costos para las instituciones de asistencia médica colectiva: Costos por paciente / patología. Trabajo presentado en el VIII congreso del instituto internacional de costos y I de la Asociación Uruguaya de costos. Año 2003
- Margen de operaciones vs. compromisos financieros: Eco-Fin. Año 2003.
- En proceso de elaboración: Costos Financieros. ¿Parte integrante del costo del Producto/Servicio?

Estudios

- Primaria Colegio María Auxiliadora 1983 a 1988
- Secundaria Liceo Guadalupe (Sagrada Familia) 1° a 4° 1989 a 1992
Liceo Tomás Berreta 5° a 6° 1993 a 1994
- Facultad Ciencias Económicas:
 - 1° 1995
 - 2° 1996
 - 3° 1997
 - 4° 1998 y 1999
 - 5° 2000 (Por paros, exámenes en verano de 2001)
- Monografía: 2001

Otros Estudios

- Inglés

1er. Año jóvenes - 1er nivel (1990)

1er. Año jóvenes - 2do nivel (1991)

1er. Año jóvenes - 3er nivel (1993)

1er. Año adultos - Curso intensivo en Centro Anglo (1999)

2do. Año adultos - Curso intensivo en Centro Anglo (1999)

3er. Año adultos - Curso anual en Centro Anglo (2000)

- Computación

Operador PC Básico (1991)

Dbase III, Lotus 123 (curso intensivo) (1993)

Operador PC (Word Perfect) (1994)

Windows, Microsoft Access, Word ,Excel y Power Point en Circulo Informático

UNA PROPUESTA DE COSTOS PARA LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA: COSTOS POR PACIENTES Y PATOLOGÍA

Aportado por: Cr. Eduardo Montico - Cr. Martín Velarde - mvelarde@adinet.com.uy

Tema: costos en salud.