

ELEMENTOS PARA LA IMPLANTACIÓN Y USO DEL SISTEMA DE COSTOS EN SALUD

Miguel Mukodsi Caran¹ y Lourdes de la Caridad Borges Oquendo²

RESUMEN: Se aborda el tema de eficiencia económica en la atención primaria, con énfasis en los costos por área de responsabilidad, conceptualizándolo y reseñando los principios básicos en el marco conceptual predominante en el sistema de salud cubano, así como los requisitos necesarios para su implantación. Se plantean sus beneficios y se señala la necesidad de aplicar costos en todos los policlínicos, acorde con la metodología aprobada por el MINSAP y su uso como herramienta de dirección en la consecución de una mayor eficiencia en el subsistema del Médico de Familia.

Descriptores DeCS: ATENCION PRIMARIA DE SALUD/economía; MEDICINA FAMILIAR/economía; ECONOMIA DE LA SALUD; ANALISIS DE COSTO-EFICIENCIA; COSTOS Y ANALISIS DE COSTO/métodos.

Nuestro país ha desarrollado un sistema de salud amplio y fuerte, estando actualmente enfrascados en un proceso de transformaciones profundas, sin recurrir a programas de privatizaciones ni otras medidas de corte neoliberal.

La política neoliberal afecta grandemente todas las actividades que generan gastos sociales, y dentro de ellas se encuentra el sector de la salud, con una reducción notoria del presupuesto al incorporarse la privatización al sistema sanitario. Los gobiernos que aplican el neoliberalismo aprovechan cualquier circunstancia para introducir recortes en los fondos para este sector.¹

Desarrollo

En nuestro país el estado asume como una responsabilidad los servicios de salud, financiándolos a través del presupuesto. El sector salud trabaja en un conjunto de medidas dirigidas a lograr mayor eficiencia en la prestación de servicios y la docencia, preservando la equidad, efectividad y accesibilidad, en una situación de recursos limitados. Recordemos que equidad no es lo mismo que igualdad, pues supone aportar a cada cual proporcionalmente con sus intereses (Colectivo de autores. Compilación de temas para la asignatura filosofía y salud. 2da parte. MINSAP; 1994.).

¹ Especialista de I Grado en Administración de Salud. Profesor Asistente.

² Especialista de I Grado en Epidemiología. Profesora Asistente.

En sus estrategias de trabajo está la municipalización, que conlleva a una mayor descentralización y autonomía de los sistemas locales (SILO) en la búsqueda de mayor poder resolutorio de la atención primaria, elemento básico de nuestro sistema nacional de salud.

Para la materialización de esa municipalización están trazados una serie de lineamientos entre los que se destaca el perfeccionamiento del sistema gerencial a tal nivel y el desarrollo de la economía de la salud, íntimamente vinculado a lo anterior.

En las condiciones actuales, tanto la infraestructura como las potencialidades acumuladas en los profesionales, técnicos y gerentes, apenas se utilizan eficientemente en función de incrementar calidad y eficiencia a un menor costo de los servicios de salud.

Por otra parte está presente la necesidad de privilegiar la atención primaria de salud para hacer realidad el propósito de Salud para Todos, por ello el país trabaja en su fortalecimiento, demostrando una voluntad política para los cambios favorables que se continúan ejecutando.

Consideramos la calidad en su acepción más simplificada, como la atención media que produce la mayor mejoría prevista en el estado de salud sin derroche de recursos y con alta eficiencia. Determinar eficiencia implica analizarla en sus 3 componentes: social, médico y económico de manera integral.

A fin de coadyuvar al fin antes expresado, nos propusimos como objetivo en este trabajo exponer los elementos fundamentales para evaluar los resultados económicos de una unidad de salud, así como los principios y requisitos para implantar un sistema de costos, que permita su utilización como una herramienta de dirección.

Los criterios fundamentales² sobre los cuales se puede llegar a eficiencia económica en la actividad de salud, son:

Utilización de capacidades instaladas

Nos referimos a su aprovechamiento. Su uso óptimo disminuye la demanda de inversiones y a la vez incrementa servicios a la población. En este caso hay ejemplos negativos (consultorios cerrados, no está el médico en su consultorio, no hay agua destilada para autoclaves, etcétera) que atentan contra el servicio que merece el paciente.

Recursos materiales y equipos no utilizados

Es imposible lograr una adecuada eficiencia económica si hay adquisiciones en exceso, equipos no explotados por falta de instalación o la falta de agilización en su reparación.

Control interno de los recursos humanos, materiales y financieros.

Es el basamento para alcanzar eficiencia económica que se manifiesta en el cumplimiento estricto de normas y procedimientos en todo lo relativo a bienes materiales, financieros y recursos humanos.

La contabilidad confiable es un aspecto vital en este sentido.

El pago del salario es el gasto más importante de salud y de mayor monto, por ello es determinante controlar aspectos de la disciplina laboral, aprovechamiento de la jornada, personal en exceso y rendimiento. Como ejemplos negativos citamos no controlar la asistencia al consultorio, profesores con alta carga de actividades en la facultad, la reincorporación tardía de vacaciones, el uso de horarios de consulta y/o terreno para otras actividades, así como también la no permanencia del profesor en el consultorio y/o no asistencia según cronograma.

Análisis de la ejecución del presupuesto

El control del presupuesto por epígrafe y partidas es un elemento decisivo en la disciplina financiera. Debemos recordar que

el presupuesto es una Ley, y por tanto sus violaciones han de ser penalizadas.

No debe existir sobregiro del mismo, se debe contar con disponibilidad bancaria, es decir, fondos; y no podemos olvidar qué importante es el control del gasto de salario y lo que se deriva de él porque es la contribución a la seguridad social a largo y corto plazos.

Implantación de sistemas de costos

Mide cómo se utilizaron los recursos, se expresa en pesos su implantación constituye un imperativo de todos los directivos del sistema de salud, en la búsqueda de la eficiencia, pues resulta una herramienta importante para las decisiones. El costo resume la contabilidad y la vincula con la actividad médica y otras más (docencia, investigaciones, etc.) (MINSAP. Sistema de costos. Dirección de contabilidad; 1995.).

Permite conocer por unidad de medida el gasto, o sea, cuánto cuesta (en pesos) la actividad escogida, partiendo de la fórmula de que costo es igual a gastos, dividido entre nivel de actividad. Entiéndase por esta última, la cantidad de lo que se desea medir (consultas, altas, kilómetros, raciones, número de análisis, etcétera.)

El hecho de contar con un sistema de costos aporta un conjunto de beneficios:

- Obliga a que el resto de los subsistemas contables trabajen bien.
- Indica si es aconsejable iniciar o continuar con una actividad desde el punto de vista económico.
- Mide la eficiencia económica y señala dónde hay reservas sin explotar.³
- Permite ahorro de manera ágil y científica.
- Conduce al aprovechamiento óptimo de los recursos.
- Su análisis permite mejorar la eficiencia médica y social.
- Señala los recursos potenciales de racionalizar, sin afectar indicadores de salud, ni la calidad de la atención médica.

Existen principios para un sistema de costos en salud en Cuba. El primero es conocido como principio rector, que es cuando el paciente recibe todo cuanto sea necesario para restituir su salud con el aprovechamiento máximo de los recursos.

Los otros son los llamados básicos, y son los siguientes:

1. El costo se hace para el ejecutor de gastos (el médico), no contra él.
2. Vincula gastos a nivel de actividad (consultas).
3. Iguales recursos pueden ser utilizados con eficiencia desigual.
4. Se trata de una relación consecuente entre el gasto incurrido y el servicio prestado.
5. Conductas médicas pueden ser modificadas sin afectar la calidad de la atención, con mayor beneficio social y con menos costo.
6. La calidad de la atención médica es la que produce la mayor mejoría prevista en el estado de salud sin derrochar recursos, y con una alta eficiencia.
7. El costo mide simplemente el beneficio que no se obtiene.
8. La contención y reducción de costos debe tener presente y muy en cuenta los preceptos éticos.
9. Prima el concepto de costo sobre el de gasto en dinero.
10. El verdadero costo del tratamiento de un paciente es el beneficio que podía haber gozado si esos mismos recursos se hubieran usado para el tratamiento a otros pacientes.
11. Hay recursos potenciales que se pueden racionalizar sin afectar indicadores de salud ni calidad de la atención médica.
12. Un factor decisivo en la reducción de costos es el análisis y discusión sistemática mensual con el ejecutor de gastos, indicando y dirigiendo hacia dónde

deben ir las acciones de salud. Un marco propicio es la reunión del GBT.

13. El aprendizaje de los elementos básicos de costo por el ejecutor de gastos, se gana de forma práctica con la discusión viva de sus resultados, avanzándose al universo teóricamente, sin que esto último constituya una condición previa.
14. Atención preferente al médico en todo lo relativo a costos, pues es el que genera el mayor número de gastos.
15. A partir de los resultados de costos es factible establecer líneas de intervención y políticas de tratamiento.

Además de todo lo que se ha ido planteando, existen otras esferas en este sentido que no se pueden soslayar para lograr una verdadera eficiencia. Ahora nos referiremos a los requisitos para implantar el costo por *área de responsabilidad*, considerando a cada consultorio del Médico de la Familia como tal:

1. Que el policlínico sea centro de pago.
2. El director aprueba los centros de costos acordes con el organigrama de la unidad.
3. Puede realizarse de forma manual o automatizada, no requiriendo una computadora exclusiva para este fin.
4. El director debe velar porque se entregue mensualmente al encargado de costos, los gastos por contabilidad y los niveles de actividad por cada una de las llamadas áreas de responsabilidad.
5. No es necesario modelaje, se trabaja con hojas de trabajo (HT).
HT 1: Medios de rotación.
HT 2: Nóminas.
HT 3: Servicios, depreciación y otros gastos.

HT 4: Cálculo del costo unitario (directo e indirecto).

HT 5: Acumulado de costos.

6. Utilizar el sistema de costos aprobado y vigente del MINSAP, siendo flexible en la selección de los centros de costos según las áreas de responsabilidad de cada lugar.
7. No es condición indispensable crear una plaza para implantar el sistema.
8. En el análisis de los resultados de costo se requiere correlacionarlos con indicadores de salud y grado de satisfacción de la población, lo que permite medir la eficiencia.
9. Costo es contrapartida de la contabilidad, por lo tanto los gastos de ambos deben cuadrar.
10. Las salidas del almacén y las nóminas deben confeccionarse y reportarse por los centros de costos aprobados.
11. Todos los años deben revisarse los centros de costos a utilizar en ese período.
12. Usarlo como herramienta de dirección y de evaluación (en la aplicación del tridente y el pago de estimulación).

Conclusiones

La estrategia del MINSAP concibe incrementar el poder resolutivo de la atención primaria y alcanzar una mayor eficiencia, efectividad y calidad en acciones del sistema, con mayor nivel de satisfacción de la población.

De esta forma queda definido el marco conceptual para la implantación y uso como herramienta de dirección del sistema de costos aprobado por la dirección nacional de contabilidad, en la búsqueda de aprovechar las reservas de eficiencia que existen en el policlínico.

SUMMARY: The topic of economic efficiency in the primary health care field is approached making emphasis on the costs by area of responsibility. Its concept is given and the basic principles within the conceptual framework predominating in the Cuban health system, as well as the requirements necessary for its implementation are stressed. Its benefits are set forth and it is explained the need to apply costs in all the polyclinics, according to the methodology approved by the Ministry of Public Health, and to use them as a management tool to attain a greater efficiency in the subsystem of the Family Physician.

Subject headings: PRIMARY HEALTH CARE/economy; FAMILY PRACTICE/economy; HEALTH ECONOMICS; COST EFFICIENCY ANALYSIS; COST AND COST ANALYSIS/methods.

Referencias bibliográficas

1. Lázaro Rafael y otros. Desigualdad pobreza y salud de Méjico. Consejo consultivo del programa nacional de salubridad. El Nacional. Méjico D.F.; 1995:35.
2. Ramos Domínguez N. Aldereguía Henríquez J. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990:36-41.

3. Partido Comunista de Cuba. V Congreso. Resolución económica. La Habana: Editora Política, 1997.

Recibido: 5 de julio del 2000. Aprobado: 6 de noviembre del 2000.

Dr. Miguel Mukodsi Caran. General Lee No. 306 e/ Paz y Gómez, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.