

**COSTOS GRD, ¿UN APOORTE A LA CRISIS DEL SECTOR HOSPITALARIO?**

**Carolina Malagón Robayo**

Docente Tiempo Completo Universidad Autónoma de Colombia,  
Docente cátedra Pontificia Universidad Javeriana.  
Investigadora - Consultora

**Area Temática:** d) Contabilidad y Control de Gestión

## **COSTOS GRD, ¿UN APORTE A LA CRISIS DEL SECTOR HOSPITALARIO?**

### **Resumen**

Ante la evidente crisis del sector salud en Colombia, se propone; a partir de implementación de un sistema de costos y la agrupación de los mismos por Grupos Relacionados de Diagnóstico; aportar al Sistema de Seguridad Social en Salud herramientas para el control, monitoreo, eficiencia, sostenibilidad y por supuesto la toma de decisiones, caso particular a la red pública de hospitales de Bogotá.

Palabras clave: IPS, Instituciones Prestadoras de Salud, GRD, Grupos Relacionados de Diagnóstico, Costos procedimientos, ABC, Costos Basados en Actividades, Costo Estándar, Estancias, CMBD, Conjunto Mínimo Básico de Datos.

INTRODUCCIÓN.....

UN PANORAMA DESOLADOR.....

¿Pero y dónde están los recursos?.....

ANÁLISIS Y DESARROLLO DE LOS GRD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

GRDs y ABC:.....

ESTUDIO DE GLOBE SALUD COMO BASE PARA ADELANTAR EL PROCESO DE

COSTEO EN LA RED HOSPITALARIA DE BOGOTÁ:.....

Observaciones hechas por GlobeSalud a propósito del sistema de costos detectac

en los hospitales estudiados:.....

CONCLUSIONES.....

BIBLIOGRAFÍA.....

## INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes retos que tiene el sector salud en Colombia es el de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de mejoramiento de salud que brinde servicios de mayor calidad, que garantice la sostenibilidad financiera de la prestación del servicio a la población demandante. (Ley 1438, 2011). Ante múltiples intentos, pareciera cada vez más crítica la situación, pese a que la cobertura ha sido mayor en algunas poblaciones, caso de Bogotá en lo referente a salud preventiva y programas de salud pública en planes de intervenciones colectivas para el fortalecimiento de hábitos y condiciones de vida que generen bienestar y desarrollo en los habitantes. Los programas que incluyen programas como el de vacunación entre otros, son una parte mínima comparada con la problemática de salud en Colombia. (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

En este documento se pretende hacer una síntesis de la situación del sector salud colombiano en la actualidad, retomando algunos documentos de análisis y diagnósticos periodísticos, además de concluir en la necesidad de aportar procesos contables y control en la gestión del sector en cuestión.

## UN PANORAMA DESOLADOR

Por tanto en el sector público como en el privado es evidente que el sector salud no es sostenible. Son muchas las instituciones prestadoras de salud que se ven obligadas a cerrar sus operaciones por la falta de liquidez y solvencia financiera, causada por el desconocimiento de la obligación, el no reconocimiento en muchos casos de la excesiva demora en los pagos y en otros el fuerte castigo de la cartera por los servicios ofrecidos en los múltiples procedimientos que deben ofrecer a personas que no cuentan con cobertura y protección. El gobierno expidió un Decreto (971 del 2011) para descongestionar y eliminar intermediarios en el reconocimiento de las Entidades Prestadoras de Servicios que operan con regímenes subsidiado para el pago directo, obstando según la ACHC Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas considera que no es funcional el decreto ya que favorece a las EPS (Entidades Prestadoras de Salud) y no a todo el sector, en especial a las que prestan el servicio directamente (Instituciones Prestadoras de Salud). (Beltrán, 2011).

Un aspecto preocupante obedece a las consecuencias en la prestación del servicio en los hospitales (IPS), en especial en las redes públicas, cuya función es prestar servicios a personas de bajos ingresos, que cuentan o no con planes de protección, tales como los desplazados, indígenas y toda la población, incluso aquellas que no alcanzan a tener

plan SISBEN<sup>1</sup>, pero que deben ser atendidos. Ante la demora en el pago y la sostenibilidad financiera, ocasionada por el deficitario modelo propuesto en el sistema de seguridad social de salud colombiano, los hospitales de la red pública han sido los más afectados, han tenido que en muchas ocasiones prescindir del servicio de trabajadores, tanto el personal de apoyo como el misional – médicos, enfermeras asistenciales, entre otros, “ha incluso tenido que solicitar de sus pacientes o mejor de familiares que reutilicen jeringas, guantes e incluso han carecido de alimentos para pacientes”, testimonio de una médica en el hospital Universitario San Jorge de Pereira previo a su cierre definitivo . (Vélez, 2010).

### ¿Pero y dónde están los recursos?

En contraste, en el país, hace unos días se descubrió un gran desfaldo en las asignaciones destinadas a los recursos de la salud nacional. Cerca de 4.5 billones de pesos por el rubro de plata de la salud de todos los colombianos, con la participación de personal vinculado al Ministerio de la Protección Social y con la aparente participación de Entidades Prestadoras de Salud, son aspectos que se están denunciando por estos días en el país (Redacción, 2011). Casos como el destino de medicamentos de enfermos terminales a quienes que nunca les llegó ya que los vendían en el mercado negro”, afirma el General de la Policía Nacional de Colombia, e incluso casos de reclamaciones de medicamentos y procedimientos a pacientes que habían fallecido, además de los sobrecostos de medicamentos superiores al 1.000 por ciento, que ascienden a 1 billón de pesos y en las que estarían involucradas entidades prestadoras de salud como Saludcoop, Cafesal Cruz blanca, entre otras, (Redacción El Planeta, 2011) eran objeto de reclamación e inspección del Fondo de Solidaridad y Garantías FOSYGA, adscrito al Ministerio de la Protección Social.

Otra noticia que nos ronda por estos días en el país es la intervención de la más grande entidad promotora de salud, Saludcoop, creada como una entidad cooperativa prestadora de servicios de salud, con más de 4.5 millones de afiliados, cuestionada por invertir recursos de la salud en otros propósitos y negocios diferentes al sector salud, tales como equipos de fútbol (Equidad), centros vacacionales (Villa Valerie, en los llanos orientales) financiado por proveedores de la EPS, compañías y cooperativas proveedoras de Saludcoop, como empresas de confecciones de ropa hospitalaria, de seguridad informática, y de comercialización, que desvirtuaban los recursos de la salud en otras actividades, perdiendo la razón de ser de la EPS y promoviendo la ineficiencia en la prestación del servicio de salud: el caso se evidencia en que tenían saldos de \$308.000 millones de pesos de deudas a proveedores y bancos con moras, faltantes en caja por \$627.000 millones de pesos, entre otros evidentes y comprobados hechos (SEMA 2011) que cuestionan el adecuado manejo de los recursos asignados al sector salud.

---

<sup>1</sup> Instrumento que permite el ordenamiento de personas y familias de acuerdo a su estándar de vida cuyo objetivo es ofrecerles beneficios de subsidios de programas sociales, la salud entre ellos. Cobertura de riesgos en salud mediante beneficios de atención contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).

colombiano; todo esto al margen de la deficiente prestación del servicio, que innumerables de demoras en la asignación y atención de citas, procedimientos llevados a cabo con deficiente calidad, y procesos desgastantes como las tutelas para que acceda a prestar procedimientos de alto costo, que tienen que pasar por filtros de aprobación excesivos y exhaustivos, en donde la prestación del servicio llega incluso a practicar cuando el paciente ha fallecido. (El Tiempo, 2011)

Todos estos sucesos nos hacen reflexionar acerca de nuestra condición de contadores públicos quienes de alguna manera damos fe pública y somos los responsables por la emisión y comprobación de la veracidad y buen manejo de los recursos de las organizaciones. Quise desarrollar una propuesta enfocada en nuestro alcance y limitaciones, que es necesario reconocer, ante muchas causas que generan el panorama desolador del sector salud colombiano, una posible propuesta que coadyuve al control del costo primario en el costo y consumo de los recursos de la salud estaría enfocada en el montaje y el montaje de un sistema de costos que sea capaz de brindar información que permita, además de ser la base para la toma de decisiones, para la designación de precios de servicios y su consecuente negociación de tarifas, ser la fuente de control y monitoreo y seguimiento de los recursos asignados al sector de la salud, en especial a las instituciones prestadoras de salud, IPS, redes de hospitales públicos de Bogotá, y nuestro caso particular.

Por tanto, se hará en primer lugar un estudio de los hallazgos de costeo de salud en Colombia, enfocándonos en la red pública de Bogotá, para identificar cuál sería el sistema que cumpla con los requerimientos de las Empresas Sociales del Estado de Bogotá ESEs.

#### **OBJETIVOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE COSTOS HOSPITALARIOS EN LA RED DE DE BOGOTÁ:**

Los objetivos principales que debe satisfacer un sistema de costos hospitalarios son los siguientes:

1. Fijación de tarifas: Información confiable y completa que le permita negociar con otras contratantes.
2. Análisis de valor agregado y eficiencia de las actividades.
3. Análisis de capacidad ociosa: Para mejorar niveles de productividad haciendo mejor uso de la infraestructura disponible y en general el de los costos fijos de la entidad.
4. Cálculo del punto de equilibrio: Para establecer los niveles mínimos de actividad que se requieren para recuperar los costos y con ello establecer las actividades que se deben estimular, en las que las IPS son fuertes y se deben especializar.

aquellas que se deben eliminar o replantear. Esto con el enfoque de fortalecer redes hospitalarias de Bogotá. (Duque Roldán, Gómez Montoya, & Os Agudelo, 2009b, págs. 495-525).

5. Medición de estándares para identificar variaciones (comparación – benchmark que identifique las mejores prácticas) y de ésta manera propender por la eficiencia en las actividades desarrolladas por las empresas sociales del Estado. Mediante el control del costo, la planeación presupuestaria, la fijación de precios, entre otros.
6. Sistemas de calidad; un sistema de costeo que permita identificar la racionalización del recurso obviamente mediante una adecuada prestación de servicio, donde no sólo se analice el aspecto “costo” en la prestación del servicio sino que se combinen otros factores que pueden ser la diferencia en el servicio, el valor agregado y diferenciador que distinga las prácticas del hospital frente a sus competidores, sin pretender “comercializar la salud”.

#### **SISTEMAS O METODOLOGÍAS DE COSTEO EN SALUD:**

Existen varias técnicas aplicadas en Colombia y en el mundo, del uso de estas metodologías puede depender la optimización de la información con miras a la búsqueda del sistema de costeo como una herramienta apropiada para la verdadera toma de decisiones. Entre otras se encuentran las más reconocidas y utilizadas dentro del sector como:

1. Costeo Basado en Actividades ABC: Dentro de las múltiples ventajas que ofrece este método es facilitar la efectiva identificación y asignación de los costos indirectos a los productos, servicios. Esta metodología permite identificar los recursos, asignándolos a las actividades y por último al objeto del costo (Edwards 2008). Permite también identificar los costos de la capacidad no utilizada, el mejoramiento en los procesos, la medición de la rentabilidad por actividad y por paciente y por supuesto la estimación del costo. Dentro de sus limitantes está que algunos costos no son posibles de asignar a las actividades, por tanto habría que hacerlo primero a los departamentos y el análisis del costo versus el beneficio de algunas actividades, en el sentido de que sea más costoso identificar el costo de una actividad que la actividad misma. No obstante para ello se proponen métodos como el análisis de histogramas por frecuencias de las actividades que tengan mayor incidencia no sólo en el costo sino también en cantidades.

“Esta es una de las metodologías más utilizadas en la actualidad por su alta aceptación y mayor credibilidad para el cálculo, la gestión de los costos y su estrecha relación con el direccionamiento estratégico, la cual genera mejor información para la toma de decisiones y la gestión empresarial; de hecho en Colombia, existe una regulación específica según la cual esta metodología debe ser aplicada en todas las empresas prestadoras de Servicios Públicos Domiciliarios; en el sector de la salud, se utiliza en combinación con el costeo absorbente al momento de proponer

herramientas para el cálculo de costos (Programa de Mejoramiento, Ministerio Salud, 1999)". (Duque Roldán, Gómez Montoya, & Osorio Agudelo, 2009b, pág. 50 "Asimismo, la Federación Internacional de Contadores IFAC en su *Estudio "Perspectivas de la Contabilidad de costos en el sector público"*, sugieren el ABC como una de las metodologías de costeo que deben utilizar los entes públicos incluido el sector salud, por sus grandes bondades". (Duque Roldán, Gómez Montoya, & Osorio Agudelo, 2009b, pág. 501)

2. Costeo por Protocolos: Técnica frecuente que permite identificar el estándar de consumo de un determinado procedimiento. Es una herramienta que se aplica el costeo ABC o el costeo absorbente, al momento de calcular los costos reales para comparar las variaciones. (Duque Roldán, Gómez Montoya, & Osorio Agudelo, 2009b, pág. 501).
3. Costos por proceso: Muy utilizada en el sector salud, dado que se pueden definir y separar los procesos misionales en forma relativamente fácil, no obstante involucra procesos administrativos que pueden representar un valor determinado dentro de la estructura de las entidades.
4. Costeo por paciente /patología: Requiere un sistema de información complejo que permita registrar los costos para cada uno de los pacientes. Lo desarrolló el hospital San Vicente de Paul con el ERP de Servinte Clinical Suite. En la actualidad están emigrando a SAP.
5. Grupos relacionados de diagnóstico – GRD: Un Grupo de Diagnóstico Relacionado, es el conjunto de pacientes con una enfermedad clasificada etiológicamente (por su causa y sus manifestaciones), que demanda diagnósticos y tratamientos similares y consume cantidades similares de recursos. (Gómez Montoya, 1997). En consecuencia, los pacientes se agrupan en categorías homogéneas de acuerdo a la función de las características clínicas que presenten y de los procesos a los que tendrán que ser sometidos, formándose así grupos de "isoconsumo" de recursos (Fresneda, 1998).

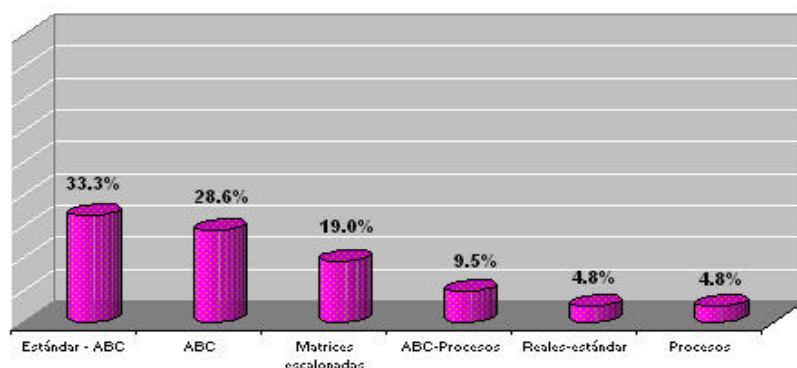
Los Grupos Relacionados de Diagnóstico al igual que los protocolos son herramientas que le sirven a las metodologías de costeo para mejorar el cálculo del costo y llegar a niveles de detalle más profundos, sin embargo no podrían clasificarse como metodologías de costeo. (Duque Roldán, Gómez Montoya, & Osorio Agudelo, 2009b, pág. 502). *(El resaltado es propio)*.

#### UTILIZACIÓN DE METODOLOGÍAS DE COSTEO MÁS FRECUENTES:

A pesar de lo que se pueda considerar, en Colombia son varias las entidades hospitalarias que utilizan sistemas de costeo basados en actividades, estándar – ABC y otras con matrices escalonadas, como es el caso de las ESEs de Bogotá. (Ver cuadro adjunto).



## Metodologías de costeo utilizadas en las entidades de salud



Tomado de: ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE COSTOS UTILIZADOS EN ENTIDADES DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA Y SU UTILIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES. (Duque, Gómez. U. de Antioquia, 2009 pág. 508).

En la gráfica se observa que de las entidades encuestadas en la ciudad de Medellín, 44% del sector público y 52% del sector privado, un total del 33% utilizan una combinación entre estándar y ABC, sin embargo no registran las variaciones dentro de la contabilidad como tampoco se optimiza el ABC, ya que no la utilizan como herramienta de gestión.

## LOS GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO COMO OPCIÓN DE COSTEO

A mediados de los años sesenta 60s, en la Universidad de Yale se desarrolló un sistema mediante el cual clasificaban a los pacientes en grupos de acuerdo a su nivel de complejidad, basados en el diagnóstico principal, para determinar datos aproximados de días estancia y recursos asignados para cada paciente, tratando de estandarizar alguna manera los costos relacionados con suministros por días de estancia hospitalización. Para tal fin, se basan en bases de datos suministradas idealmente por la Historia clínica única digital, quien es la que almacenaría (en teoría) todos los datos requeridos para agrupar por diagnóstico, esta clasificación se denomina Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). El ideal es que entre más información se obtenga del CMBD mejor será el costeo del paciente o GRD. A continuación el mínimo básico de datos y cómo poder extraer la información y generar el costo GRD: (Ministerio de la Protección Social y Gesaworld, 2007)

1. Número de Historia Clínica
2. Fecha de nacimiento
3. Sexo
4. Fecha de ingreso
5. Diagnóstico (acorde con la Clasificación Internacional de Enfermedades: Modificación Clínica (CIE-9 - MC)<sup>2</sup>
  - a. Principal
  - b. Otros diagnósticos
6. Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos
7. Otros procedimientos
8. Fecha de egreso
9. Circunstancias de egreso

En Colombia, hospitales como el San Vicente de Paúl, ya cuentan con una estructura su CMBD de 27 datos que incluyen además de los relacionados arriba, otros como costos (consumos y valores) de insumos, costeo de mano de obra (tiempos y valores), y otros elementos del costo que no se contemplan en el conjunto inicial propuesto por el Ministerio de la Protección Social, y que son de gran impacto para un GRD más asertivo y decisivo para la toma de decisiones.

Un concepto elemental para la medición del GRD es el peso relativo o peso relativo correspondiente a dividir el costo total de los pacientes hospitalizados por GRD entre el número total de pacientes.

$$\frac{\text{COSTO TOTAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS}}{\text{NÚMERO TOTAL DE PACIENTES}}$$

Ejemplo: Para un peso medio de \$1.200.000

Los costos de categoría GRD- 250 (fractura, esguince, desgarre y luxación de antebrazo, mano y pie, con comorbilidad EPOC), corresponden a \$450.000,00, entonces el peso equivalente es: \$ 0.375

Por tanto el costo del GRD sería:

--

<sup>2</sup> Publicación de la Organización Mundial de la Salud, utilizada a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad. Diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación estadística. Su origen se encuentra en la "lista de causas de muerte" cuya primera edición se realizó en 1893, publicada por la OMS en 1948, ahora van en décima versión. (Organización Mundial de la Salud en, 2011).

$$\text{Costo del GDR} = \frac{\text{costo del centro de costo de hospitalización}}{\text{suma (altas X peso medio de cada GRD de cada especialidad)}} \times \text{p del GRD}$$

Los datos de GRD sugieren llevar a cabo análisis de días promedio de estancia comparaciones con respecto a otros pacientes y otros hospitales del mismo grupo relacionado de diagnóstico. A continuación algunas fórmulas que se podrían extraer análisis de la información por GRD.

### ANÁLISIS DEL GRD

ESTANCIA PROMEDIOS  
AJUSTADA POR  
FUNCIONAMIENTO

$$\text{EPAF} = \frac{\text{suma (Ng x EMSg)}}{\text{suma Ng}}$$

Ng = número de casos por GRD

EMSg = Estancia media estándar por GRD

Cuando el EPAF es superior al EMS, entonces la casuística es más compleja según el tiempo de hospitalización.

Índice de casemix =  $\frac{\text{EPAF}}{\text{EMS}} > 1$  = mayor complejidad

EMSg = Estancia media estándar por GRD

EPAC = Estancia promedio ajustada por casuística

Cuando el EPAC es inferior al EMS, entonces habría mayor eficiencia.  
(El deber ser...)

Índice de Funcionamiento =  $\frac{\text{EPAC}}{\text{EMS}} < 1$  = mayor eficiencia

En estos análisis se tiene en cuenta la medición de la eficiencia en cuanto al tiempo estancia promedio estándar frente al tiempo de estancia ejecutado.

Se parte del principio de costeo estándar para medir un concepto dado en tiempo hospitalización ó estancia, sin tener en cuenta de alguna manera las especificidades tales como el suministro de insumos por paciente, el suministro de tiempos para llevar a cabo los procedimientos durante la estancia, entre otros. lo que garantizaría de alguna manera

llevar a cabo un mayor control sobre los recursos suministrados a los pacientes diagnosticados por grupos relacionados.

Es en este sentido en el que se hace importante determinar una buena estructura conjunto mínimo básico de datos, que permita analizar y arrojar una información compleja y completa que de alguna manera sean la base para tomar decisiones a nivel interno en los hospitales. Por lo tanto, una de las conclusiones que se sugieren en el presente documento es que necesariamente para clasificar Grupos Relacionados Diagnóstico, GRD, es necesario tener un adecuado sistema de costos, que esté acorde con las necesidades del sistema de seguridad social y de salud colombiano, esto es, se tengan datos suficientes para gestionar y controlar los recursos clasificados por cada uno de los elementos tradicionales del costo, en un sistema que ampare y sea capaz de suministrar información pertinente y eficaz relacionada con los consumos de recursos, procedimientos y por qué no por pacientes.

#### **DE LA INCOMPATIBILIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE COSTEO GRD POR LA VÍA COSTEO DE ACTIVIDADES:**

Uno de los documentos que profundiza el concepto de GRDs, es el que elaboró el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, como producto de un estudio que se realizó mediante una prueba piloto de varios hospitales, el cual manifiesta la importancia de trabajar mediante GRDs, apoyados por sistemas de contabilidad de costos confiables y vanguardia, como lo es el Costeo Basado en Actividades. A continuación algunos aspectos que ponen de manifiesto mi afirmación:

#### **ANÁLISIS Y DESARROLLO DE LOS GRD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:**

El país vasco ha desarrollado desde el año 1987 el establecimiento del Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.), aceptado por el Comité Nacional Estadístico de EEUU, recomendado por la Comisión de las Comunidades Europeas, llegando a un 92% del total de altas generadas y codificadas con el C.M.B.D. El documento muestra los resultados de la identificación de los procedimientos relativos de los procesos desarrollados en los centros hospitalarios basados en GRD, desarrollados a partir del aplicativo que suministra 3M.

El enfoque del GRD, permite la comparación entre hospitales a través de una amplia gama de recursos y resultados, evaluando la tasa de mortalidad de los pacientes hospitalizados, sirve para la contratación regional de pacientes hospitalizados, entre otras ventajas.

Vale la pena destacar que toda la distribución y metodología implementada en la Resolución DDC-000005 de octubre de 2009, modificada mediante Resolución No. DDC-000001 de febrero de 2011, se basó en el documento emitido por el Sistema Nacional de Salud.

Salud, 1999 y en el informe "Manual de Contabilidad de Costos" emitido por GlobeS: en el Proyecto "Modernización de los Servicios de Salud de Bogotá (CO-T1009).

#### GRDs y ABC:

El documento del Sistema Nacional de Salud, hace una apreciación del sistema Costeo Basado en Actividades, destacando su importancia y enunciando también llegar a costeo por actividades es posible, sin embargo, llegar a costeo por paciente altamente costoso y complejo. Lo mismo manifestó el profesor Ardila, contador de Costos del Hospital San Vicente de Paul, sin embargo, el hospital insigne de la implementación de GRD en Colombia hizo el proceso completo, es decir costeo por centro de costos, procedimiento o por actividad (sin ser costeo ABC) y por paciente, arrojando un estado de ganancias y pérdidas por paciente.

En nuestro país el costeo ABC en el sector salud ha sido categorizado como un sistema casi imposible de implementar, debido a la multiplicidad y variedad de casuísticas que generan las actividades en salud, además por el alto nivel de cultura de costeo que implica no sólo una plataforma donde se puedan interactuar todos los sistemas de información desde todos los puntos de atención al paciente, sino de la cultura organizacional en donde cada funcionario esté en condiciones de suministrar información y sea consciente de la importancia que esto conlleva para la conformación del sistema de costos. No obstante, se plantea en este escrito la opción de costear "procedimientos", basados en protocolos de atención ó procedimientos únicos establecidos en el CUPS. (Clasificación Única de Procedimientos en Salud).

A continuación el texto en donde el SNS de España hace la referencia mencionada:

"Por otra parte, una forma razonablemente rigurosa (si se realiza adecuadamente convenientemente simplificadora es medir la producción sanitaria en unidades de GRD (Grupos Relacionados de Diagnóstico) objetivo fundamental en este proyecto. El GRD, al recoger, un amplio elenco (más de 600) de patologías y tipos similares de pacientes, puede determinar una gama muy amplia de productos realizados por un centro hospitalario, y fundamentalmente homogénea en cuanto al consumo de recursos para pacientes similares, y sostenible razonablemente en el tiempo. Ello permite, por una parte aprovechar las ventajas de análisis de realizaciones y la comparabilidad que presenta el sistema ABM, e igualmente permite aprovechar el potencial metodológico y riguroso contable del sistema de costes ABC. En todo caso, hay más posibilidades en cuanto a la forma de medir la producción hospitalaria, compatibles igualmente con el sistema ABC/ABM, si bien juzgamos adecuada una culminación o finalización metodológica de este sistema a través de una producción final basada en los GRD." (Sistema Nacional de Salud - SNS, 1999, pág. 36)

El estudio afirma que llevar el costeo a paciente sería "demasiado complejo y costoso" (Sistema Nacional de Salud - SNS, 1999, pág. 36).

Por último, y sin ser el menos importante, de los comentarios detectados en el documento en mención, me permitiré transcribir literalmente la conclusión del estudio del Sistema Nacional de Salud, ya que considera totalmente importante y complementario el proceso de GRDs en un sistema de Costeo Basado en Actividades:

**OBJETIVOS PARA LA SEGUNDA ETAPA I  
PROYECTO. ¿SE PODRÍA IMPLEMENTAR  
SISTEMA ABM/ABC EN EL SISTEMA SANITARIO  
Agustín Riv**

- ...Presentados los resultados del proyecto de «análisis y desarrollo de GDR's para el Sistema Nacional de Salud», el 9 de diciembre de 1.998 considero seguir desarrollando anualmente los pesos GDR's, mejora paulatinamente aquellos aspectos considerados faltos de una información precisa. De esta forma y por recomendación de diversos miembros del Consejo Interterritorial, se aumentó el número de hospitales de 18 a 44 con el objeto de que los hospitales grandes tuviesen una adecuada representación, cada uno de ellos un número no muy importante de GDR's pero si relevantes, no tuviese el suficiente número de casos para determinar su peso.

- ...En paralelo con esta mejora en el sistema de imputación de costes, se tiene un gran interés de ir desarrollando las actividades definitorias de algunos catálogos de productos intermedios y finales desarrollados y refrendados por las Sociedades Científicas.

...El interés de desarrollar nuestros propios GDR's basados en el consumo de recursos reales, está en relación con el interés que existe entre los profesionales sanitarios de desarrollar guías asistenciales, además de conocer el consumo de recursos y elaboración de las actividades que se desarrollan a lo largo del proceso de atención sanitaria, para prestar una calidad asistencial acorde con los objetivos y demanda de la población.

- ...A este respecto el concepto de actividad y el de guía asistencial, toman importancia cada vez más importante en la mejora de la calidad asistencial.

- ...El concepto de actividad se puede enclavar dentro de un proceso que tiene un determinado fin, y que persigue un objetivo global, en nuestro caso la mejora de la calidad asistencial prestada a nuestros pacientes.

El sistema de imputación de costes, ya descrito sucintamente en otra parte del libro, basado en la actividad y denominado sistema ABM/ABC ahonda en el desarrollo de la estandarización de actividades. Los términos ABM (gestión basada en la actividad) y el ABC (costes basados en la actividad) hacen referencia a un sistema de consumo de recursos basado en las actividades y estas actividades se basarán en la buena praxis que se traducirá en las guías asistenciales, donde intervienen todos los profesionales sanitarios relacionados con el cuidado de los pacientes (médicos, enfermera, auxiliar, administrativo, etc). Este sistema permite además de conocer los costes por proceso realizado, identificar servicios o centros de responsabilidad ineficientes, al poder relacionar fácilmente el consumo

recursos traducido en coste con sus causas reales, y los outputs obtenidos con los mismos, siendo de gran ayuda en la toma de decisiones.

...Este sistema de gestión basada en la actividad podría trasladarse a la práctica asistencial y se podría abrir un nuevo campo para el desarrollo de nuevas herramientas de gestión que basadas en este sistema se tradujeran en el desarrollo de guías asistenciales y en el mejor conocimiento del consumo de recursos.

...Este sistema podría dar lugar a guías asistenciales estandarizadas de calidad que estuviesen basadas en las actividades que realiza el profesional para tratar al paciente acorde con los conocimientos actuales de ciencia y en consonancia con los sistemas de clasificación de pacientes GDR's. Sistema de clasificación de pacientes utilizado en la actualidad en la gestión tanto clínica como administrativa. El documento plantea tres fases que resumidas sería así:

1. Fase I. Estructura de actividades y proceso
2. Fase II. Asignación de consumo de recurso a actividades, destacando las que generen valor al proceso.
3. Fase III. Asignación de costos estimados de manera que permita medir variaciones y de esta manera ejercer control. Definición de guías asistenciales para cada GRD. (Sistema Nacional de Salud - SNS, 1999, págs. 128-129)

## **DE LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER UN SISTEMA DE COSTEO QUE CUMPLA CON LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA LA TOMA DE DECISIONES**

Como ya se ha mencionado, los GRD son una de las formas de costear diagnóstico de pacientes hospitalizados. No obstante, es necesario llegar a dicho sistema mediante la adopción ó adecuación de un sistema que cumpla con los siguientes requisitos:

1. Mida además de los pacientes hospitalizados, los pacientes ambulatorios y Plan de Intervención Colectivos, entre otros. Es claro que para todos los niveles de atención no se utilizarían los GRD, ya que éstos resuelven diagnósticos de estancias y hospitalización mas no de servicios ambulatorios y de prevención.
2. Permita identificar los costos de cada actividad para la negociación de tarifas.
3. Permita establecer estándares de eficiencia (consumo), por lo menos, de manera que sirva de base de comparación.
4. Sea una base para el análisis de actividades que generan valor y a la vez se establezcan las más sostenibles en el proceso de implementación de servicios de redes.
5. Evalúe la incidencia de cada elemento del costo en las actividades estudiadas.

## ESTUDIO DE GLOBE SALUD COMO BASE PARA ADELANTAR EL PROCESO DE COSTEO EN LA RED HOSPITALARIA DE BOGOTÁ:

En Bogotá, se realizó un estudio por parte de una firma española denominada GlobeSalud, quienes realizaron una evaluación de la calidad de la documentación clínica en el marco del proyecto “Modernización de los Servicios de Salud de Bogotá (CO-T1) “Implantación y Desarrollo del Sistema de Información Clínica-Administrativa”, evaluando 10 hospitales de los tres niveles de atención, así:

- Vista Hermosa
- Rafael Uribe
- Usaquén
- Del Sur
- Meissen
- Bosa
- Engativá
- Centro Oriente
- El Tunal
- Occidente de Kennedy

Analizando aspectos relacionados con:

- Calidad de la Historia clínica
- Calidad de la Epicrisis
- Calidad del Rips
- Costos por proceso en hospitalización mediante GRD

### Observaciones hechas por GlobeSalud a propósito del sistema de costos detectadas en los hospitales estudiados:

#### *Algunas observaciones generales:*

- Dentro de las recomendaciones del estudio de GLOBESALUD se incluye “pactar un nivel de eficiencia a alcanzar” (Informe Globesalud.pdf pág. 21)
- Crear un grupo de trabajo para homogenizar la estructura de costos (Manual)
- Determinar los costos de la actividad ambulatoria.
- “El sistema no permite la facturación en función del tipo de prueba realizada que no existen costos por tipo de pruebas y tampoco equivalencias (Globesalud, pág. 58 y 79) Algunos hospitales en la Red ya habían iniciado sistema de costeo por producto, lo que indica que el sistema de costeo debe continuar y/o retomarse en otros hospitales, para continuar con los pactos adicionales. “Ha mejorado la información del costo de mano de obra que muy difícil de obtener en 2004.” Refiriéndose al Hospital del Sur. (Informe Globesalud.pdf pág. 99).

#### *Algunas recomendaciones al hospital de Meissen, Bosa II, Engativá, Centro Oriente entre otros:*

- Pactar un nivel de eficiencia a alcanzar.



- Establecer protocolos clínicos y costes estándar, por cada unidad de servicio del hospital.
- Crear un grupo de trabajo para homogenizar la estructura de costes (manuales de partida) Determinar los costes de la actividad Ambulatoria
- Crear un grupo de trabajo para homogenizar la estructura de costes (manuales de partida).
- Determinar los costes de la actividad ambulatoria.(pág. 169). (Informe Globesalud.pdf pág.. 127).

Este estudio le ha permitido a la Secretaría Distrital de Salud tener un diagnóstico de lo que se está haciendo a nivel Bogotá en los diferentes hospitales en materia de costo y manejo de la información. Es pertinente destacar aspectos como la homogenización de la estructura de costos, avance que se logró mediante la implementación de la Resolución DDC-000001 de febrero de 2011.

En lo pertinente a la información que serviría como insumo para agrupar por GRD, cuanto al historial clínico, RIPS y epicrisis, se ha hecho gestión para la depuración de la información en las 22 ESEs del Distrito, con avances significativos, que de alguna manera pueden ser un progreso para lograr el CMBD (conjunto mínimo básico de datos requerido para GRD, no obstante no es pertinente aún tomar la información como punto de referencia en todos los hospitales, aspecto que deberá mejorar para el objeto propuesto.

Se destaca en el estudio la clasificación de costo por protocolos (procedimientos estandarizados, antes que por GRD. Y

Por supuesto, la necesidad de agrupar por GRD para tener información global de las actividades del Distrito Capital Bogotá para poder determinar estándares de estancia, y por supuesto para los procesos de negociación, control y seguimiento de los recursos aportados por todos los ciudadanos bogotanos.

## CONCLUSIONES

Es evidente que el recorrido es largo y que muy seguramente los problemas de base Sistema de Seguridad Social en Salud requieran ser revisados y reestructurados, obstante, desde nuestra óptica profesional podríamos aportar al menos un elemento básico que ha sido subestimado y no considerado como muy importante y; tal requiera de la reglamentación y normatividad para hacerse ejecutable, pero más allá de reglamentado es necesario lo cultural, la cultura del costeo, del control y; más allá de cultura de control se requiere una cultura de la honestidad, en donde todos fuésemos conscientes de la necesidad de vigilar y velar por que los recursos para la ciudad sean sagrados y no desviarlos y mucho menos hurtados.

Nuestro aporte es reconsiderar la implementación de un sistema de costos que permita evidenciar, entre lo estándar y lo real y, cuestionar sus variaciones para el mejoramiento de la contratación y de la calidad del servicio, la prestación de un procedimiento con los elementos del costo como son: medicamentos, insumos hospitalarios, mano de obra que hayan ofrecido a pacientes reales y no a pacientes fallecidos e inexistentes, como evidencia al inicio de este documento; un sistema que le permita al hospital negociar tarifas, conscientes de sus márgenes de sostenibilidad y no a ciegas como ocurre sucediendo, un sistema que le sirva a las entidades de control y vigilancia verificar que los centros de costos de las ESEs corresponden a actividades misionales y de apoyo hospital y no a actividades ajenas que no deberían estar subsidiadas por los dineros de todos los ciudadanos colombianos.

Otro aspecto que merece estudio es la manera como se enseñan los procedimientos de intervenciones quirúrgicas y otras especialidades, por ejemplo el método y procedimiento difiere de acuerdo con el tipo de enseñanza, con la universidad de procedencia del especialista, entre otros factores que valdría la pena revisar si es posible estandarización, vista desde el mejor enfoque, sin el ánimo de pretender automatización y la rigidez que implican los estándares en otros tipos de procedimientos diferentes a los de salud.

Por tanto, es necesario contar con un sistema de costos que se adapte a las necesidades de las ESEs de Bogotá, para todos los niveles de atención, nivel I, cuyo énfasis radica en actividades preventivas, nivel II, que combina las actividades de prevención y promoción además de algunos procedimientos de complejidad y nivel III y IV que involucra esencialmente procedimientos de alta y media complejidad.

Está claro que para casos de niveles I y II puede ser suficiente con costos de procedimientos ambulatorios y algo de Grupos Relacionados de Diagnóstico, y que para el nivel III y IV requerirá necesariamente del enfoque de Grupos Relacionados de Diagnóstico, siempre con el proceso de identificar los costos por centros de costos, como

de los procedimientos, el costo al paciente y por último agruparlos en GRD, para medir eficiencias y estándares entre la red pública y así propender por el mejoramiento de calidad, la efectividad en el servicio y la sostenibilidad financiera que tanto ha sido cuestionada desde que se decidió dejar participación al sector privado en los recursos del Estado para la Salud (Ley 100 de 1993).

## BIBLIOGRAFÍA

Arcila Rodríguez, L. G. (2003). *COSTOS HOSPITALARIOS Y GRUPO RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO*. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paul.

Beltrán, L. U. (07 de 04 de 2011). *Zona Cero . Info*. Recuperado el 11 de 05 de 2011, de [http://www.zonacero.info/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9676:ise-equivoco-otra-vez-el-gobierno&catid=103:columnista&Itemid=130](http://www.zonacero.info/index.php?option=com_content&view=article&id=9676:ise-equivoco-otra-vez-el-gobierno&catid=103:columnista&Itemid=130)

Duque Roldán, M. I., Gómez Montoya, L. F., & Osorio Agudelo, J. A. (2009b). ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE COSTOS UTILIZADOS EN LAS ENTIDADES DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA Y SU UTILIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES. *Revista del Instituto Internacional de Costos* , 501.

Edward, B. (2008). *ADMINISTRACIÓN DE COSTOS*. México: Mc Graw Hill.

El Tiempo. (05 de julio de 2011). Denuncian muerte de mujer en Bogotá por negligencia médica. *El Tiempo* , pág. Sección Bogotá.

Globesalud. *MODERNIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE BOGOTÁ (COT-1009)*. Bogotá.

*Ley 1438*. (2011).

Ministerio de la Protección Social - CES y Gesaworld. (2007). *Guía pedagógica para la implementación de los sistemas de clasificación de pacientes (GRD) en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)*. Bogotá.

Organización Mundial de la Salud en. (28 de 06 de 2011). *WIKIPEDIA*. Recuperado el de 07 de 2011, de <http://es.wikipedia.org/wiki/CIE-10>

Redacción El Planeta. (03 de 05 de 2011). Posible "cartel de las EPS". *EL PLANETA* , pág. 2A.

Redacción. (02 de 05 de 2011). Policía halló nuevas evidencias en caso de corrupción la salud. *EL TIEMPO* , pág. 2A.

Secretaría Distrital de Salud. (22 de mayo de 2011). [www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co). Recuperado el 22 de mayo de 2011, de <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/SaludPublica.aspx>

SEMANA, R. (14 de 05 de 2011). SaludCoop: la caída de un imperio. *SEMANA* .

Sistema Nacional de Salud - SNS. (1999). *Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Vélez, M. (2010). La crisis del sistema de salud colombiano, ¡No hay cama! *DESLINDE* 40.