

COSTOS EN REHABILITACIÓN. CONSIDERACIONES GENERALES

MARÍA ANGÉLICA SERRATO AYA

Fisioterapeuta, Especialista en Administración Hospitalaria.

Profesora de la Universidad del Rosario

Miembro del Grupo de Investigación de Rehabilitación e Integración Social de la Persona con Discapacidad en la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario, Bogotá.

LUIS FERNANDO RODRÍGUEZ IBAGUÉ

Fisioterapeuta, Especialista en Administración de Empresas.

Estudiante de la Maestría en Administración Pública

Escuela Superior de Administración Pública, ESAP.

Miembro del Grupo de Investigación de Rehabilitación e Integración Social de la Persona con Discapacidad en la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario, Bogotá.

•

CORRESPONDENCIA

Correo electrónico: mserrato@urosario.edu.co

lfrodrig@urosario.edu.co

Revisión de pares externos

Fecha recibido: 02/04/05

Fecha revisado: 29/04/05

Fecha aceptado: 25/06/05

RESUMEN

ANTECEDENTES

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) formula una libre competencia que debe ser enmarcada en un mercado "irregular" como es el de los servicios de salud. Este reto implica que el recurso humano del sector, entre ellos el de rehabilitación, se concientice de la importancia de la gestión integral financiera y con ella de los estudios detallados de los costos que le implica la prestación de los respectivos servicios.

TEMA

En este artículo se presenta una contextualización de los costos en el ámbito del sistema de seguridad social analizando, con una mirada macro y microeconómica, la estructuración de entidades y servicios eficientes, viables y sostenibles.

CONCLUSIONES

Se sugiere plantear investigaciones en los temas de valoraciones económicas, financiación, tarifas y rehabilitación, ya que después de la revisión realizada, son muy escasos y limitados los estudios que se evidencian en este campo. Este artículo pretende ser un preámbulo de una investigación formal que se realiza actualmente en la Universidad del Rosario sobre un estudio de costos de las actividades que están relacionadas en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) para los profesionales de fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional con el objeto de evaluar a corto plazo los hallazgos y continuar por esta línea de exploración.

PALABRAS CLAVE

Costos de la atención en salud, rehabilitación, financiamiento de la salud, administración financiera. (Fuente: DeCS, BIREME).

ABSTRACT

The General System of Social Security in Health (SGSSS) formulates a free competition that should be framed in a market "irregular" as is that of the services of health. This challenge implies that the human resource of the sector, among them that of Rehabilitation, be made aware of the importance of the Financial Integral Management and with its studies detailed of the costs that the installment of the respective implies its Services. This article presents a contextualización of the costs in the environment of the system of social security is presented analyzing, with a vision Macro and Microeconomic, the estructuración of companies and sustainable, viable, and efficient services.

CONCLUSIONS

Is suggested to present investigations in the themes of economic appraisals, financing, rates and Rehabilitation, since after the revision carried out, they are very scarce and limited the studies that are shown in this field. This article, intends to be an introduction, of a formal investigation that is carried out at present in the Rosario University on a study of costs of the activities that are related in the Unique Classification of Procedures in Health (CUPS) for the professionals of Physiotherapy, Speech Therapy and Occupation Therapy for the purpose of evaluating short-term the finds found and to continue for this line of exploration.

KEYWORDS

Health care costs, Rehabilitation, Financial Management, Financing (Source, MeSH, NLM)

INTRODUCCIÓN

A diferencia de países como España, Francia, Inglaterra y Estados Unidos, calificados como desarrollados, donde se han elaborado estudios para el conocimiento y control de los costos de la atención de los servicios de

salud (1), en países emergentes, como Colombia, la identificación y conteo del costo constituyen dos aspectos poco analizados. La escasez de información relativa a los costos en salud, especialmente en rehabilitación, se convierte en un problema prioritario para la conformación, financiación y equilibrio financiero de las organizaciones y los profesionales que dedican su quehacer a la atención de usuarios que consultan con una necesidad que debe ser resuelta por el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el ámbito de la rehabilitación funcional: fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología. Esta problemática se ve influenciada por dos circunstancias: en primer lugar, el desconocimiento de las formas para identificar los elementos que hacen parte integral del costo y, en segunda instancia, la imposibilidad de determinar los montos económicos que conlleva la producción de los diferentes servicios, de acuerdo con los elementos directos e indirectos que están presentes en la operativización del servicio.

Este artículo presenta una aproximación a la importancia del estudio de costos dentro de un análisis financiero, en la prestación de servicios de rehabilitación funcional, previstos en la normatividad de seguridad social en salud en Colombia (2), bajo los principios de efectividad y eficiencia.

En primer lugar, este documento hace una contextualización general del tema financiero en el marco del SGSSS. Con base en esta ilustración se resalta la importancia de los estudios de costos en la prestación de servicios de salud en especial en el ámbito de la rehabilitación funcional con una mirada macro y microeconómica, que lleva a considerar el papel fundamental que juega el profesional en rehabilitación que incluye dentro de su quehacer, estrategias de gestión integral financiera que llevan al mejoramiento continuo y a la viabilidad de los servicios. Este artículo de reflexión propone ampliar la gama de investigaciones que en el tema de financiación-rehabilitación se puedan generar, como una valiosa herramienta de la administración moderna, para la conducción económica y la valorización adecuada de los servicios prestados en estas áreas.

EL MODELO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

La Constitución Política de Colombia de 1991 reconoció la salud como un derecho fundamental (3) y un servicio público. Ante este reconocimiento, el SGSSS, a través de marcos normativos contemplados en la Ley 100 de 1993, considera como objetivo fundamental lograr eficiencia, eficacia y efectividad en la gestión del Estado en la prestación y cobertura de los servicios de salud y su mejoramiento continuo (4).

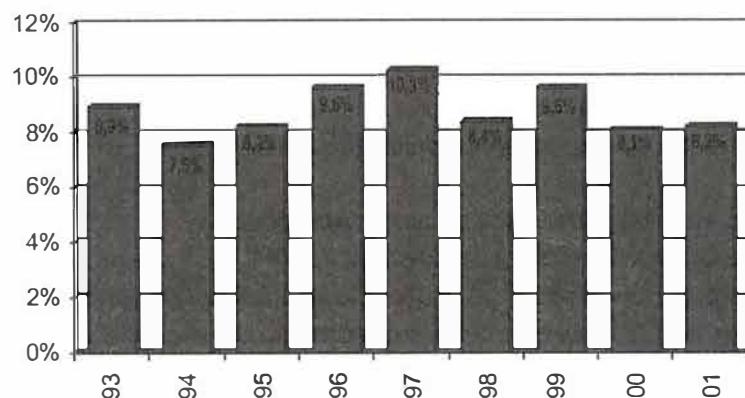
Los servicios, al igual que los bienes, se rigen por leyes de mercado y éstos a su vez por teorías de precios. En una economía capitalista, el mecanismo libre de los precios determinados por las leyes de la oferta y la demanda, guía las acciones de los agentes económicos y decide qué producir, cómo producir y para quién producirlo. En los mercados donde hay competencia, este mecanismo es muy eficiente para asignar los recursos. El mercado de bienes y servicios de salud es, posiblemente, el más imperfecto de todos los mercados (5). Algunos autores han señalado que la economía del sector salud es una "economía anormal", donde no funcionan las leyes del mercado (6).

De ahí que las tarifas que conducen a los ingresos, por la realización de las actividades, en este caso en rehabilitación, no responden a un minucioso estudio de costos o de mercadeo y dado que la toma de decisiones está intrínsecamente relacionada con la asignación de recursos, se evidencia un desequilibrio financiero en estos servicios.

Nuestro país ha desarrollado un sistema de salud que posee una gran debilidad en los mecanismos de financiación, con procesos de transformaciones profundas de corte neoliberal que según la experiencia vivida, afectan en gran medida las actividades que generan gastos sociales.

Parte de esta premisa se evidencia en el gráfico 1, que muestra el comportamiento del PIB que se dedica a salud, el cual creció entre 1994 y 1997 pero que inició un descenso desde este año, presentando un curso fluctuante entre 1998 y 2002.

Gráfico 1. Gasto en salud como porcentaje del PIB (7)



Fuente: Departamento Nacional de Planeación, proyecto Cuentas Nacionales.

Antes de la reforma, el gasto en salud como porcentaje del PIB fue del 4%, del cual 1,8% corresponde al sector público y 2,2 % al sector privado. Posterior a la reforma, existen incrementos notables (8). Colombia pasó de dedicar cerca de 6,6 billones de pesos al sector salud en 1996 a 13,8 billones pesos en 1998, cifras que corresponden al 9,1% y 10,8% del PIB, respectivamente (9). Sobre el gasto de bolsillo de los colombianos no se tiene información confiable, aunque se estima oscila entre 3 y 4 billones de pesos (10). El gasto público *per cápita* en salud casi se cuadruplicó, pasando de aproximadamente 24 mil pesos en 1990 a 85 mil pesos en 1999 (pesos constantes de 1996). El gasto público total representa entre el 3% y 4% del PIB. Aproximadamente el 40% del total de dicho gasto corresponde al gasto central (Minsalud, entidades adscritas a Minsalud, Fondos de Inversión Social, aportes al Fondo de Solidaridad y gastos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). Cerca del 53% de todo el presupuesto público destinado a la salud corresponde a los recursos territoriales, situado fiscal, rentas cedidas, rentas propias y los recursos municipales obtenidos de su participación en los ingresos corrientes de la Nación, y, finalmente, el 7% restante a los regímenes especiales (11).

Cada vez es más claro y se hace más evidente que el modelo de salud que manejamos desde hace varios años, no es el más adecuado ni para generar los mejores resultados de salud, ni para ser realmente eficientes con los costos. Este modelo, por razones históricas, mantiene su foco en la prestación de los servicios y no en el continuo del cuidado del paciente dado por la promoción, la prevención, el énfasis en el resultado de salud y la rehabilitación; todo dentro del mismo cuidado integral. Realmente los sistemas de salud en el mundo han sido tradicionalmente sistemas de enfermedad, pues han estado centrados principalmente en la persona que ya la padece y no en la persona sana (12).

Si nuestro sistema estuviera enfocado en prevenir la enfermedad, se encontraría evidentemente una disminución significativa de los costos de ésta, pues los costos estarían dirigidos a la educación en salud, al fomento de los estilos de vida saludable y a disminuir los factores de riesgo que afectan las condiciones de salud del colectivo, generando rentabilidad social.

¿EL ESTUDIO DE COSTOS Y LA EVALUACIÓN ECONÓMICA SERÁN LA SOLUCIÓN?

Los estudios de costos son una de las más poderosas herramientas de la administración moderna para la conducción económica de todo tipo de

organización, se trate de empresas de bienes o de servicios. Como lo afirmara Fernández en el 2002 (13) "Un sistema de información de costos finalmente nos llevará a dejar de «copiar», «palpitá» y nos permitirá actuar como Empresarios".

Mediante un sistema de contabilidad de costos, el profesional puede determinar los costos reales de un servicio en particular, de las instalaciones de servicio o de un programa. En conclusión, podrá confiar en la veracidad de los costos que se generan y en la evaluación financiera de su departamento o servicio.

De esta forma, la finalidad de esta evaluación financiera y este análisis de costos es:

1. Establecer los precios para las actividades desarrolladas en los servicios de rehabilitación con el fin de incorporarlos en los manuales tarifarios vigentes.
2. Comparar la información de costo y la efectividad de los diferentes insumos y elementos que conforman una intervención (14).
3. Precisar la viabilidad y sostenibilidad de una actividad desde el punto de vista económico.
4. Medir la eficiencia económica y señalar dónde hay reservas sin explotar.
5. Motivar la contención de costos de manera ágil y científica.
6. Conducir al aprovechamiento óptimo de los recursos.
7. Mejorar la eficiencia en el talento humano que realiza intervenciones.
8. Señalar los recursos potenciales de racionalizar, sin afectar indicadores de salud, ni la calidad de la atención (15).

Cuando se habla de evaluaciones financieras o estudios de costos en las áreas de salud, estas gestiones se relacionan con actividades de información contable, administración financiera, obtención de recursos de financiación, que son totalmente ajena para la gran mayoría del personal de la salud, que tiene un alto grado de conocimiento científico especializado, pero que poseen poco entrenamiento y conocimiento acerca de las implicaciones económicas que tiene cada uno de los elementos con los que interactúa diariamente.

¹ Intervención: definida como "todas las acciones donde se agregue valor para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de una persona o de la comunidad".

Al reflexionar en el financiamiento como base de los procesos de cambio para mejorar la situación de salud, se evidencia que las carencias son financieras, por lo cual las instituciones buscan más ingresos. Sin embargo, al no solucionar las deficiencias administrativas de la organización, esta inyección de recursos solo incrementará las ineficiencias. Es indudable que son necesarios los recursos adicionales, pero también debe fortalecerse la capacidad para hacer un uso racional y eficiente de los mismos.

De esta forma, los ingresos no son la causa principal de los problemas financieros de los servicios de rehabilitación. De hecho, la gestión en salud mantiene una fuerte tendencia a establecer, entre recursos y problemas, una relación de causa y efecto, ubicándose a la productividad en un plano de suma importancia, minimizando la posibilidad de priorizar la calidad sobre la producción.

Al interior de los servicios de rehabilitación, el mejoramiento continuo de la eficiencia representa una opción para incrementar la productividad de sus servicios, ampliar la cobertura, mejorar la calidad e incrementar la equidad. En este contexto, los estudios e instrumentos para determinar los niveles de eficiencia y costos no tienen un valor en sí mismos (si se lo toma como un elemento de control), sino dentro de una política más amplia de incremento de cobertura y eficiencia de los servicios, para lo cual la estimación de costos y los perfiles de eficiencia son instrumentos esenciales para el monitoreo, la evaluación y el mejoramiento de los servicios.

Es importante comprender que ha terminado la era de los sistemas de "demanda abierta" en los que no hay conciencia de los costos de producción, donde la disponibilidad de recursos no constituye una preocupación y los proveedores de servicios no enfrentan límites presupuestarios (16).

Hasta hace algún tiempo los analistas de proyectos y los responsables de decisiones prestaban particular atención a los aspectos macroeconómicos de las intervenciones y planes de salud. Actualmente se introduce el análisis macroeconómico donde la ubicación de los fondos en el sector salud se debe ajustar a la capacidad económica del país, analizando los métodos usados para lograrlo, incluyendo la efectividad de las intervenciones seleccionadas en el logro de la salud, eliminación de los costos innecesarios y además, la implementación y vigilancia de la calidad de los servicios (17). En épocas de estrechez financiera hay que hacer todo lo posible por utilizar los recursos de manera atinada y equitativa.

Kodjo, en el Foro Mundial de la Salud de 1992 (18), señala que "el método macroeconómico brinda una perspectiva relativamente amplia de los recursos disponibles para la asistencia y permite evaluar la importancia

de las relaciones entre el sector salud y otros sectores de la economía. El buen estado de salud aumenta la productividad en todos los sectores, mientras que las buenas condiciones económicas y sociales (ingresos, comida, abastecimiento de agua, educación, etcétera) mejoran el estado de salud." Desde antes de la reforma en el SGSSS en Colombia, Arredondo (19) manifiesta que "la economía de la salud (como nueva ciencia) plantea la eficiencia como un objetivo prioritario, lo cual justifica y obliga a la revisión de los esquemas operativos tradicionales y brinda además elementos que reducen los criterios subjetivos para la toma de decisiones. Su gran logro es la articulación de las prioridades epidemiológicas y las económicas con el fin de identificar las mejores opciones en la asignación de los recursos disponibles".

Sin embargo, Somner (20), en su estudio "Una atención de salud de costo no controlado", señaló que, hasta el momento, "la experiencia internacional demuestra que los pacientes no pueden regular los gastos del sistema de salud por medio de la demanda y que estos gastos están estrechamente relacionados con el nivel de vida". No obstante, los gobiernos, al facilitar información sobre la eficacia en función de los costos, pueden contribuir a que los consumidores de salud, los que prestan servicios y los aseguradores, adopten decisiones más apropiadas.

Es por ello que resulta necesario hacer partícipes a los profesionales en rehabilitación de los costos de cada una de sus intervenciones, e involucrarlos en las decisiones que desde el punto de vista financiero deben tomarse para el sostenimiento económico del sector. Esta mirada debe darse desde la perspectiva macroeconómica del país y microeconómica del sector salud.

Los datos sobre costos pueden ayudar a reconocer diversos problemas en las operaciones y a planificar los servicios con miras al futuro. Al utilizar la información sobre costos, pueden tomarse medidas a fin de mejorar la eficiencia y productividad de las operaciones, controlar los cambios y evaluar las implicaciones financieras de las metas y objetivos de los servicios. Sin embargo, la información sobre costos es solamente un ingrediente en el diagnóstico de los problemas, y debe ser vista en relación con los productos y la calidad de los mismos.

Estas consideraciones nos llevan a concluir que los profesionales de rehabilitación deben preocuparse por la gestión integral financiera de su respectivo quehacer, donde se involucren todos los actores del proceso, quienes deben actuar como gerentes del área, responsables no solo del resultado clínico sino también del financiero.

Por ser la evaluación financiera y los estudios de costos parte de la solución a la búsqueda de cualificación de los servicios de rehabilitación, es de gran importancia que se centren las investigaciones y los estudios futuros en estas áreas; para contestar preguntas como ¿cuáles son los costos directos e indirectos en la rehabilitación funcional?, ¿cómo se estudian los costos en rehabilitación?, ¿cuál es el método más apropiado para determinar los costos en rehabilitación?, entre otras, para así realizar avances en la materia y estructurar la organización de los servicios, basados en unas tarifas reales que den cuenta del recurso humano que labora allí, así como todos los elementos fijos y variables que componen la ejecución de las actividades, permitiendo que los profesionales ofrezcan servicios acordes con las necesidades de los usuarios, sin sacrificar las condiciones de calidad que se deben exigir en estos casos.

De otra parte, sólo con el estudio de costos se encontrará un argumento para orientar, seguir y evaluar las políticas, planes y proyectos que en el ámbito de la rehabilitación funcional y por ende la rehabilitación integral, se formulen en pos del mejoramiento continuo de estas áreas.

La evaluación financiera está, entonces, orientada a proveer los recursos necesarios que garanticen la viabilidad de los servicios y el cumplimiento de su misión; así, las propias áreas son las que proponen los ajustes que deben introducirse para mejorar la productividad y la eficiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vienomen M, Włodarczyk W. Health care reforms on the European scene evolution, revolution or seesaw? *World Health Statistics Quarterly*. 1993;46(3):166-69.
2. Ley 100 de 1993. Congreso de la República de Colombia.
3. República de Colombia, Constitución Política de Colombia. Arts. 49,79,95-2,356,365. Citado por Madrid Malo M, Diccionario de la Constitución política de Colombia. 2 Edición. Bogotá. 1998. Define el Derecho a la Salud como el "Derecho fundamental de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. [...] La

atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado". Diccionario de la Constitución Política de Colombia.

4. Bibliomed. Cómo crear una institución prestadora de servicios de salud bajo la legislación colombiana. [Internet] Disponible en www.healthlatinamerica.com Consultado en mayo, 2005.
5. Arrow K. Existence of an equilibrium for a competitive economy. Revista Econométrica 22:265-290. Bogotá, 1954.
6. Rathe M. Economía de la Salud. Conceptos básicos. Fundación Plenitud. República Dominicana; agosto 2002. | Castaño, A. Elementos fundamentales del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que incide en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC. Fundación Corona. Área de la Salud. Bogotá, mayo 2002.
7. Departamento Nacional de Planeación. Gasto en Salud como porcentaje del Producto Interno Bruto. Proyecto Cuentas Nacionales de Salud, 2002.
8. Castaño, A. Elementos fundamentales del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que incide en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC. Fundación Corona. Área de la Salud, Bogotá, mayo 2002.
9. Ibid.
10. O''Meara G. Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto de salud en Colombia. Fundación Corona. Banco Interamericano de Desarrollo. Cendex. Universidad Javeriana. Bogotá, 2003.
11. Enríquez A, Castilla M, Acosta N. Narrativa sobre la reforma del Sistema de Salud en Colombia. Núcleo de acopio, apoyo y difusión de las iniciativas de las reformas. Instituto Nacional de Salud Pública. Marzo 2000.
12. Castaño S. Calidad y costos en salud, ¿compatibles? Revista Hospitalaria. Colombia. 1999; 54-56.
13. Fernández Y. Métodos de evaluación económica aplicados a salud. Rev Venezolana Salud, [Internet] Disponible en www.gestionsalud.com. Consultado en enero, 2004.
14. Mukodsy M. Elementos para la implantación y uso del sistema de costos en Salud. Revista Cubana Med Gen Integr. 2000; 285-287.
15. Márquez P. Centro de costos de Salud. Experiencia en países de las Américas. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 1990;109(2):111-33.

16. Vienomen M. Op.cit. p. 3.
17. Kodjo E, Carrión G. Financiación de la asistencia médica: aspecto parcial de un vasto problema. Foro Mundial de la Salud 1992;13 (2/3):166-71.
18. Arredondo A, Cruz C, Hernández P. La formación de recursos humanos en economía de la salud, México. Educación Médica y Salud 1991; 25(3):254-67.
19. Somner J. Una atención de salud de costo no controlado: La experiencia en Suiza. Foro Mundial de la Salud 1985; 6(1): 3-10.

