

Costos en Medicina

Costs in Medicine

Manuel Ige-Afuso

El análisis de costos representa solo una forma parcial de evaluación económica a menos que se trate de un análisis de minimización de costos. Aun así, hay que definir la perspectiva desde la cual se hace dicho estudio puesto que no es lo mismo determinar los costos desde el punto de vista de la sociedad, de los sectores, de las instituciones o de las personas. En general se define 'costo' como todos los recursos sacrificados o perdidos para alcanzar un objetivo preciso.⁽¹⁻¹⁰⁾ Estos recursos a su vez tienen varias categorías de gastos que se conceptúan como egresos. No siempre los recursos sacrificados de dicha sociedad, sector, institución, etc., serán los mismos por lo tanto los resultados de los costos no serán siempre iguales. Esta es la razón por la cual siempre se debe tener en cuenta la perspectiva desde la cual se costea.

De manera habitual, la mayor parte de personas interpretan los costos como los ocasionados por los costos primos pero en realidad no es así. Por ejemplo, cuando alguien compra un producto a 0,80 y lo vende a 1,00, podría pensar que la utilidad es de 0,20. Pero, en realidad no está contando todos los elementos restantes que se usan para vender ese producto y que al final intervienen en los costos según la definición, como es el caso de la luz, el agua, el teléfono, la administración, etc. Asumamos que para vender ese producto se utiliza 0,1 de luz; 0,1 de agua; 0,1 de teléfono; y, 0,2 por la administración. Entonces, al sumar los 0,80 que costó el comprar el producto más 0,5 (0,1 + 0,1 + 0,1 + 0,2) de los otros gastos se tendría como resultado 1,30 y lo que ha ocurrido es que no se ha ganado 0,20 sino que por el contrario se está perdiendo 0,30. Por ello, es necesario averiguar los costos totales y de esa manera tener una base para tomar mejores decisiones.

La pregunta que surge del ejemplo anterior para el estudio que queremos hacer es ¿qué elementos se deben incluir a los costos primos? Y, luego, ¿cuántos de aquellos se tienen que

agregar a dichos costos primos? Para lo primero, lo que se tiene que realizar es la clasificación y organización de todos los elementos que producen gastos y que intervienen directa o indirectamente en el costeo que se quiere realizar y desde qué perspectiva se va a trabajar. Para lo segundo, se puede agregar una cantidad porcentual de costos asociados y de esa manera contabilizar todos los recursos utilizados.

Existen diversas formas de clasificar costos. Así, por ejemplo, Hodgson⁽¹¹⁻¹³⁾ clasifica los costos del enfermo y la enfermedad desde una perspectiva comunitaria en:

- Costo directo total: miden el valor del cuidado médico usado en prevenir, diagnosticar y tratar una enfermedad particular.
- Costo directo neto: gasto neto incurrido como resultado de la enfermedad.
- Costo indirecto: pérdida de rendimiento por el cese o reducción de la producción debido a morbilidad y mortalidad.
- Costo psicosocial: amplia variedad de deterioro en la calidad de vida.

A diferencia de Ellwood⁽¹⁴⁾, Fonseca⁽¹⁾ y Alvarado⁽¹⁵⁾ clasifican los costos de la siguiente manera, basado en el proceso de atención al paciente:

- Costo directo: gastos de médicos y otro personal asistencial, así como gastos en diagnóstico, tratamiento y procedimientos (análisis, radiología, medicinas, centro quirúrgico, etc.).
- Costo indirecto: gastos de nutrición, lavandería, ropería, archivo de historias clínicas, etc.
- Costo de *overhead*: administración, entrenamiento, limpieza, transporte, etc.

Tenemos por lo tanto varias formas de costear. En el caso del artículo que se publica en la presente edición⁽¹⁶⁾, el costeo

Médico Intensivista. Director del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima.

realizado es básicamente el del gasto por medicamento. Se podría asumir que es un análisis de minimización de costos si aceptamos que la meta u objetivo es solo reducir la hipertensión arterial y si consideramos que los medicamentos tienen la misma adherencia y bioequivalencia, que los pacientes tienen iguales comorbilidades y que los resultados de una mejoría en la salud son iguales y con reducción equivalente de las complicaciones. Del estudio en mención se puede desprender que el gasto de bolsillo es menor con el uso del medicamento con la Denominación Común Internacional frente al de marca comercial y que ambos tuvieron un pobre control de la hipertensión arterial. Y, curiosamente, el antihipertensivo más barato y recomendado como fármaco de primera línea para el tratamiento de la hipertensión arterial tiene una bajísima prescripción.

Respecto a otro artículo publicado en el número anterior⁽¹⁷⁾, diremos que es similar pero en otro contexto. El gasto no depende del gasto de bolsillo del usuario sino de la institución pagadora o prestadora de salud. Lo importante fue que el objetivo terapéutico –control de la hipertensión arterial– se logró en un alto porcentaje debido al alto grado de adherencia que genera la accesibilidad gratuita a los medicamentos prescritos y a la disponibilidad constante de las mismas en razón al bajo costo de su adquisición institucional. Además, se establece una razón costo/prescripción que es una razón entre proporciones para hacer un índice integrado de aquellos fármacos que costaron menos y fueron más prescritos, o que costaron más y fueron menos prescritos. Este índice funciona dentro de un rango determinado puesto que si uno de sus extremos resulta exorbitante puede que no proporcione la información que se espera.

Volviendo a las líneas iniciales, cuando hablemos de costos en medicina debemos establecer primero desde qué perspectiva lo vamos a hacer. En los dos trabajos mencionados, en uno el paciente costea su tratamiento y en el otro el costo del tratamiento antihipertensivo lo asume la institución. En este último caso, el tratamiento no es realmente gratuito por cuanto a los miembros titulares de la institución les descuentan por planilla un monto que va para las prestaciones de seguridad social. Lo dejamos allí. Ahora, si lo vemos desde el punto de vista del objetivo –control de la hipertensión arterial– se desprende de los dos trabajos que

será mucho mejor cuando se asegure la disponibilidad del medicamento a los pacientes, si no gratuitamente por lo menos a un costo mínimo.

Resumiendo, es interesante notar que estos temas que relacionan la salud con la economía se vienen desarrollando gradualmente en nuestro medio; y, esperamos que los estudios crezcan en cantidad y calidad para así conocer objetivamente nuestra realidad ya que al contar con varios sistemas de salud (Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, práctica privada, seguros privados, etc.) no podemos hacer generalizaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fonseca RJ, Espinoza A. Manual de administración financiera para gerentes de salud. Washington, USA: OPS, 1ª. ed., 1996, p 8-14, 29-42.
2. Horngren CT, Foster G. Contabilidad de Costos, un enfoque gerencial. México D.F.: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., 6ª. ed., 1987, p 23-40, 468-489, 1083-1098
3. Kohler EL. Diccionario para contadores. México D.F.: Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana, 1ª. ed., 1976.
4. Polimeni RS, y col. Contabilidad de costos: concepto y aplicaciones para la toma de decisiones gerenciales. Bogotá (Colombia): McGraw-Hill, 2ª. Ed., 1989, p 157-159.
5. Cashin JA, Polimeni RS. Fundamentos y técnicas de contabilidad de costos. Bogotá (Colombia): McGraw-Hill, 1ª. ed., 1981, p 894.
6. Vásquez JC. Costos. Buenos Aires (Argentina): Editorial Aguilar, 1ª. ed., 1988, p 29, 263.
7. Backer M, y col. Contabilidad de costos un enfoque administrativo para la toma de decisiones. México D. F.: McGraw-Hill, 1ª. ed. 1988.
8. Bach JR, Vitale AM. Costos, teoría y práctica. Tomo I. Buenos Aires (Argentina): Editorial Bach, 1975, p 17.
9. Anderson HR, Raiborn MH. Conceptos básicos de contabilidad de costos. México D.F.: Editorial Continental, 1ª. ed., 1980, 12ª. Reimp. 1992, p 43, 54, 129, 132-135, 144-145, 178.
10. Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas: La contabilidad de costes: conceptos y metodología básicas. España: Editorial gráfica Ortega, 2ª. ed., 1992, p 11-13, 48-49.
11. Hodgson TA, Meiners MR. Cost-of-illness methodology: A guide to Current Practices and Procedures. *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society* 1982;60(3):428-462.
12. Hodgson TA. Cost of illness in cost-effectiveness analysis. A review of the methodology. *PharmacoEconomics* 1994;6(6):536-552.
13. Hodgson TA. The State of the Art of Cost-of-Illness Estimates. *Advances in Health Economics and Health Services Research* 1983;4:129-164.
14. Ellwood S. Cost methods for NHS. *Health care contracts Research studies*, London: The chartered institute of management accountants, 1992, p 12-13.
15. Alvarado B. Análisis de costos de los servicios de salud. Ministerio de salud del Perú. 1997, p 59-62.
16. Juárez-García M, Ortiz-Saavedra PJ, Gutiérrez-Fernán-Segarra L, Casas-Castañeda J. Patrón y costo del tratamiento antihipertensivo para pacientes ambulatorios en un hospital general. *Rev Soc Per Med Interna* 2008;21(1):
17. Rivas-Chávez J, Gutiérrez-Villafuerte C, Rivas-Legua, J. Tratamiento y costos de la hipertensión arterial no complicada. *Rev Soc Per Med Interna* 2007;20(4): 139-144.