

Análisis de Costos del Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica dentro del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Por Claudia Andrea Cuomo



Contadora Pública Nacional por la Universidad de Buenos Aires. Magister en Economía y Gestión de la Salud por el Instituto Universitario ISALUD.

Se desempeña como Administradora de Recursos Desconcentrados en el Hospital Tornú de Buenos Aires y es docente de "Contabilidad y Finanzas" en la Maestría en Economía y Gestión de la Salud del IU ISALUD.

1. Introducción

El análisis de costos en una institución sanitaria, especialmente si se trata de un hospital público, adquiere siempre una significación especial por las particularidades y complejidades que implica el mero cálculo de los mismos, en especial por la cantidad de costos indirectos que presenta la actividad hospitalaria, lo que implica un complejo trabajo de distribución y asignación.

Después de algunos meses de trabajo en los que se realizó una investigación exploratoria (entrevistas, investigaciones de campo, investigación documental, recolección, procesamiento y análisis de datos) dentro de un hospital perteneciente al Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CBA), se ha logrado determinar el costo medio de los tratamientos de una patología determinada, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), incurridos en el año 2004, con el objeto de realizar un análisis de costos que pueda ser utilizado como herramienta de gestión.

En este trabajo se intenta determinar cual de las alternativas de tratamiento de la IRC, resulta la de menor costo. Para ello se consideraron las alternativas de tratamiento que actualmente se utilizan en el sistema de salud del Gobierno de la CBA, la hemodiálisis y el trasplante renal.

Para arribar a la conclusión de este trabajo fue necesario calcular los costos medios unitarios de dichas alternativas, información que además resulta útil a la gestión y al mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

Conocer los costos de las prestaciones de salud en un Hospital Público presenta numerosas ventajas, ya que brinda información útil para conocer el desempeño de los servicios, para medir su producti-

* La versión completa de esta tesis está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

vidad, y para aplicar medidas de control con relación al costo y la producción.

Considerando el escenario actual en el que se espera una mayor disponibilidad de órganos para trasplante, a raíz de la entrada en vigencia de la Ley N° 26.066 (Ley del "Donante Presunto") y sabiendo que los recursos siempre serán escasos para satisfacer la demanda creciente de prestaciones de salud, se espera que este trabajo constituya un aporte relevante tanto para la búsqueda de la eficiencia en la asignación de los recursos como para los niveles gerenciales, pudiendo utilizarse como base de presupuestación.

Este trabajo también puede contribuir al cumplimiento de las siguientes metas:

- Elaborar una herramienta de gestión que contribuya con el mejor aprovechamiento de los recursos.
- Generar información que permita introducir criterios racionales en la asignación de recursos.
- Elaborar un patrón de referencia y comparación con otras Unidades de Nefrología.
- Desarrollar una herramienta que permita medir el desempeño de la unidad analizada y su productividad.

2. Descripción del Problema

El sistema de Salud del Gobierno de la CBA esta conformado por 33 hospitales, dentro de los cuales, salvo en algún caso aislado, no se han realizado análisis de costos por patologías, como se pretende hacer en el desarrollo de esta investigación, habiéndose elegido la IRC porque ésta plantea dos alternativas de tratamiento bien diferenciadas, la hemodiálisis y el trasplante renal, con costos dispares y calidad de vida muy dispar.

En suma, se analizan los costos de las alternativas para el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica que se utilizan en los hospitales del Gobierno de la CBA, la hemodiálisis y el trasplante renal. Sin desconocer que las alternativas de tratamiento de la IRC son tres, cuando se habla de comparación y de análisis de alternativas, se refiere sólo a las dos mencionadas.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Este trabajo está delimitado al Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" que depende de la Secretaría de Salud del Gobierno de la CBA. Se analizarán los datos resultantes de los gastos y la producción del mismo, considerando específicamente la unidad de Nefrología, en el año 2004.

El Argerich se encuentra emplazado en el barrio de La Boca, en la Zona Sur de la CBA, y se distingue del resto de los hospitales públicos por realizar cirugía vascular de alta complejidad (trasplante renal, trasplante hepático, trasplante cardíaco, cirugía pancreática, videolaparoscópica, neurocirugía, cirugía cardiovascular, cirugía espi-

nal, tratamiento de la obesidad mórbida, electrofisiología) y ser el único efector público para adultos que realiza trasplantes renales, hepáticos y cardíacos.

Elevado a la categoría de "Hospital General" el 28 de octubre de 1904, el Argerich, ha sabido convertirse en uno de los hospitales públicos de adultos de referencia tanto en el nivel nacional como en el internacional.

El hospital brinda atención ambulatoria en 37 especialidades, a través de sus 126 consultorios externos, y cuenta con 402 camas distribuidas en 18 salas de internación, una de ellas es exclusiva para trasplantes, con 25 camas. Actualmente cuenta con una dotación de personal de 1.919 personas.

De acuerdo a la información procesada por la División Estadística del Hospital, en el año 2004 se realizaron 850.590 consultas externas, de las cuales 371.427 (42%) fueron a través de la Guardia, y el resto por consultorios externos. Esto arroja un promedio de 3.522 consultas diarias considerando que la guardia prestó servicios durante 366 días (el año 2004 fue bisiestro) y los consultorios externos atendieron pacientes durante 250 días hábiles.

En el caso de los Egresos, durante el año 2004 se produjeron 14.526, con un porcentaje de ocupación de camas del 86,07% y un promedio de 8,7 días de estada.

También se produjeron 19.963 intervenciones quirúrgicas, 2.671 partos (de los cuales 1.997 (75%) fueron partos normales), y 287.130 prácticas profesionales.

En el año 2004 el hospital tuvo un presupuesto de \$ 73.859.084 que incluye sólo gastos operativos, ya que las inversiones en equipamiento no forman parte del presupuesto del hospital, lo que representa el 6,63% del total del presupuesto del área de Salud de la Ciudad.

El Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich constituye una "institución habilitada para trasplante" de acuerdo a lo registrado en el Sistema de Información del INCUCAI, se encuentra habilitado en los siguientes "Programas de Trasplante": Hígado, Corazón y Riñón y Uréter. En el año 2004 se han realizado en todo el país, 1.121 Trasplantes, de los cuales 761 (67,9%) fueron de riñón, (573 de donante cadavérico y 188 de donante vivo relacionado), lo que demuestra el peso relativo que tiene este tipo de trasplantes con respecto al resto.

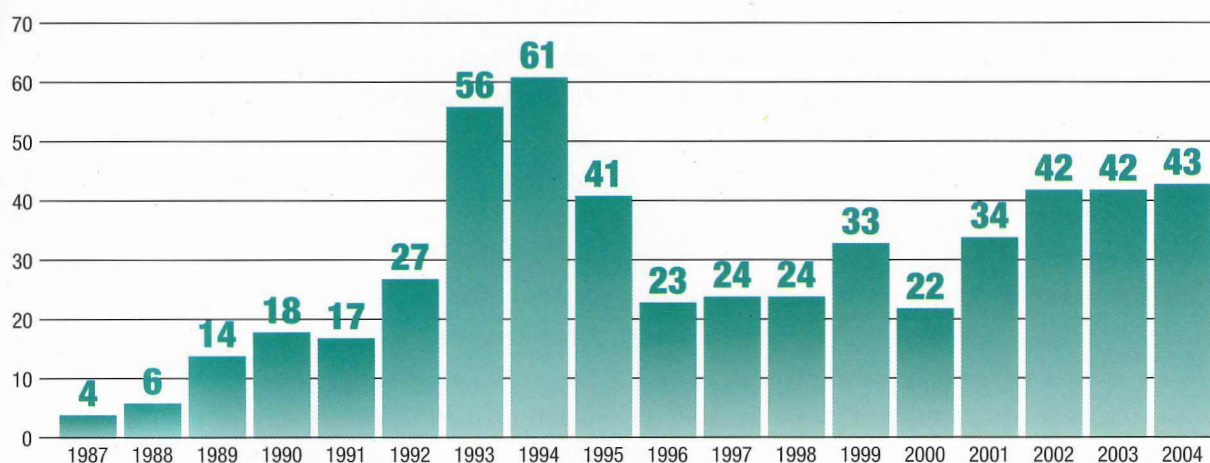
En el Gráfico 1, puede verse la evolución en la cantidad de pacientes trasplantados (adultos) en el Argerich desde el inicio del Programa de Trasplante Renal, según los datos estadísticos de la unidad de Nefrología del hospital.

Si bien la tendencia es el aumento de los trasplantes, la misma no es constante, a causa fundamentalmente de la falta de donantes, situación que se espera que varíe a partir de la modificación de la Ley de Ablación e Implante de Órganos.

Esto quedó demostrado en los años 1993 y 1994, donde se observa un aumento considerable de trasplantes, ya que se había establecido que de todas las ablaciones que se producían dentro de la CBA,

Gráfico 1

Evolución de la cantidad de trasplantes Hospital Argerich. 1987/2004



Fuente: Elaboración Propia en base a los datos obtenidos

uno de los riñones ablacionados estaba destinado al sector público, esto es, al único hospital público que realizaba (y realiza) trasplantes, el Argerich. Esta disposición sólo pudo aplicarse en esos dos años, pero muestra claramente el inmediato aumento de los trasplantes cuando hay disponibilidad de órganos para tal fin.

Con respecto a los pacientes dializados, actualmente hay alrededor de 170 pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis (adultos) por insuficiencia renal crónica en hospitales públicos de la CBA, distribuidos principalmente en tres centros, el Argerich (60 pacientes) el Hospital Dr. Juan Fernández (50 pacientes) y el Hospital Dr. Carlos Durand (50 pacientes).

En ningún caso un paciente que requiera hemodiálisis puede permanecer sin recibir tratamiento, por lo tanto cada vez que se presenta uno, indefectiblemente debe ser incorporado en alguno de los hospitales que prestan este servicio; esto no resulta sencillo ya que los hospitales funcionan casi al 100% de su capacidad instalada.

Población Afectada

De acuerdo a la información suministrada, en 2004 había 1.599 pacientes domiciliados en CBA bajo tratamiento de hemodiálisis. El Sistema de Salud del Gobierno de la CBA en el año 2004 brindaba tratamiento de hemodiálisis a 170 personas, esto es el 10,63% de del total de pacientes registrados.

Según los datos enviados por Argentina al Registro de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, el número de pacientes en tratamiento al 31 de diciembre del año 2001 fue 19.841, de los cuales 15.641 pacientes (78,83%) se encontraban en hemodiálisis; 200 pacientes (1%) en diálisis peritoneal y 4.000 pacientes (20,17 %) vivían con un riñón transplantado funcional.

Esto implica que había 536 pacientes por millón de habitantes bajo alguna de las alternativas de tratamiento de la enfermedad. En cuan-

to al trasplante renal, Argentina tenía en el año 2001 una tasa de 12,8 trasplantes renales por millón de habitantes.

La población bajo tratamiento se incrementa en una proporción mayor que la población total latinoamericana (aproximadamente un 12% por año versus 1.5%), y las tasas de prevalencia e incidencia continúan aumentando año a año.

Esto conlleva un aumento de la demanda, tanto de las sesiones de hemodiálisis como de los trasplantes. En el caso de las sesiones de hemodiálisis, actualmente la capacidad instalada está funcionando casi al 100%, por lo que para lograr un aumento en las prestaciones ofrecidas se debería realizar una inversión en estructura, tanto de equipamiento como de recursos humanos. En el caso de los trasplantes, existe suficiente capacidad para soportar un aumento de las prestaciones.

A la vez, esto remarca la necesidad de desarrollar medidas destinadas a prevenir o retardar la progresión de la enfermedad renal, como el único camino para reducir el número de pacientes que necesitarán tratamiento en el futuro. Además son necesarios mejores programas de procuración con el fin de mejorar el *pool* de donantes cadavéricos.

Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos

Este trabajo adquiere una relevancia adicional considerando la entrada en vigencia, en los próximos meses, de la Ley N° 26.066, de Trasplante de Órganos y Tejidos, pudiendo realizarse, por ejemplo, un análisis del impacto económico resultante de la aplicación de la misma. La Ley N° 26.066, denominada "Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos" introduce modificaciones a la Ley N° 24.193, y fue sancionada en el mes de Diciembre de 2005.

La modificación más importante que introduce esta ley es aquella por la cual se considerará donante a toda persona mayor de diecio-

cho años, que no haya dejado constancia expresa de su oposición, asimismo, la norma determina que cuando una persona mayor de 18 años no se expresó a favor o en contra de donar sus órganos en vida se le pedirá la opinión a su familia, que deberá transmitir cuál era la voluntad del fallecido. La prioridad la tendrá el cónyuge, luego los hijos, después los padres, hermanos, nietos y abuelos. En caso de que el fallecido sea menor de edad, la ley establece que si no hubiera padres ni representante legal la decisión debería ser tomada por el pariente consanguíneo hasta el cuarto grado.

En la Argentina hay en la actualidad 5.700 personas en lista de espera para un trasplante de órganos, de acuerdo con datos del Incucai. Antes de la modificación de la ley sólo el 15 por ciento de quienes estaban en lista de espera veían satisfecha su demanda. Se espera que en tres años ese número se reduzca a la mitad.

En nuestro país, recién en el año 2004 se alcanzó la tasa de 8,1 donantes reales por millón de habitantes, después de que en agosto de ese año se pusiera en marcha un plan federal de procuración y trasplante, que contó con el asesoramiento del creador del exitoso sistema español, el Dr. Rafael Matesanz.

Con la aplicación de una ley similar, España aumentó considerablemente la cantidad de donantes y de donaciones. En 2003, se registraron 33,9 donantes reales de órganos por cada millón de habitantes. Un aumento del 50 por ciento respecto a la cantidad de personas fallecidas que donaron efectivamente sus órganos diez años atrás. Y los trasplantes se incrementaron: los hepáticos se duplicaron en los últimos diez años.

El plan español también se afirmó en la continua capacitación a médicos y enfermeros, la mejora en la calidad y la seguridad de los trasplantes y en la constante difusión con la participación de las asociaciones de pacientes, con una fuerte campaña cultural por la cual la mayoría de la gente se hizo consciente de la importancia de ser donante.

Una de los principales puntos a tener en cuenta son los principales prejuicios que tienen las personas alrededor de los trasplantes, que tienen que ver con la muerte y el tráfico de órganos; y para ello el mejor antídoto es la información, la educación y la formación de una conciencia cívica solidaria.

La ley de consentimiento presunto para donar órganos tiene antecedentes en otros países, fundamentalmente en Europa, donde España, Francia, Bélgica, Finlandia, Suecia y Alemania ya la están implementando.

Esta modificación supone una mayor cantidad de donantes, y por lo tanto una mayor cantidad de órganos con posibilidad de ser utilizados para realizar trasplantes, cuyo aumento provocará indefectiblemente la necesidad de analizar la disponibilidad y la redistribución de los recursos económicos aplicados al tratamiento de la IRC, análisis que resultará impracticable si no se conocen los costos del tratamiento de la enfermedad.

Planteamiento del Problema

Existen varios estudios que han realizado Análisis Costo Efectividad de las intervenciones para pacientes con IRC, y que concluyen en que el trasplante renal es la mejor opción terapéutica para el tratamiento de esta enfermedad, ya que es la que brinda una mejor calidad de vida a los pacientes.

Partiendo de esta premisa, este trabajo se plantea el siguiente problema: conociendo el costo medio de las posibilidades de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica utilizados dentro del Sistema de Salud del GCBA, esto es la hemodiálisis y el trasplante, ¿Cuál sería el impacto económico a mediano y largo plazo de utilizar una u otra alternativa, en la medida en que fuera posible optar, considerando las condiciones del paciente?

De este problema, se puede desprender el **objetivo general** de esta tesis: Evaluar el impacto económico, a mediano y largo plazo, de la utilización de las opciones de tratamiento (la hemodiálisis y el trasplante) de la IRC dentro del Sistema de Salud del Gobierno de la CBA, a través de la comparación de los Costos Medios Unitarios de dichas alternativas para el año 2004.

Los estudios epidemiológicos demuestran un crecimiento constante de las personas afectadas por IRC, pero ni la oferta de servicios de salud ni los recursos disponibles para responder a esta demanda creciente aumentan en las mismas proporciones.

Como ya se ha demostrado, el trasplante renal es la alternativa de tratamiento de la IRC que ofrece una mejor calidad de vida para el paciente. Si además se considera que el trasplante es la opción de menor costo, como se pretende demostrar en este trabajo, entonces el reemplazar la hemodiálisis por la opción del trasplante, en aquellos pacientes con condiciones clínicas adecuadas, contribuirá con un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles para el Sistema de Salud del Gobierno de la CBA, lo que permitirá responder en una mayor medida al crecimiento de la demanda.

3. Metodología

Este trabajo responde a las características de una Evaluación Económica, y, dentro de los diversos tipos de evaluación, se enmarca dentro de los lineamientos del Análisis de Costos.

Se plantea un estudio cuantitativo, observacional y retrospectivo, ya que se analizan datos del año 2004, de tipo Estudio de Caso, desarrollado en el Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" integrante del sistema de Salud del Gobierno de la CBA. El caso es representativo y relevante ya que el Argerich es el único efector público de trasplantes de adultos, por lo que debe atender la demanda de todos los habitantes de la CBA.

Se utilizaron las siguientes técnicas de recolección de datos:

– Investigación de campo: como esta investigación se centró en la recopilación de datos sobre un caso puntual, se obtuvieron datos de producción y costos reales, de los registros existentes en los

sectores del hospital relacionados con el tema en cuestión.

- Entrevistas: se realizaron entrevistas con diversos Jefes de los Servicios del hospital, como el de la Unidad de Nefrología, y los Jefes de Servicios de los Centros de Costos Intermedios, a fin de recabar información sobre el funcionamiento y los recursos que se utilizan en los mismos.
- Investigación documental: fue necesario analizar el Presupuesto de la Secretaría de Salud del Gobierno de la CBA, y el Informe Final de Relevamiento del Proyecto 3.04.03.a de la Auditoría General de la CBA.

4. Análisis de los datos e interpretación de los resultados

En este punto se describe el procedimiento realizado para calcular los costos medios unitarios de las prestaciones objeto de análisis, esto es, una sesión de hemodiálisis y un trasplante renal en el Argerich para el año 2004, con el objeto de realizar un análisis comparativo entre ambos.

El costo medio unitario se obtuvo dividiendo el costo total de cada centro de costo final ya definido, por el número de unidades producidas por cada uno.

Para obtener los costos medios unitarios de las prestaciones analizadas se realizaron las siguientes actividades:

- 1) Elaboración del Cuadro de Costos Totales del Hospital para 2004.
- 2) Distribución de los Costos Totales por centros de costos.
- 3) Aplicación del método de la "Distribución en Cascada".
- 4) Cálculo de los Costos Medios Unitario.

1) Elaboración del Cuadro de Costos Totales del Hospital para el año 2004

El insumo principal para la aplicación de un sistema de costos es la información, sobre gastos y sobre la producción de las diferentes u-

nidades hospitalarias. No contar con información fehaciente puede hacer que todo el proceso por el cual se obtienen los costos medios unitarios fracase, por lo que la información que se recopila debe ser confiable y pertinente, y debe proveer de fuentes apropiadas.

La información que se utiliza para calcular los costos debe cumplir con ciertos requisitos como la oportunidad, la simplicidad, la claridad y la utilidad para ser confiables; requisitos que se tuvieron en cuenta cuando se recopiló la información necesaria para desarrollar esta investigación.

La metodología que se aplicó va de lo general a lo particular, esto es partiendo de los costos totales y a través de varios procesos de distribución e imputación, llegar a los costos unitarios.

Por lo tanto el primer paso implica la elaboración de un Cuadro de Costos Totales (Tabla 1), partiendo del gasto ejecutado por el hospital en el año 2004.

El Gobierno de la CBA utiliza la modalidad de "Presupuesto por Programas" para estimar sus ingresos y programar y ejecutar sus gastos.

Dentro del Presupuesto de la Secretaría de Salud, los hospitales constituyen Unidades Ejecutoras, a través de las cuales se ejecutan varios programas, los que tienen presupuestados sus correspondientes gastos; de esta manera la información acerca del gasto presupuestado y ejecutado por cada hospital durante el año es accesible y confiable ya que se obtiene del sistema presupuestario integral del Gobierno de la Ciudad.

2) Distribución de los Costos Totales por centros de costos

El paso siguiente consiste en distribuir los Costos Totales 2004 (Tabla 1) entre los Centros de Costos del Hospital.

Para determinar los centros de costos del Argerich se tuvieron en cuenta los siguientes requisitos que debe reunir una determinada unidad:

- Debe ser una Unidad mínima de gestión
- En la misma se debe realizar una actividad homogénea

Tabla 1:
Costos Totales 2004

Costos totales	Importe	%
Recursos humanos	\$ 44.299.102	59,978
Insumos médicos	\$ 21.337.853	28,890
Limpieza, aseo y fumigación	\$ 2.358.345	3,193
Mantenimiento y reparación de edificios y equipamiento	\$ 2.254.293	3,052
Servicio de comidas, viandas y refrigerios	\$ 1.661.539	2,250
Energía eléctrica	\$ 594.014	0,804
Teléfono y redes informáticas	\$ 431.194	0,584
Gastos pagados por Cooperadora	\$ 252.396	0,342
Alquileres equipos y servicios varios	\$ 233.773	0,317
Agua	\$ 224.468	0,304
Gas	\$ 161.741	0,218
Útiles de oficina y gastos varios	\$ 50.366	0,068
	\$ 73.859.084	100%

Fuente: Elaboración Propia en base a los datos obtenidos.

- Debe poseer objetivos propios
- Debe contar con recursos humanos y económicos asignados
- Debe existir un responsable de su funcionamiento
- Debe contar con una localización física determinada

En base a estos requisitos se identificaron los centros de costos dentro del hospital, clasificados según sean centros de costos finales, intermedios o estructurales:

- Centros de Costos Finales.
- Centros de Costos Intermedios
- Centros de Costos Estructurales

El paso siguiente fue realizar la "Imputación Primaria", esto es distribuir los Costos Totales, que pueden verse en la Tabla 1, entre los Centros de Costos ya definidos. Así, se identificaron los costos directos e indirectos, siendo los primeros aquellos que pueden relacionarse directamente con un producto, proceso o sector del hospital, y que se asignaron directamente al Centro de Costos en que se utilizan, mientras que los costos indirectos son aquellos que no pueden identificarse con un producto, proceso o sector del hospital, por lo que se asignaron en función de algún criterio de distribución previamente definido.

3) Aplicación del método de la "Distribución en Cascada"

Efectuada la distribución primaria, se procedió a redistribuir los costos de los centros de costos estructurales e intermedios en los centros de costos finales.

Para ello se utilizó el método de "Distribución en Cascada", que consiste en repartir el costo total de cada uno de los centros de costos estructurales e intermedios, en función de qué produce cada centro, para que luego de realizada la distribución en cascada quede el total de costos asignado a los centros de costos finales.

Luego de aplicar la metodología de "Distribución en Cascada" se obtuvieron los Costos Totales por Centros de Costos Finales.

4) Cálculo de los Costos Medios Unitarios

Con los datos obtenidos en el punto anterior para determinar el costo total de cada uno de los centros de costos finales y considerando la producción del Servicio de Nefrología del año 2004, se obtienen los costos medios unitarios de dicha producción (Tabla 2).

La información económica no sólo debe evaluarse en paralelo con un mínimo de estándares de calidad de la atención para que los resultados sean más contundentes, sino que además los resultados de toda evaluación económica deben realizarse en función de la demanda de servicios que genera cada tipo de intervención en un período determinado, evaluación que podrá garantizar un análisis comparativo válido en función de identificar cuál de las intervenciones es de menor costo. El estudio realizado es el caso típico donde la evaluación económica debe considerar la perspectiva clínica y de mercado para identificar los servicios requeridos para una intervención específica en un período determinado. De otra manera se corre el riesgo de tomar decisiones a partir de los resultados de costo por evento sin tomar en cuenta dos aspectos relevantes: la demanda real del servicio y las repercusiones económicas del manejo anual por intervención. Las decisiones al margen de estos dos aspectos incrementarán la ineficiencia en los patrones de asignación de recursos y por consecuencia, la ineficiencia en el uso de los recursos para producir servicios y en el financiamiento de los mismos.

Para considerar los costos por evento, se procedió a anualizar los costos relacionados con las sesiones de hemodiálisis, de manera que la comparación de los costos de ambas alternativas se ve en la Tabla 3.

Considerando estos costos se observa que en un año las sesiones de hemodiálisis resultan menos costosas, pero como debemos considerar el tratamiento completo, además de estos costos unitarios deben considerarse otros conceptos, como los siguientes:

- Los costos que debe afrontar el paciente en hemodiálisis: como por ejemplo el transporte hasta el hospital, al que debe concurrir 3 veces por semana (un mínimo de \$ 250 anuales considerando el pasaje en transporte público) y la dieta diferenciada (para compensar los efectos de la hemodiálisis).
- El costo de la medicación post trasplante: este costo no es afrontado por el paciente, (ya que está previsto que sea cubierto por la seguridad social o por el estado), que debe consumir esta medicación de por vida, si bien va disminuyendo con el transcurso del

Tabla 2
Cálculo de los Costos Medios Unitarios

Producto	Costos Totales 2004	Producción 2004	Costo Medio Unitario
Sesión Hemodiálisis	\$ 1.499.818	8.652	\$ 173,35
Trasplante Renal	\$ 2.109.042	43	\$ 49.047,49

Fuente: Elaboración Propia en base a los datos obtenidos

Tabla 3
Costos de alternativas

Costo unitario por sesión de hemodiálisis:	\$ 173,35
Costo anual (2004) del tratamiento de hemodiálisis, considerando 13 sesiones mensuales:	\$ 27.042,60
Costo del trasplante renal:	\$ 49.047,49

Fuente: Elaboración Propia en base a los datos obtenidos

tiempo, llegando a disminuir hasta un 25% en los primeros 5 años post trasplante. Hay cuatro alternativas de tratamiento de inmunosupresores, dependiendo principalmente del estado de salud del donante, cuanto más sano es el órgano trasplantado, menos necesidad de medicación para el paciente. Considerando los valores de la medicación del año 2004, y tomando los cinco primeros años de tratamiento, se estima un costo promedio de \$ 24.000, para un paciente de 60 kg. (los inmunosupresores se prescriben según los kg. de peso del paciente).

Luego de los primeros cinco años en los que la medicación va disminuyendo, el costo promedio estimado pasa a ser de \$ 21.000 por año. Tomando en consideración estos valores, en seis años se equiparan los costos de ambos tratamientos, a partir de allí un año de sesiones de hemodiálisis representa 1 año y tres meses de medicación post trasplante, por lo cual puede concluirse que el trasplante resulta la alternativa menos costosa.

Las complicaciones que pueden presentarse con cada una de las alternativas analizadas son:

- Complicaciones que pueden presentarse en pacientes que realizan tratamiento de hemodiálisis, como infecciones, trombosis, endocarditis bacteriana, shunts exagerados, etc.
- Complicaciones de las enfermedades intercurrentes, fundamentalmente diabetes, hipertensión y cardiopatías.
- Complicaciones que pueden presentarse en los pacientes trasplantados: como rechazos del injerto o reingreso a hemodiálisis (en el Argerich alrededor del 30% de los pacientes trasplantados tuvo que reingresar al tratamiento con hemodiálisis).

Otro punto importante a considerar es que las sesiones de hemodiálisis producidas por la Unidad de Nefrología aprovechan un alto porcentaje de la capacidad instalada en el hospital, situación que no sucede en el caso de los trasplantes. Analizando la información estadística de la Unidad de Nefrología puede verse que la capacidad instalada podría absorber casi un 50% más de trasplantes (en el año 1994 se realizaron 61 trasplantes). Consultados los responsables de la unidad de Nefrología del hospital estiman que podrían realizarse 75 trasplantes sin aumentar la capacidad productiva de la unidad.

Esto implica que el costo por trasplante del año 2004 está sobrevaluado, ya que existe capacidad ociosa que está siendo absorbida por el costo de los trasplantes efectivamente realizados.

En este caso el porcentaje de costos fijos es muy alto (sólo de recursos humanos es un 60%) por lo que si aumentara la producción, o sea la cantidad de trasplantes, los costos fijos por unidad de producto disminuirían considerablemente, lo que haría bajar el costo unitario.

En otras palabras, en el caso del trasplante los costos deberían analizarse desde el punto de vista del Costo Marginal, esto es cuál es el costo de producir una unidad más.

Otra utilidad que ofrece esta información es el análisis con respecto a los valores a los que el hospital factura estas prestaciones, de acuer-

do a lo establecido en la Resolución 855/2000 del Ministerio de Salud de la Nación, siendo el valor de una sesión de hemodiálisis \$ 120.- y el del trasplante \$ 14.000.-

Una parte del financiamiento de la actividad asistencial comienza a relacionarse directamente con las buenas prácticas de organización y gestión institucional; mientras que, por otra parte, los presupuestos jurisdiccionales requieren extremar las condiciones de eficiencia en el accionar de instituciones que, aceleradamente, ganan en complejidad, tanto de la oferta de servicios, como de las características de la demanda que reciben.

5. Conclusiones

Es importante destacar, que desde el punto de vista del paciente, y de acuerdo a los estudios citados, no hay duda de que el trasplante renal es la alternativa que brinda una mejor calidad de vida al paciente, tanto en su aspecto físico como social.

El paciente, como recurso humano, cuando recibe sesiones de hemodiálisis es prácticamente improductivo ya que debe pasar muchos días en el hospital (13 cada mes) cuando el tratamiento post trasplante no requiere más que dos controles anuales. Los pacientes trasplantados tienen mayores posibilidades de realizar un trabajo remunerado puesto que no interrumpen sus actividades cotidianas para dializarse.

De acuerdo al objetivo de este trabajo, focalizado en realizar el análisis de las alternativas desde el punto de vista económico, se consideraron dichas alternativas teniendo en cuenta todos los costos que implica cada una, además de los propios de la atención hospitalaria, de lo que resultó que el trasplante es la opción que resulta menos costosa.

Así, además de obtener los costos medios de los tratamientos de la IRC, en este trabajo se demuestra la utilidad de contar con esta información, y puede verse cómo de un mismo proceso de aplicación de un sistema de costos pueden obtenerse infinidad de datos útiles a la gestión hospitalaria.

La información obtenida contribuye con el gerenciamiento eficiente de los Servicios de Salud, ya que éste es un proceso en la toma de decisiones sustentada en una suma de herramientas válidas, siendo el Costo una de estas herramientas.

La asignación de recursos es un problema de equilibrio entre grupos de intereses. La forma más equitativa de realizarla es tomando las decisiones sanitarias en base a información cierta, la cual puede elaborarse con herramientas como el cálculo de costos de prestaciones hospitalarias.

Desde los niveles de decisión en el área de salud se está forjando una nueva forma de ofrecer los servicios hospitalarios buscando una estrategia para llegar a la eficacia, eficiencia y economía de los mismos. En este plano, el Cálculo de Costos aparece como forma inseparable de la Ciencia de las Decisiones.

Todo el sistema de información para la toma de decisiones tiene puntos fundamentales en el Presupuesto y en el Costo. Dentro de la Salud Pública, la tarea de los administradores es enraizar ambas ciencias con el costo y el beneficio social, y esto es de una relevancia fundamental para quien acuda a inferir e interpretar la documentación y los resultados que emanan de la aplicación de estas herramientas.

Si se analiza el presupuesto del área de salud puede verse que el financiamiento de los hospitales públicos del Sistema de Salud del Gobierno de la CBA contempla la recuperación de costos mediante la facturación a las Obras Sociales de aquellas prestaciones brindadas a pacientes con algún tipo de cobertura de salud. Conocer el costo de estas prestaciones es fundamental para determinar si los valores establecidos para facturar son razonables y suficientes para cubrir las prestaciones realizadas por los hospitales.

El objetivo primordial de quienes trabajamos en el sector salud es contribuir con el mejor aprovechamiento de los recursos de manera de lograr la equidad en las prestaciones de servicios, es por ello que este trabajo pretende difundir la aplicación y utilización de herramientas útiles a la concreción de este objetivo, como es el cálculo de costos.

6. Reflexiones finales

Los sistemas públicos de salud presentan, por definición, muchas ineficiencias, y el sistema de Salud del Gobierno de la CBA no es la excepción.

Este trabajo podría ser el punto de partida para que haya un mayor desarrollo del cálculo de costos en los hospitales públicos del Gobierno de la CBA, ya que puede comprobarse el interés que despierta esta temática en quienes gastan los recursos, o sea, los médicos jefes de los servicios hospitalarios.

Los responsables de las políticas y la administración de los servicios tienen en el análisis de costos y el de costo efectividad un instrumento que aporta información para conocer, por una parte, el valor económico de las prestaciones, y por el otro, el impacto de las mismas. El planteamiento de descentralización de los recursos demanda estar preparados para gerenciar adecuadamente los escasos recursos disponibles.

El trabajo no es fácil, pero tampoco es imposible, en general en los hospitales existe información suficiente, lo que hace falta es recolectarla y procesarla.

Es sabido que "No se puede mejorar lo que no se puede medir", por lo que para poder mejorar, puede empezarse por medir los costos hospitalarios.

Bibliografía

- Allué, R. C. Moragás Moragás, R. Rodríguez Avila, N. Pardo González, S. "El Coste de la Dependencia al Envejecer", España, Editorial Herder, 2003.
- Arredondo, A. Rangel, R. y De Icaza, E. "Costo Efectividad de Intervenciones para Insuficiencia renal crónica terminal". Revista Saúde Pública, Vol. 32, N° 6, São Paulo, Brasil, Diciembre 1998.
- Arredondo, A. Rangel, R. y De Icaza, E. "Costos de Intervenciones para pacientes con insuficiencia renal crónica". Revista Saúde Pública. Vol. 32, N° 3, São Paulo, Brasil, Junio 1998.
- Giménez, C. y Colaboradores, "Costos para Empresarios". Buenos Aires, Argentina. Ediciones Macchi, 2003.
- González Lopez-Valcárcel, Beatriz, "¿Qué hace la economía por nuestra salud?". Lección de apertura de curso 2004-2005 (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Publicación Especial Economía y Salud. AES España. Mayo 2005.
- Horngren, C. T. Fostes, G. Datar S. M., "Contabilidad de Costos, un enfoque gerencial". 10ª edición, México, Editorial Pearson Educación, 2002.
- Matesanz, Rafael. "Conferencia en la I Jornada de Divulgación para Enfermos Renales en Oviedo, España". Boletín N° 1 del Consejo Asesor de Pacientes del INCUCAI. 2003.
- Meerhoff, Ricardo. "Descentralización, financiamiento, costeo y autogestión de establecimientos de Atención Primaria de Salud: Una visión integrada". Estados Unidos, Organización Panamericana de la Salud, 1997.
- Ojeda, Jorge. Sánchez, Rodrigo. Sandoval, Elvio. Yfrán, Walter. Passerini, Claudia. Rodríguez, Milto. "La problemática de la insuficiencia renal crónica en nuestro medio", Corrientes, Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2003, de la Universidad Nacional del Nordeste.
- Páez L. Rubén y Villalobos E. Mónica, "El análisis de costos y la efectividad de las intervenciones en salud". www.Boletinaps.org/boletín/boletín6/3.html. Ecuador. 2000.
- Robbins, S. P., "Administración". 6ª edición, México, Editorial Pearson Educación, 2000.
- Schweiger, Arturo. Forlano, Jorge. "Instrumentos de gestión sanitaria y su aplicación en la auditoría de gestión". Buenos Aires, Fundación ISALUD, 1998.
- Stern, Alfredo, "La Experiencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". XII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. Córdoba, Argentina. 2002.
- Treviño Becerra, Alejandro. "Insuficiencia Renal Crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria". Revista "Cirugía y Cirujanos". Volumen 72, N° 1, Academia Mexicana de Cirugía. México. Enero - Febrero 2004.
- Vázquez, Juan Carlos. "Costos", Buenos Aires, Editorial Aguilar, 1992.
- Vilosio, Javier Oscar, "Pautas Básicas para la elaboración de costos Hospitalarios RSPS 120/99". Buenos Aires, Argentina. Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción. Secretaría de Atención Sanitaria. Ministerio de Salud de la Nación. Abril de 2000.