

Análisis de costos de la atención médica hospitalaria. Experiencia en una clínica privada de nivel II-III

Armando Cortés, M.D.¹, Edgar Flor, Contador², Germán Duque, Abog³

RESUMEN

La mayoría de las soluciones propuestas para controlar los gastos de la salud tales como la regulación de precio, capitación y la administración del cuidado médico, no se dirigen hacia la eficiencia técnica desde la perspectiva del hospital. El concepto de costos fijos y variables tiene implicaciones importantes para controlar los gastos del cuidado de la salud. Los costos variables relativamente bajos encontrados en este estudio llama la atención sobre considerar la necesidad de mayores informes en las diferencias de costos entre hospitales y la ventaja de conocer la información de costos y su estructura para establecer una política apropiada de contención y planeación de los costos en hospitales y clínicas. En esta publicación se define la distribución de los costos fijos y variables para el cuidado médico en una clínica privada de nivel II-III situada en Tuluá y se discuten las implicaciones de las políticas de salud con base en estos resultados.

Palabras clave: Análisis de costos. Clasificación de costos. Control de gastos. Administración del cuidado médico.

El ambiente actual del cuidado de la salud en Colombia presenta varios escenarios novedosos y cambios en relación con las fuerzas del mercado y las reformas estatales. Estas presiones demandan un cuidado de la salud que sea costo-efectivo sin comprometer y además mejorar la calidad de la atención. Una desventaja competitiva para cualquier institución es desconocer la estructura de sus costos.

La mayoría de los programas para reducir el costo se han enfocado a restringir el acceso de los pacientes a los servicios médicos y reducir el uso de pruebas y tratamientos costosos^{1,2}. Infortunadamente, estas medidas no han dado los resultados esperados. Tenemos la hipótesis de que hay factores adicionales al consumo de los recursos de salud que contribuyen a la escalada de costos.

Los hospitales compran, arriendan o presupuestan edificios, equipos, mano de obra, farmacias y suministros médicos para convertirlos en servicios para el cuidado de los pacientes. El costo total de los servicios médicos incluye

gastos hospitalarios y los costos de la operación. Los costos hospitalarios pueden ser catalogados en dos tipos: fijos y variables. Los costos fijos son los que no dependen del volumen y no son recuperados o compensados por el hospital a corto plazo si no se presta un servicio en particular. Los elementos del costo fijo incluye entre otros el edificio, equipos y algunos costos de la mano de obra como salarios. P.e., una tomografía computadorizada se considera una prueba costosa y una fuente significativa de ahorro en los gastos si no se realiza. Sin embargo, debido a que el equipo ya ha sido comprado o alquilado al igual que el espacio y el técnico recibe un salario que se debe pagar independiente de si alguna persona se realiza o no el examen. Si el radiólogo que interpreta la prueba también recibe un salario, el costo adicional para el hospital al hacer la prueba es mínimo: el precio de la película radiográfica, papel y contraste. Por tanto, los costos fijos no cambian a corto plazo con los cambios en el rendimien-

to³. Los costos variables son aquellos que cambian con el rendimiento y pueden ser ahorrados por el hospital si un servicio no se presta^{3,4}. P.e., los medicamentos, reactivos para las pruebas de laboratorio y suministros desechables. A corto plazo, las reducciones en el consumo de un recurso en particular ahorran principalmente los costos variables de un hospital. Muchos costos definidos como fijos a corto plazo, como la mano de obra asalariada, puede ser variable a largo plazo si se reduce o aumenta la nómina de personal³. Además, si el hospital compra servicios médicos como la tomografía axial computadorizada (TAC) a un proveedor externo, el costo total de la TAC para ese hospital es totalmente variable.

Otra función del costo es el costo marginal. El costo marginal es definido como el costo extra por una consulta adicional. El cambio en los costos totales de una institución como resultado de un cambio en el rendimiento es definido por la función "costo marginal". Este indica el costo adicional del tratamiento al próximo paciente o al aumento de pacientes^{3,5,6}. El costo marginal es usualmente representado como una función lineal y continua³. Sin embargo, en

1. Profesor Titular, Departamento de Patología, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

2. Profesor Adscrito de Gerencia en Salud, Universidad Libre de Cali y Universidad del Valle, Cali.

3. Director Administrativo, Clínica Occidente de Tuluá.

realidad el incremento del costo marginal para el cuidado de la salud se presenta mayormente potenciado cuando se aumenta el rendimiento. P.e., el costo marginal o costo extra es menor para una consulta de un joven de 12 años con crisis asmática a las 4:00 a.m. en un departamento de emergencia que en un consultorio médico por la inconveniencia y costos de abrir una oficina una sola vez. En contraste, el costo marginal de ver a este mismo paciente en el departamento de emergencia es menor, porque a estas horas el servicio está abierto y con el personal completo a disposición. El costo marginal es un concepto importante porque los hospitales que esperan disminuir gastos reduciendo los servicios por lo general ahorran sólo el costo marginal⁵.

La definición del costo de proporcionar cuidado médico también depende del punto de vista de quien lo mire⁶⁻⁸. Las empresas promotoras de salud (EPS) se orientan en los reembolsos que ellos pagan a la institución prestadora de salud (IPS). Los hospitales facturan en función del costo total del hospital, pero es un costo variable para las EPS. Si el servicio médico no es proporcionado o no es reembolsado, las EPS ahorran el monto de la cuenta que ellos debían pagar⁶. En contraste, si el hospital no proporciona el servicio, este no recibe el reembolso y sin embargo debe cubrir los costos fijos de la prestación del servicio. El efecto global para el hospital a corto plazo es un incremento en los costos fijos por unidad de trabajo o disminuir la eficiencia del hospital^{1,4}.

Desde el punto de vista del médico y del paciente, el costo se ha definido tradicionalmente como dolor, sufrimiento, muerte o pérdida de la productividad y beneficio en la exactitud diagnóstica, reducir el sufrimiento o la cura. El concepto de "costo total para la sociedad" debe integrar todas estas di-

ferentes perspectivas para poder realizar una evaluación imparcial de una relación costo vs. beneficio^{9,10}.

Las variaciones individuales entre hospitales en la relación entre costos fijos vs. variables hace difícil diseñar, implementar o estandarizar programas para contener los costos^{11,12}. P.e., en un hospital universitario público donde los médicos reciben salarios, el costo de los médicos es esencialmente fijo a corto plazo. En contraste, la mayoría de los costos de médicos que son pagados por cuotas de la prestación de cada servicio son variables. Igualmente, un hospital que paga a un técnico por llamada tiene un costo variable más alto para esa prueba que realiza en la noche que uno que funcione con técnicos asalariados internos por la noche⁵. Por consiguiente, las estrategias de reducción de costos deben variar de manera importante para los diferentes tipos de hospitales.

El propósito de este estudio es definir la distribución de los costos fijos y variables para el cuidado médico en una clínica privada de nivel II-III situada en Tuluá y discutir las implicaciones de las políticas de salud con base en estos resultados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio realizado en 1999 en la Clínica Occidente de Tuluá (Valle), institución de nivel II-III con 120 camas. En ese año se atendieron cerca de 13,000 pacientes en el servicio de urgencias, 5,000 pacientes fueron admitidos para cuidado hospitalario y se realizaron cerca de 3,500 cirugías.

Los costos se determinaron por servicios y se tuvo en cuenta el informe anual gastos. Todos los costos fueron definidos como fijos y variables. Los costos fijos incluyen capital, salarios de empleados, beneficios, mantenimiento y depreciación del edificio y equipos,

parte de los servicios públicos como agua, energía y teléfono, gastos generales y administrativos. Los costos variables incluyen las cuotas por prestación de servicio de los médicos a pagar por eventos, el suministro a los trabajadores de la salud como guantes, insumos para el cuidado del paciente, papelería, alimentación, lavandería, esterilización, películas radiográficas, reactivos de laboratorio, vidriería, medicamentos, catéteres intravenosos, etc.

Los costos fijos fueron caracterizados por cada centro de servicio o apoyo. Los centros de servicio son definidos como los proveedores de cuidado de la salud que directamente cuidan del paciente, como médicos, enfermeras o secciones como radiología, laboratorios que proporcionan diagnóstico u otros servicios cuantificables para cada paciente de manera individual.

Los costos de los centros de apoyo fueron de dos tipos: el primer tipo corresponde a gastos no salariales por el hospital para productos externos (p.e., suministro de limpiadores, aseo, equipos, o aseguradoras) estos contribuyen a la función del hospital y a sus empleados. El segundo tipo de costo del centro de apoyo son los sueldos de los empleados en los departamentos como mantenimiento, servicios generales, administración, nómina, etc.; ellos realizan actividades o funciones para toda la institución y organización.

El total de los costos fijos de los servicios médicos incluye los salarios de los empleados que trabajan en esos centros de servicio y que proporcionan cuidado médico además de todos los costos de los centros de apoyo distribuidos. Para la definición total de los costos de los servicios médicos, los costos de todos los centros de apoyo fueron distribuidos completamente a los centros de servicio. Para asignar qué tanto gasto de energía puede ser atribuido al costo de la radiografía de

tórax o qué tanto de los implementos de aseo se asignan al laboratorio, se usaron diferentes métodos de distribución para asignar los costos de los centros de apoyo con más exactitud y evitar la sobrestimación de los costos de los servicios médicos^{13,14}.

La base de la distribución de cada centro de apoyo fue la observación directa, mediciones y concertación con los jefes de cada servicio. P.e., los costos de aseo se distribuyeron a cada servicio y centro de apoyo basado en los metros cuadrados de cada centro; los costos de la nómina se distribuyeron a cada servicio y centro de apoyo basados en un estudio de tiempos y movimientos o el número total de empleados en el servicio u horas contratadas, para evitar incidencias desproporcionadas en el consumo de servicios de apoyo por departamento específico. P.e., la sección de emergencia que opera las 24 horas por día requiere más atención de quehaceres domésticos y administrativos que las áreas menos activas.

RESULTADOS

El Cuadro 1 muestra la estructura de costos fijos y variables de la clínica después de la distribución a los costos de los centros de apoyo, a los centros de servicio y la oscilación de los costos de la atención por estancia, procedimientos o pruebas.

Cuadro 1
Costos fijos y variables. Clínica Occidente de Tuluá

Centro de servicio	Costos fijos (%)	Costos variables (%)	Costo total (dólares)
Hospitalización (estancia)	69-75	25-31	106-145
Unidad Cuidado Intensivo	76-89	11-24	453-534
Urgencias	74-86	14-26	29-33
Cirugía	22-43	28-41	168-327
Imagenología			
Rx con contraste	12-13	87-88	46-52
Rx sin contraste	71-86	14-29	5-8
TAC	61-96	4-39	65-101
Cardiología	98-99	1-2	15-18
Laboratorio	41-68	36-62	1.4-7

El Cuadro 2 muestra el porcentaje que representan los gastos administrativos del total de los costos por servicios clínicos después de la distribución de los costos de los servicios de apoyo.

Cuadro 2
Porcentaje de los gastos administrativos.
Clínica Occidente de Tuluá

Centro de servicio	Costos administrativos (%)
Estancia hospitalaria	30-40
UCI	38-45
Urgencias	26-31
Cirugía	22-43
Imagenología	
Rx con contraste	1-6
Rx sin contraste	1-6
TAC	1-6
Cardiología	1-2
Laboratorio	2-7

El gasto total para 1999 fue US\$3'267,163 dólares. En general, 21% fue para servicio de apoyo y 79% para los centros de servicio. El total de mano de obra fue US\$1'454,530 dólares (44.5%) incluyendo los beneficios para los empleados y en vacaciones, horas extras y costo de los empleados de reemplazos o temporales; 23% correspondieron a gastos administrativos y 32.3% a insumos.

La mayoría de los costos de la clínica están relacionados con las áreas de tratamiento de pacientes como cirugía

(30.2%), salas de hospitalización (23.7%), emergencias (15.4%) y cuidados intensivos (9.7%); otros gastos totales fueron los servicios auxiliares de radiología (12.2%), laboratorio (4.2%) y otros servicios de apoyo (4.6%) como lavandería, central de esterilización y servicio de alimentos. En general los gastos fijos corresponden a 67.7% y los variables a 32.3%.

COMENTARIOS

En la actualidad la supervivencia de las clínicas y hospitales requiere que se tomen medidas drásticas y se adopten cambios en las estrategias de negocios para competir en un ambiente tan dinámico. Algunos recurren a reducir la prestación de sus servicios o las hospitalizaciones, mientras otros se expanden, innovan o modifican sus estrategias financieras, queriendo todos de alguna forma favorecer los costos. Para esto es fundamental conocer la estructura de los costos para establecer respuestas adaptativas más seguras.

En este estudio encontramos que 68% de los costos de la clínica son por mano de obra, equipo, edificio y mantenimiento que representan costos fijos a corto plazo para la institución. Esta baja proporción de los costos variables tiene implicaciones significativas. Desde la perspectiva de la clínica, el rendimiento disminuido sin un ajuste organizacional lleva a la ineficiencia técnica¹. El costo por paciente tratado está elevado porque menos pacientes comparten los costos operativos. Se considera que este factor contribuye a la incapacidad del sistema médico para ahorrar dinero al reducir el uso del hospital. A menos que el consumo sea reducido y permita a los hospitales disminuir personal, espacio o evitar gastos importantes, la restricción del servicio tiene influencia mínima a largo plazo en la porción fija del costo total.

Existe un interés reciente en desviar a los pacientes a escenas ambulatorias como clínicas y unidades de observación como una alternativa para evitar la admisión hospitalaria^{15,16}. Sin embargo, las economías resultantes son pequeñas hasta que se cierran camas hospitalarias, el personal es despedido y se liquidan los recursos físicos. Es más, al iniciar la atención en nuevas escenas del cuidado de la salud pueden aumentarse temporalmente los gastos si los costos fijos del hospital no son reducidos ante los nuevos costos fijos en que se incurre para el cuidado ambulatorio¹⁷.

La tendencia de los hospitales nacionales es de reducir los costos. Hay que tener en cuenta que la reducción en la prestación de servicios o el ingreso de pacientes puede aumentar significativamente los costos por estancia hospitalaria al ser menos los pacientes que deben absorber los costos fijos. Igual efecto puede darse si se pretende reducir el número total de días de hospitalización (estancia) especialmente cuando ésta disminuye más rápidamente que el número total de camas hospitalarias. De tal manera que, la ocupación reducida en esta situación de altos costos fijos incrementa los costos del día de hospitalización por paciente.

Además, existen otros factores que también pueden contribuir a aumentar los costos por día. Qué proporción de la consulta u hospitalización corresponde a pacientes con enfermedad no severa o no graves y con qué frecuencia las consultas de urgencias no son verdaderas urgencias. En este caso más de 50% de los casos atendidos en urgencias no lo eran; si se derivan estos pacientes a la consulta externa implica nuevas inversiones, mayores gastos fijos y si paralelamente no se realiza una adaptación acorde con la infraestructura se constituye en otra de las razones para el aumento de los gastos del cuidado de la

salud^{1,17,18}. En el caso de urgencias también se elevaría los gastos fijos, incidiendo en los costos de su atención, haciéndose mayores por paciente en especial cuando se usa el personal mínimo de contratación para la atención de 24 horas y la ocupación no es completa.

De igual manera los esfuerzos para restringir el acceso a los departamentos de emergencia por la exclusión de pacientes considerados no suficientemente enfermos con estrategias como copagos mandatorios, penalidades financieras y limitar o denegar reembolsos por las aseguradoras etc., tiene repercusión en los costos fijos de la atención para la IPS debido a los altos costos fijos del personal y equipos en el departamento de emergencia; el costo marginal de una consulta adicional es mucho menor que el promedio de costos de todas las visitas. Nuestra observación de los costos de urgencias permite estimar que es similar el costo marginal de consultas no urgentes y urgentes.

Si se promueve reducir la estancia promedio y el uso de recursos médicos no cambia por cada hospitalización, entonces la intensidad de los servicios usados por día pueden aumentar en la medida que la estancia sea reducida^{19,20}.

Por tanto, pueden contribuir a incrementar los costos por día por paciente no sólo la mayor severidad de la enfermedad en los hospitalizados si no también la reducción de la estancia.

Las presiones económicas y políticas están causando que los hospitales y médicos abandonen sus puntos de vista individuales tradicionales y las áreas de experticia. Al entender la relatividad de costos para las diferentes tomas de decisiones se pueden promover resultados mejorados en cada nivel. Por ejemplo, los médicos podrían tomar decisiones del cuidado del paciente basados en el costo total del cuidado conservando el uso del recurso ideal si involucra la

comparación del costo marginal o incluso el costo variable del servicio y este es puesto al beneficio del paciente^{5,10,21,22}.

Por otro lado, los médicos si bien es cierto pueden incidir de manera más inmediata en la reducción de costos a través de la reducción del uso de consumibles con costos variables altos como los medicamentos (p.e., antibióticos); en situaciones de hospitales con un alto costo del cuidado representado en gran parte por los costos fijos, las decisiones como las de elegir un nuevo antibiótico más costoso cuando uno menos costoso es igualmente eficaz, tiene poca repercusión proporcional en el costo total del cuidado hospitalario.

Los administradores de hospitales enfrentan dos desafíos distintos; por un lado la eficacia técnica; es la reducción de costos por unidad de servicios médicos individuales²³⁻²⁵, y por el otro, la eficiencia económica; es maximizar los reembolsos relacionados con los gastos para los servicios proporcionados^{23,26}.

Estas metas podrían estar en conflicto con la política de salud que induce a los hospitales a restringir servicios a los pacientes considerando que la optimización de la eficacia técnica requiere el uso máximo de los recursos de costo fijo^{13,23,25}.

Una mejor distribución de la fuerza laboral indudablemente puede mejorar la eficiencia técnica^{23,25,27} pero no se debe sacrificar en la economía de supervivencia de la institución el personal que es requerido para tramitar y agilizar la documentación apropiada para la facturación y cumplimiento de los requisitos que regulan el funcionamiento de los hospitales^{17,23,28}.

A cualquier rendimiento dado del servicio, la eficiencia técnica es nuevamente impedida porque las estrategias de reembolso actuales de las EPS incluyen la negociación de elementos cargados

o “glosas” y retardo en hacer efectivos los reembolsos. Hay que entender que la respuesta de los hospitales a estas presiones deben ser mejorando la comercialización o mercadeo, contabilidad de los costos y facturación de los procedimientos, conduciéndolos hasta los costos fijos^{1,11,12,28}.

Hay limitaciones para comparar la proporción de los costos variables con instituciones similares en Colombia por la falta de estudios y publicaciones al respecto y la variación en los métodos para categorizar los costos. Un aspecto importante radica en que la gran mayoría de los médicos especialistas de esta institución no son asalariados, reciben cuotas dependiendo de los eventos atendidos, correspondiendo de esta forma a un costo variable^{29,30}, de tal manera que la proporción de costos fijos en instituciones similares con médicos asalariados puede incidir mayormente en los costos fijos.

Otro factor que incide en la estructura de costos de manera significativa y que puede verse comprometida en las políticas de reducción de servicios y número de pacientes atendidos, es el aprovechamiento de la economía de escala al negociar reducción de tarifas de compra para consumibles, por compras de grandes volúmenes. También incide el presupuesto para la publicidad, las restricciones en la formulación médica a los medicamentos disponibles y la prescripción de medicaciones costosas sólo si hay un claro beneficio o necesidad especial y sea demostrada.

La reducción del tamaño del hospital y el cierre de los hospitales parece ser la solución más lógica pero será más complicada con los cambios en la demografía nacional. Previendo la capacidad ideal del sistema hospitalario y probablemente junto con el desarrollo continuo de alternativas ambulatorias se podría compensar la necesidad.

La mayoría de las soluciones pro-

puestas para controlar los gastos de la salud -como la regulación de precio, capitación y la administración del cuidado médico- no se dirigen hacia la eficiencia técnica desde la perspectiva del hospital^{4,26-28,31-34}. Se hace necesario desarrollar métodos específicos de reducción tanto de costos fijos como variables para proporcionar el cuidado de la salud al nivel del proveedor. Aun los ahorros pequeños por paciente representan grandes ahorros. El concepto de costos fijos y variables tiene importantes implicaciones para controlar los gastos del cuidado de la salud.

Se recomienda en este caso una estrategia de expansión orientada hacia el trabajo en red y estrategias de posicionamiento como liderazgo a bajo costo; pero con una diferenciación enfocada en los costos. La estrategia adaptativa se refiere a la estabilización e incluye intervención de reingeniería. Se hace cada vez más necesario proporcionar un cuidado continuo para competir en el ambiente actual del cuidado de la salud. Con la prioridad de trabajar en red mediante asociaciones en un sistema de salud integrado que sea capaz de proporcionar todos los rangos de servicios de salud con expectativa de precios competitivos³⁵ pudiendo la clínica ser la cabeza de la red por su ubicación geográfica y los servicios ofrecidos. Esto implica la adición de médicos, otros hospitales y unidades ambulatorias y depende de muchos factores como la demanda del mercado y las presiones del cuidado de la salud, liderazgo y cultura³⁶. Incluye diversificación en el cuidado ambulatorio, cuidado en casa y hacer énfasis en el cuidado primario. La expansión del cuidado primario mediante la cooperación alianzas, fusiones etc., o mediante compra o adquisición y vinculación de médicos de familia. Se sugiere una estrategia de expansión que incluye la integración horizontal con otros hospitales para desa-

rollo del mercado o edificando en nuevas áreas geográficas, facilitando un cubrimiento geográfico completo. Las alianzas pueden favorecer un aprovechamiento de la economía de escala y la eliminación de servicios duplicados que afectan el mercado. Esta estrategia de mercado se debe usar para mantener un gran volumen especialmente cuando se es fuerte en el mercado por la diferenciación de producto o reputación³⁷.

Se debe igualmente contemplar el desarrollo de nuevos productos o servicios, ya sea recurriendo a las alianzas, adquisición, compra o inversión. Se requiere también una alta disciplina médica para comprometerse a disminuir el uso innecesario de recursos y reducir los costos³⁸. De la misma manera pueden ser útiles la venta de servicios no clínicos como lavandería, esterilización, alimentos y servicio de auditorio.

Se debe tener en cuenta que los métodos tradicionales para reducir los costos de los servicios clínicos como la reducción de la carga administrativa, cierre de pisos, áreas o camas, reducción de costos operativos y asegurar un mejor precio para suministros, retiros tempranos incluyendo médicos o ejecutivos, pueden comprometer la capacidad para competir a mediano o largo plazo, aunque los resultados inmediatos mejoren la productividad o reduzcan los presupuestos para operaciones^{39,40}.

Otra respuesta a la presión ambiental es la implementación de un manejo de calidad total o mejoramiento continuo de la calidad que debe incluir necesariamente el control de los costos⁴¹, con tres elementos básicos, enfocándose en el consumidor (enfermera, médico, etc.), en el análisis del proceso organizacional y sistemas para corregir los problemas y el uso de sistema para identificar problemas y oportunidades del equipo de trabajo. La implementación de esos tres principios tiene un

impacto positivo en los rendimientos de costo y calidad⁴².

Otra estrategia que compromete la eficacia clínica y la eficiencia económica de la práctica es el uso de procesos de reingeniería de los procesos de cuidado clínico y la introducción de concepto crítico⁴³.

La estrategia de posicionamiento se inicia con la determinación de los productos y servicios que están posicionados en el mercado⁴⁴. El liderazgo de costos implica comprometerse en una orientación interna que concentra la eficiencia del producto y el control de costos. La meta es bajar los costos de producción en relación con la competencia, manteniendo unos costos bajos y un control administrativo, incluyendo frecuentes y detallados informes de control, organización estructural y responsabilidad, evitar el costo marginal al consumidor, incentivos basados en cumplimiento de objetivos estrictamente cuantitativos y minimizar los productos costosos⁴⁴. Sin embargo, hay que considerar que el posicionamiento por bajo precio es a veces difícil de vender por el concepto de que los bajos precios frecuentemente se asocian con pobre calidad y afecta la reputación⁴⁵.

Una segunda estrategia es la diferenciación, caracterizada por la provisión de productos o servicios únicos. Único puede significar énfasis en la calidad, alto nivel de servicio, facilidad de acceso, conveniencia y reputación³⁷. Esto se basa en la diferenciación de mercado que requiere un buen manejo de la imagen y mercadeo intensivo o diferenciación innovativa de productos y servicios o aplicación original de tecnología, innovación y calidad⁴⁶.

Otra estrategia de posicionamiento es la segmentación de la producción en línea o mercadeo geográfico basado en la premisa de que la organización pueda ser más efectiva o eficiente si sirve a un mayor objetivo que los competido-

res⁴⁴, por cumplir mejor las necesidades de la población o bajo costo, p.e., trasplante o neurocirugía, cirugía a corazón abierto con grandes descuentos³⁵. Otra estrategia es enfocarse en medicina basada en la comunidad especialmente en áreas rurales^{35,47}. La implementación de un departamento de medicina familiar (especialistas) formando una red basada en la comunidad como fuente de referencia y potenciar el cuidado primario, ofreciendo servicio hospitalario, facilidades ambulatorias, enfermeras y cuidado en casa, centros de rehabilitación y facilidades de cuidado sub-agudo.

Las anteriores sugerencias permiten posicionar la diferenciación basándose en la reputación y un centro de excelencia con claridad en la estructura de costos.

SUMMARY

Most of solutions proposed to control the expenses of health -as the price regulation, capitation and the administration of care I prescribed- don't go toward the technical efficiency from the perspective of the hospital. The concepts of fixed costs and variables have important implications to control the expenses of the care of health. The relatives low variable costs found in this study get the attention on considering the necessity of more reports in the differences of costs between hospitals and the advantage of knowing the information of costs and their structure to establish an appropriate policies of contention and planning of costs in hospitals. In this publication is defined the distribution of the fixed costs and variables for care I prescribed in a private clinic of level II-III located in Tuluá and the implications of politicians are discussed with base in these results.

Key words: Costs analysis. Costs classification. Expenditures control. Health care administration

REFERENCIAS

1. Fuchs VR. No pain, no gain: perspectives on cost containment. *N Engl J Med* 1993; 269: 631-633.
2. Pauly MV. When does curbing health costs really help the economy? *Health Aff (Millwood)* 1995; 14: 68-82.
3. Samuelson PA, Nordhaus WD. *Economics*. 12th ed. New York: McGraw-Hill Book Co; 1995.
4. Pauly MV, Wilson P. Hospital output forecasts and the cost of empty hospital beds. *Health Serv Res* 1986; 21: 403-428.
5. Williams RM. The costs of visits to emergency departments. *N Engl J Med* 1996; 334: 642-646.
6. Luce BR, Elixhauser A. Estimating costs in the economic evaluation of medical technologies. *Int J Techn Assess Health Care* 1990; 6: 57-75.
7. Evans DE. Principles involved in costing. *Med J Aus* 1990; 153 Supl: 10-12.
8. Siegel JE, Weinstein MC, Russell LB, Gold MR. Recommendations for reporting cost-effectiveness analyses. *JAMA* 1996; 276: 1339-1341.
9. Weinstein MC, Siegel IE, Goid MR, Kamlet MS, Russell LB. Recommendations of the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. *JAMA* 1996; 276: 1253-1258.
10. Ludbrook A, Mooney G. Diagnostic investigations-towards more appropriate use. II: the economic perspective. *Health Bull (Edinb)* 1987; 44: 13-19.
11. Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *N Engl J Med* 1997; 336: 769-774.
12. Schwantz M, Young DW, Siegrist R. The ratio of cost to charges: how good a basis for estimating costs? *Inquiry* 1995; 32: 476-481.
13. Firkler SA. *Essentials of cost accounting for health care organizations*. Gaithersburg: Aspen Publications Inc; 1994.
14. Suver ID, Neumann BR, Boles KE. Cost determination. In *Management accounting for healthcare organizations*. 3rd ed. Chicago: Pluribus Press Inc; 1992. p. 278-306.
15. Robinson IC. Decline in hospital utilization and cost inflation under managed care in California. *JAMA* 1996; 276: 1060-1064.
16. McDermoft MF, Murphy DG, Zalenski Fu, et al. A comparison between emergency diagnostic and treatment unit and inpatient care in the management of acute asthma. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2055-2062.
17. Schwartz WB, Mendelson DN. Eliminating

- waste and inefficiency can do little to contain costs. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13: 224-238.
18. Catron B, Murphy B. Hospital price inflation: what does the new PPI tell us? *Monthly Labor Rev* 1996; 119: 24-31.
 19. Reinhardt UE. Breakthroughs and waste. *J Health Polit Policy Law* 1992; 17: 637-666.
 20. Newhouse JP. Medical care costs: how much welfare loss? *J Econ Perspect* 1992; 6: 3-21.
 21. Carter CL. Physician practice pattern analysis: a hospital cost containment tool. *J Med Prac Manage* 1993; 9: 126-129.
 22. Berwick DM. Quality of health care, part 5: payment by capitation and the quality of care. *N Engl J Med* 1996; 335: 1227-1231.
 23. Weil TP. Competition versus regulation: consuming hospital discharge costs. *J Health Care Finance* 1996; 22: 62-74.
 24. Ozcan YA, Luke RD, Haksever C. Ownership and organizational performance: a comparison of technical efficiency across hospital types. *Med Care* 1992; 30: 781-794.
 25. Ehreth JL. The development and evaluation of hospital performance measures for policy analysis. *Med Care* 1994; 32: 568-587.
 26. Vaidmanis VG. Ownership and technical efficiency of hospitals. *Med Care* 1990; 28: 552-561.
 27. Sochalski I, Aiken LH, Fagin CM. Hospital restructuring in the United States, Canada, and Western Europe: an outcomes research agenda. *Med Care* 1997; 35 Supl: 13-25.
 28. Anderson GF, Kohn LT. Employment trends in hospitals, 1981-1993. *Inquiry* 1996; 33: 79-84.
 29. Eisenberg JM, Koffer H, Finkler SA. Economic analysis of a new drug: potential savings in hospital operating costs from the use of a price-daily regimen of a parenteral cephalosporin. *Rev Infect Dis* 1984; 6 Supl: S909-S923.
 30. Veterans Administration Pharmacy Service Study Group. Variable cost per dose of preparing and administering small-volume cephalosporin admixtures. *Am J Hosp Pharm* 1984; 41: 2624-2634.
 31. Hackey RB. Regulatory regimes and state cost containment programs. *J Health Polit Policy Law* 1993; 18: 491-502.
 32. Hadley J, Zuckerman S, Lezzoni LI. Financial pressure and competition: changes in hospital efficiency and cost-shifting behavior. *Med Care* 1996; 34: 205-219.
 33. Gaskin DJ, Hadley J. The impact of HMO penetration on the rate of hospital cost inflation, 1985-1993. *Inquiry* 1997; 34: 205-216.
 34. Ashby IL Jr, Lisk CK. Why do hospital costs continue to increase? *Health Aff (Millwood)* 1992; 11: 134-147.
 35. Blumenthal D, Meyers GS. Academic Health Center in changing environment. *Health Aff* 1996; 15: 200-215.
 36. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, et al. *Remaking health care in America: building organized delivery systems*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
 37. Ginter PM, Swayne LM, Duncan W. *Strategic management of health care organizations*. 3rd ed. Malden: Blackwell Publishers, Inc, 1998.
 38. Brown M. Mergers, networking, and vertical integration: managed care and investor-owned hospital. *Health Care Manag Rev* 1996; 21: 29-37.
 39. Ramundo K. The Academic Medical Center: prescription for survival. *Moody's Credit Perspectives* 1995; 20: 7-8.
 40. Bill JE, Wise CG, Bills EA, et al. Potential effects of managed care on specialty practice at a University Medical Center. *N Engl J Med* 1995; 333: 979-983.
 41. Carman JM, Shortell SM, Foster RW, et al. Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health Care Manag Rev* 1996; 21: 48-60.
 42. Cohen RL. Academic Health Center Tooling up for the future. *Health Care Mark Rep* 1994; 12: 1-4.
 43. Longest BB. A cost-containment agenda for academic health center. *Hosp SR Health Serv Admon* 1991; 36: 77-93.
 44. Porter M. *Competitive strategy*. New York: Free Press, 1980.
 45. Reuter J, Gaskin D. Academic Health Center in competitive markets. *Health Aff* 1997; 16: 242-252.
 46. Dess GG, Lumpkin GT, Covin JG. Entrepreneurial strategy making and firm performance: Test of contingency and configurational models. *Strategic Manag J* 1997; 677-695.
 47. Kaufman A, Galbraith P, Alfero C, et al. Fostering the health of communities: A unifying mission for the University of New Mexico Health Sciences Center. *Acad Med* 1996; 71: 432-440.