

PN - REW-045
-1575 94979

**Lecciones aprendidas de los estudios realizados por LAC HNS de
los costos recurrentes de los
servicios de atención primaria de la salud**

**John Holley, Director Técnico, LAC HNS
John L. Fiedler, Consultor de LAC HNS**

Abril de 1995



**Preparado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
en función del Contrato No. LAC-0657-C-00-0051-00
Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe,
University Research Corporation/International Science and Technology Institute
7200 Wisconsin Avenue, Suite 500
Bethesda, Maryland 20814**

INDICE

pág.

Resumen ejecutivo

I.	Introducción	
A.	La razón fundamental de los estudios de costos recurrentes	1
B.	Descripción de los estudios	1
C.	Recolección, procesamiento y presentación de los datos	2
II.	Metodología para obtener información sobre costos	3
A.	Desglose de las cifras del presupuesto nacional	3
B.	El método de los centros de costos	4
C.	La identificación de los tipos específicos de costos	5
III.	Otras lecciones aprendidas	13
A.	Objetivos de los estudios	13
B.	Identificación del público destinatario del estudio	14
C.	El contexto cambiante	14
D.	Elección de los establecimientos para el estudio	15
E.	Elaboración de patrones de referencia	17
F.	Presentación de los resultados	17
G.	Posibilidad de reproducción	18

CUADROS

Cuadro 1:	Estudios hechos por el LAC HNS de los costos recurrentes	3
Cuadro 2:	Costos unitarios directos de las consultas externas de atención primaria de la salud e inmunizaciones	11
Cuadro 3:	Categorías de los establecimientos de salud primaria	16

Resumen ejecutivo

Entre los años 1991 y 1993, el Proyecto LAC HNS llevó a cabo una serie de estudios de los costos recurrentes de los servicios de atención primaria de la salud (APS) en seis países de la región. El objeto de estos estudios no sólo consistió en proporcionar datos administrativos que fueran útiles para los responsables de tomar decisiones en cada uno de los países, sino también para probar diversas metodologías para la ejecución de esos estudios. En el presente informe se describen, en términos generales, las "lecciones aprendidas" de esa labor.

Algunas de las "lecciones aprendidas" más pertinentes fueron las siguientes:

Diseño del estudio

- Es fundamental definir a priori lo que el estudio aspira lograr a fin de preparar una recolección de datos que sea eficaz en función del costo y que produzca resultados útiles que vayan a utilizarse.
- Como parte del diseño del estudio, se debe identificar claramente el público a quien está destinado el estudio.
- Antes de efectuar la recolección de los datos, se deben definir cuidadosamente las categorías de los servicios para luego proceder a recolectar los datos en una forma congruente con las definiciones.
- Para que resulten útiles, se deben estimar únicamente los costos de los servicios para los que se dispongan datos precisos sobre las actividades.
- El diseño del estudio debe tener en cuenta los cambiantes factores y circunstancias, así como debe poder modificarse para evitar un esfuerzo inútil en el caso de que esos cambios eliminen la base de comparación.
- Las unidades de los servicios de salud a estudiarse deben ser comparables en términos de número y tipo de personal, la complejidad de los servicios que se ofrezcan y, preferentemente, el tamaño de la población que se atiende.
- A fin de reducir el volumen de los datos, los estudios de los costos recurrentes deben concentrarse primordialmente en los centros de salud y/o establecimientos de mayor complejidad. Solamente se deben agregar los puestos de salud cuando haya la capacidad suficiente para recopilar y procesar los datos rápidamente.
- En términos generales, se deben estudiar todos los establecimientos de salud pública de una región que sean relativamente complejos, ya que esto producirá una muestra más homogénea. En caso contrario, la muestra elegida debe ser representativa en lo que

respecta a los objetivos a alcanzar.

Metodología de costos

- En el caso de los servicios de APS, es suficiente desglosar los costos en cuatro categorías generales: personal, productos farmacéuticos, otros costos directos y costos indirectos.
- Para obtener datos precisos sobre la distribución del tiempo del personal entre las actividades, se deben realizar entrevistas con el personal de cada establecimiento estudiado.
- Todo el tiempo del personal que no esté relacionado directamente con la prestación de los servicios de atención de los pacientes se debe catalogar como "administración".
- Para cada categoría de personal se debe calcular un costo estándar para el personal, que incluya tanto el salario como los beneficios. Cada persona que trabaje en un establecimiento será contabilizada en función de esa norma.
- Al no haber datos suficientes, pareciera que la mejor manera de estimar el uso de medicamentos es la aplicación de las normas de tratamiento al perfil epidemiológico. Esto tiene la ventaja de separar automáticamente la utilización de los medicamentos en categorías de servicios. Se puede perfeccionar prorrateando las normas de tratamiento por el grado de cumplimiento estimado.
- Se recomienda que todos los Ministerios de Salud desarrollen sistemas de control de inventarios que permitan contabilizar los medicamentos distribuidos a cada establecimiento.
- Se recomienda elaborar sistemas presupuestarios a nivel de establecimiento para llevar la cuenta de "otros costos directos", los que podrían correlacionarse con las categorías de servicios para facilitar las estimaciones de los costos unitarios.
- Hasta tanto se hallen medios más eficaces para calcular y distribuir los costos administrativos, se deben estimar los costos indirectos en función de los servicios que sustentan, en vez de hacerlo como un componente de la prestación de los servicios. A los efectos de simplificar el proceso, en realidad, se pueden pasar por alto los costos indirectos sin afectar demasiado la información administrativa útil. De cualquier manera, **a fin de asegurar la posibilidad de comparación**, se deben proporcionar cifras individuales de costos unitarios para los costos directos y para los costos directos consolidados con los indirectos.
- No se recomienda estimar los datos de costos unitarios mediante el desglose de los datos del presupuesto nacional. Dado que hay muchas posibilidades de error, los datos nacionales no son lo suficientemente confiables como para estimar los costos unitarios.

Análisis y presentación de los resultados

- La presentación e interpretación de los datos de costos es tan importante como la recopilación y el procesamiento de los mismos. Los datos de costos en sí no significan nada, sino que tienen que interpretarse en combinación con la información relacionada con los servicios que se prestan y las circunstancias del sistema de prestación de servicios. No se debe suponer que las autoridades locales están en condiciones de llevar a cabo este análisis sin contar con asistencia.
- El diseño del estudio habrá de considerar cuidadosamente quién se encargará del análisis de los datos, tarea que deberá asignarse a una persona que tenga el tiempo, interés y capacidad de analizar y resumir los datos.
- Se deberá resumir y presentar los datos en forma gráfica a fin de atraer el interés de las personas responsables de su utilización. Se evitará usar todo tipo de jerga técnica.
- Se deberán analizar los datos de costos en combinación con la información relacionada con los tipos de servicios prestados, la calidad de esos servicios y demás información relativa a las circunstancias del caso, tales como los aspectos relativos a la institución, el presupuesto y el personal.
- Para que resulten lo más útil posible, los estudios de costos recurrentes deben planearse de manera tal que se minimice el período entre la recolección de los datos y la presentación del informe.
- Puede ser útil identificar un solo establecimiento de cada tipo que sirva como ejemplo de un establecimiento que está bien abastecido y funciona sin problemas y pueda utilizarse como patrón de referencia para medir el funcionamiento de los establecimientos del estudio.

Otras recomendaciones

- En vez de tratar de desarrollar un "panorama" combinado de todos los costos de un establecimiento en particular, puede resultar más útil concentrarse en aspectos específicos que parecieran requerir atención.
- A los efectos administrativos, es conveniente concentrarse en los componentes de costos que sean más importantes para la administración, como por ejemplo la relación entre la división de las actividades y los resultados de un establecimiento, o bien los productos farmacéuticos destinados a determinados programas.
- Se recomienda que, en lo posible, el análisis de los costos recurrentes pase a formar parte de un proceso administrativo constante.

I. INTRODUCCIÓN

Durante gran parte de los últimos 20 años, los Ministerios de Salud (MS) de toda América Latina se han enfrentado con una tremenda crisis financiera, lo que provocó una seria erosión de la cantidad y calidad de los servicios. En respuesta a ello, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ha prestado su apoyo a innumerables esfuerzos tendientes a formular estrategias, metodologías y medios para aliviar esta crisis, incluyendo los del contrato de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (LAC HNS).

Una de las principales actividades que el LAC HNS desarrolló en este campo fue el desarrollo y la aplicación de una metodología para el análisis de los costos recurrentes de la atención primaria de la salud. Entre los años 1991 y 1993, se llevaron a cabo estudios en seis países con el propósito de identificar los componentes de los costos de una muestra de establecimientos de atención de la salud y, en cierta medida, identificar los costos unitarios de determinadas actividades. Este informe se concentra en las lecciones aprendidas durante el proceso y brinda pautas para llevar a cabo una labor similar en el futuro.

Su objetivo es identificar los aspectos que tienen una importancia crítica en la consecución de estudios de costos recurrentes que sirvan para ayudar a los responsables de tomar decisiones a usar mejor sus recursos. Quisiéramos asegurarnos que los estudios que se efectúen el futuro se preparen y pongan en ejecución de la manera más rentable posible a fin de maximizar la utilidad de los resultados.

A. La razón fundamental de los estudios de costos

Una técnica para encarar la escasez de recursos económicos consiste en tratar de usar los recursos existentes de la manera más eficiente y eficaz posible. Al identificar los costos de la prestación de servicios, es posible emitir opiniones con respecto a la eficiencia interna de un determinado establecimiento de salud, así como comparar un establecimiento o región con otro. A continuación se pueden tomar las decisiones para mejorar la eficiencia interna o redistribuir los recursos entre los establecimientos o programas.

Asimismo, las estimaciones de los costos unitarios puede representar un medio para que los MS tengan credibilidad ante sus Ministerios de Economía. Las estimaciones de los costos unitarios pueden proporcionar una alternativa para basarse en simples extrapolaciones presupuestarias para cuantificar los requerimientos estimados del presupuesto.

Por último, los estudios de costos recurrentes pueden representar una contribución importante al alentar al personal del MS a pensar acerca de los costos y beneficios relativos de las modalidades alternativas de la prestación de servicios de atención de la salud. El desarrollo y la aplicación de los análisis de costos unitarios puede ser un instrumento importante para sensibilizar a las autoridades de los MS con respecto a los aspectos económicos críticos con que se enfrentan los diversos niveles de la organización, así como

para fomentar cambios fundamentales en el pensamiento y el modo de operación de los MS.

B. Descripción de los estudios

Entre 1991 y 1993, el proyecto LAC HNS realizó siete estudios de los costos recurrentes de los servicios de atención primaria de la salud (APS) que prestan los Ministerios de Salud en seis países de la región de América Latina y el Caribe. Se llevaron a cabo dos estudios en el Perú y uno en cada uno de los siguientes países: Belice, Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Paraguay. Estos estudios analizaron solamente los costos recurrentes a corto plazo para la prestación de servicios de APS, sin incluir los gastos de capital y la amortización de los equipos e instalaciones. El período de análisis varió de un estudio a otro, oscilando entre tres meses y un año. (Véase el Cuadro 1 para obtener más detalles).

Los estudios de costos recurrentes que realizó el LAC HNS fueron experimentales dado que su estructura varió frecuentemente. Además, aparte de estimar los datos relativos a los costos recurrentes, cada uno de los estudios tuvo una serie de objetivos secundarios que variaron de un país a otro. Los estudios de Belice y Perú, el primero que se realizó en este país, trataron de usar los datos del presupuesto nacional para estimar los costos unitarios, lo que se consideró un procedimiento no confiable y, en el caso del Perú, se efectuó un segundo estudio concentrándose en una muestra de establecimientos a fin de corroborar los resultados del primero. Este segundo estudio también intentó comparar los mismos establecimientos durante dos períodos distintos.

Guatemala realizó también un estudio nacional distribuyendo los costos entre todos los establecimientos de APS, pero además llevó a cabo un estudio profundo de los costos recurrentes en una área de salud. Con posterioridad se extendió esta metodología a otras tres áreas de salud.

La estructura más típica de los estudios consistió en comparar dos regiones o más de un mismo país. El estudio de Paraguay incluyó también los estudios de costos del hospital de cada región. En algunas oportunidades se complicaron las comparaciones debido a que los datos correspondían a diferentes períodos.

C. Recolección, procesamiento y presentación de los datos

En todos los estudios, el personal del LAC HNS junto con el personal contratado para obtener los datos se encargaron del diseño. El análisis normalmente estuvo a cargo del personal del LAC HNS y los consultores contratados. Dada la cantidad masiva de datos obtenidos en algunos de los estudios y debido a los problemas presentados en relación con la validez de la información, normalmente hubo intervalos de muchos meses antes de la presentación del informe final. Estas demoras redujeron, en cierta medida, la utilidad de los estudios en sí.

En la mayoría de los países, se prestó poca atención a la presentación e interpretación de

CUADRO 1
ESTUDIOS DE COSTOS RECURRENTE REALIZADOS POR EL LAC HNS

<u>PAIS</u>	<u>DISTRITO</u>	<u>PERIODO</u> <u>COMPRENDIDO</u>	<u>CANTIDAD DE</u>	
			<u>CENTROS</u>	<u>PUESTOS</u>
BELICE	Nacional	1986-90		
BOLIVIA	Altiplano Sur	10-12/1990	1	5
		07-09/1991	1	5
	Valles Cruceños	10-12/1990	4	9
		07-09/1991	4	9
GUATEMALA	Nacional	1989		
	Sololá	1989	7	29
PERU	Nacional	1990		
	Lambayeque	10-12/1990	3	
		10-12/1991		3
	Lima Sur	10-12/1990	3	3
		10-12/1991		3
NICARAGUA	Granada	01-09/1991	5	7
	León	01-09/1991	5	8
	Matagalpa	01-06/1992	3	7
	Jinotega	01-06/1992	3	7
	Managua	01-06/1992	5	5
PARAGUAY	Cordillera	01-05/1992		16
	Paraguarí	01-06/1992	15	21

los datos ante las autoridades locales, quizás en parte debido a las demoras. Esto le restó valor a los estudios. En Guatemala y Paraguay, sin embargo, se organizaron talleres nacionales para presentar los resultados, así como también talleres locales en las áreas en las que se recolectaron los datos. A continuación de estos talleres, no hubo ningún seguimiento sistemático del uso de estos resultados por parte de las autoridades nacionales.

II. Metodología para obtener información sobre costos

Todos los estudios del LAC HNS estimaron los costos unitarios de los servicios de APS mediante el uso de análisis contables que se basan específicamente en la información del presupuesto. Este método usa la información sobre los gastos de las partidas presupuestarias como una representación de los recursos reales empleados para prestar APS con el fin de reducir el tiempo y los recursos necesarios para el estudio.

A. Desglose de las cifras del presupuesto nacional

Normalmente, la estructura de un presupuesto del MS consiste en rubros presupuestarios que son uniformes en todos los Ministerios de los gobiernos centrales y, por ende, no pueden vincularse fácilmente con los programas o servicios específicos del Ministerio de Salud. No hay, por ejemplo, ningún rubro o partida presupuestaria para la APS. Por lo tanto, los análisis basados en el presupuesto no son muy útiles para cuantificar los costos de determinados programas o servicios del MS, tales como la APS.

Además, si bien el presupuesto puede estar subdividido en regiones, muy pocas veces está dividido en establecimientos aparte de los hospitales. En Paraguay, por ejemplo, los hospitales regionales están consolidados en el presupuesto regional, imposibilitando la obtención directa del presupuesto de alguna información sobre los fondos destinados a algún centro de salud en particular.

Esto se complica aún más por el hecho de que la mayoría de los ministerios de salud, el personal, lo que representa la partida presupuestaria más importante, puede estar presupuestado en un puesto, pero estar físicamente asignado a otro. En la mayoría de los casos, el personal se paga a nivel central, sin permitir que las autoridades locales tengan acceso a esta información básica.

No obstante, en dos de los estudios, el de Belice y el primero que se realizó en Perú, se intentó estimar los costos unitarios de los servicios de APS utilizando solamente los datos presupuestarios del nivel central. El estudio de Guatemala distribuyó los costos de APS entre todos los centros y puestos de salud, pero no se esforzó por calcular los costos unitarios. Esta metodología tiene la ventaja de ser relativamente accesible y económica. Sin embargo, si bien puede ser útil para los objetivos generales de planificación, ninguno de estos métodos demostró ser confiable en términos de estimar los costos unitarios o útil para estudiar el desempeño y la eficiencia de los administradores.

- **No se recomienda estimar los datos de costos unitarios mediante el desglose de la información presupuestaria nacional. Existen demasiadas posibilidades de error como para que los resultados sean fiables.**

B. El método de los centros de costos

La mayoría de los estudios del LAC HNS abarcaron más que la información del nivel central y trataron de formular estimaciones de los costos unitarios mediante la obtención de datos sobre los gastos en niveles separados del sistema de salud. Estos estudios designaron establecimientos individuales como centros de costos e intentaron analizar la composición de los gastos de cada uno de los centros de costos. Cada estudio realizó estimaciones de los servicios específicos de APS de cada establecimiento empleando normas de asignación para distribuir costos totales en todos los establecimientos. Para poder llegar

a una estimación de costos unitarios, se tuvo que tomar dos tipos de decisiones: en primer lugar, se debía determinar el costo total de la prestación de la APS en un establecimiento dado, y segundo, se debía identificar los recursos necesarios para producir tipos específicos de servicios de APS.

En general, los estudios desglosaron los costos globales en cuatro categorías: personal, productos farmacéuticos, otros costos directos y costos indirectos. Estos últimos se definieron como la participación de los gastos de oficinas centrales, regionales y locales en que se incurría para prestar apoyo a la prestación de los servicios de APS y, por ende, eran atribuibles al costo de los servicios de APS. Es probable que este desglose haya sido suficiente dado que el personal y los productos farmacéuticos por lo general representan alrededor del 90% de los costos directos de la APS.

- En el caso de los servicios de APS, es suficiente dividir los costos en cuatro categorías generales: personal, productos farmacéuticos, otros costos directos y costos indirectos.

C. La identificación de los tipos específicos de costos

Los costos de personal

Dado que el personal representa de 50 a 70 por ciento o más del total de los costos de la prestación de los servicios de atención primaria de la salud, la determinación de los costos de personal fue el procedimiento de desglose y ponderación más importante de los estudios del LAC HNS. Por lo general, entrañó la estimación del tiempo que cada tipo de personal dedica a la prestación de cada uno de los servicios de atención primaria de la salud y la conversión de ese tiempo en cantidades monetarias empleando las cifras salariales.

Los estudios del LAC HNS usaron distintos métodos para medir la cantidad de tiempo que el personal de cada establecimiento dedica a cada tipo de servicio de APS. En Paraguay, durante muchos años, los empleados del MS han tenido que informar periódicamente el tiempo que pasan prestando determinados tipos de servicios. Estos informes sirvieron de base para estimar los costos de personal en el estudio de Paraguay. Como ninguno de los MS de los otros países estudiados tenían un tipo similar de requisitos de presentación de informes, fue necesario elaborar una forma de calcular el uso del tiempo en estos países. En Bolivia y Nicaragua, se solicitó a todos los empleados del MS de cada uno de los establecimientos objeto del estudio que calcularan la proporción de tiempo que dedicaban, en promedio, a la prestación de distintos tipos de servicios de APS.

En Belice, se recurrió a un método menos formal y riguroso de entrevistas. Se calculó el tiempo del personal en base a entrevistas de personas que trabajaban en los establecimientos de APS (fundamentalmente enfermeras).

En el estudio de Guatemala y el segundo estudio de Perú, se solicitó a los funcionarios de las oficinas regionales y centrales que calcularan el tiempo que cada categoría de personal

del MS en cada tipo de establecimiento dedicaba a cada uno de los servicios de atención primaria de la salud.

Es probable que los informes periódicos sobre las actividades del personal sean más precisos que las entrevistas ocasionales en los establecimientos, pero son más costosos en términos de tiempo de presentación de informes y procesamiento y existe la posibilidad de que no sean mucho más exactos. Probablemente, las entrevistas son más precisas que los cálculos generales del personal de supervisión y tienen la ventaja de reflejar mejor las actividades de los establecimientos individuales.

- **Para obtener datos precisos sobre la distribución del tiempo del personal entre las actividades, se deben realizar entrevistas con el personal de cada establecimiento estudiado.**

Una de las ventajas de calcular la distribución del tiempo del personal mediante entrevistas es que brinda a los supervisores la oportunidad de tener acceso periódico a información sobre el uso del tiempo del personal, independientemente de si se termina con el ejercicio de costos o no.

Un problema de la estimación del tiempo del personal es la forma de incorporar los períodos de inactividad, es decir el tiempo en que el personal no está abocado a la prestación de los servicios. Un exceso de períodos de inactividad puede deberse a la poca demanda de esos servicios, o a que el personal no se encuentre presente aunque esté contratado por un período más prolongado. Esto último es, normalmente, un costo oculto del tiempo disponible en las diversas actividades, que automáticamente prorratea el tiempo sin asistencia en todas las actividades. En este caso, los costos serán razonablemente precisos, aunque las actividades por hora puedan ser bastante incorrectas.

Por otra parte, cuando el personal no está ocupado por la falta de demanda, es útil indicarlo. Por este motivo,

- **Todo el tiempo del personal que no esté relacionado directamente con la prestación de servicios de atención de pacientes debe catalogarse como "administración".**

Este procedimiento debe servir para perfeccionar los cálculos de los costos directos de personal e indicar al personal de supervisión que algo requiere su atención si la categoría de administración supera el nivel previsto.

En la mayoría de los estudios, los equipos de recopilación de datos trataron de usar los salarios y beneficios reales de cada miembro del personal. Es indudable que hay cierta renuencia a dar a conocer esta información. Por lo tanto, hemos arribado a la conclusión de que hay un procedimiento mucho más sencillo que protegería también la confidencialidad:

- **Se debe calcular un costo estándar de personal, incluyendo tanto el salario como los beneficios, para cada una de las categorías de personal. El tiempo de cada empleado que realmente trabaja en un establecimiento debe contabilizarse en función de esa norma.**

Este procedimiento servirá también para nivelar las diferencias entre los costos de personal de los distintos establecimientos como consecuencia de la antigüedad del personal.

Productos farmacéuticos

Lo ideal es que la logística y/o los sistemas contables produzcan el valor de los productos farmacéuticos que se distribuyen a cada establecimiento. Si bien no es igual al valor de los productos farmacéuticos que se expenden, normalmente representa un valor bastante aproximado. Desafortunadamente, como ese tipo de sistemas no es común, los estudios del LAC HNS exploraron varios mecanismos alternativos.

Al no existir registros suficientes, los equipos de estudio que trabajaron en Bolivia y Nicaragua adoptaron la premisa de que los medicamentos expendidos correspondían a las normas del MS para las diversas enfermedades tratadas. Esto probablemente sobreestimó los medicamentos que se expendieron en realidad.

En Guatemala, la distribución de medicamentos se realiza primordialmente en base a un "kit" (juego), y cada puesto de salud recibe exactamente la misma cantidad de remedios, lo que es sencillo a nivel administrativo y facilita los cálculos de costos, pero no es necesariamente la manera más rentable de distribuir los medicamentos. Para conseguir costos unitarios de los servicios de APS en Guatemala, el equipo de estudio del LAC HNS, siguiendo los consejos de las autoridades locales, distribuyeron el valor de los medicamentos recibidos por todos los establecimientos en categorías específicas de servicios de APS. En función de esto, solamente uno de los ocho servicios de APS, "tratamientos", fue asignado el 92,5 por ciento del valor total de los medicamentos, y enfermedades respiratorias agudas, terapia de rehidratación oral e inmunizaciones representaron el resto (3 por ciento, 2,5 por ciento y 2 por ciento, respectivamente). Se trató de un mecanismo poco elaborado para el cálculo del uso de medicamentos, ya que hace caso omiso al hecho de que las vacunas fueron donadas en muchos casos.

En Paraguay, se combinaron los medicamentos y materiales en una sola categoría de gastos. Los funcionarios regionales del MS calcularon la parte del valor total de los medicamentos y materiales financiados por el gobierno central que iban a los establecimientos de APS de su región. A esta cifra le agregaron los gastos incurridos por el hospital regional en los análisis de laboratorio relacionados con la APS. A continuación, se repartió esa suma entre los establecimientos individuales de la región en proporción directa con el nivel de consultas, las hospitalizaciones, las cirugías menores y los tratamientos curativos que ofrecían.

Sin embargo, éste no fue el valor total de medicamentos y materiales. Todos los suministros para los programas de inmunización y planificación de la familia utilizados durante este período en las dos regiones del estudio de Paraguay provinieron de organismos internacionales. Al no haber información sobre el costo o las cantidades de estos materiales que se usaron para prestar servicios de planificación familiar e inmunización en las dos regiones del estudio, se adoptó el método de requerimientos de insumos. Se estimaron la cantidad y el costo de los suministros requeridos para proporcionar cada uno de los tipos principales de servicios de planificación familiar y vacunación. Luego, sobre la base de la cantidad y combinación de los servicios prestados, se elaboró un cálculo del valor total de los insumos. El total estimado de gastos regionales en concepto de medicamentos y materiales para la APS fue la suma de estas tres fuentes: el valor estimado de los suministros provistos por donantes, la parte estimada del total de medicamentos y materiales financiados por el gobierno central que se dedicaba a la APS, y el valor estimado de los gastos de laboratorio del hospital regional que se dedicaba a realizar análisis para la APS.

En Belice, el hecho de haber hecho el análisis del Ministerio de Salud en su totalidad implicó que hubo mucho menos trabajo para cuantificar los gastos de medicamentos. La base del cálculo consistió en los datos del almacén central con respecto a los nuevos pedidos (para todos los establecimientos del MS).

- **Al no haber suficientes datos, pareciera ser que la mejor manera de calcular el uso de medicamentos es aplicar las normas de tratamiento al perfil epidemiológico, lo que tiene la ventaja de separar automáticamente la utilización de medicamentos por categorías de servicios y se puede perfeccionar prorrateando las normas de tratamiento por el cumplimiento estimado.**
- **Se recomienda que todos los Ministerios de Salud desarrollen sistemas para el control de inventarios que permitan contabilizar los medicamentos que se distribuyen a cada establecimiento.¹**

Otros costos directos

Ninguno de los seis países estudiados podía identificar directamente el monto preciso de "otros" gastos de la prestación de servicios (es decir, gastos no relacionados con el personal ni con los medicamentos) incurridos por el Ministerio de Salud. Los métodos empleados para cuantificar el monto total de otros gastos directos y la proporción de ese total que se usa específicamente para los servicios de APS fueron considerablemente distintos entre los

¹ Management Sciences for Health ha desarrollado un software excelente de control de inventarios llamado INVEC para utilizar en los almacenes de Ministerios de Salud. Cuando se utiliza en la forma adecuada, INVEC servirá no sólo para el control de inventarios, sino también para la adquisición y asignación de costos a los puntos de distribución.

siete estudios, lo que reflejó primordialmente una combinación de distintas estructuras institucionales de los distintos Ministerios de Salud junto con una sistemática variación de los tipos, la calidad y el nivel de registros detallados que se disponían.

Los cinco estudios que formularon cálculos de costos de los establecimientos se basaron en la premisa de que la distribución de los otros costos directos del servicio de APS era directamente proporcional al de gastos de personal. Si bien no se trata de un cálculo exacto, el grado de error se minimiza con el hecho de que los otros costos directos normalmente representan solamente alrededor del 10% del costo total, de manera tal que hasta una discrepancia seria no afectaría en gran medida a los costos unitarios.

- **Se recomienda desarrollar sistemas presupuestarios al nivel de establecimiento a fin de llevar la cuenta de los "otros costos directos", lo que podría vincularse también con las categorías de servicios para facilitar los cálculos de los costos unitarios.**

Costos indirectos

Los costos indirectos o generales incurridos por el Ministerio de Salud en la prestación de los servicios que no se pueden atribuir directamente a cualquier servicio en particular. Estos costos abarcan los de mantenimiento de los niveles de supervisión del sistema, así como el mantenimiento de sistemas de apoyo, tales como logística, capacitación, desarrollo de normas técnicas y sistemas administrativos. Dado que los estudios del LAC HNS estaban interesados en calcular solamente los costos de la APS, también tenían que formular un medio para repartir el total de los costos indirectos del MS entre los servicios de APS y los demás servicios.

Dados los distintos tipos de estructuras institucionales de los MS en los países que fueron objetos de estudios por parte del LAC HNS, fue inevitable que los estudios captaran los distintos niveles y tipos de costos en sus cálculos de costos indirectos. Sin embargo, esa no fue la única fuente de variación en los métodos y las magnitudes de los cálculos de costos indirectos. Las formas en que se estimaron esos costos en los estudios del LAC HNS fueron otra causa de variantes: no todos los estudios incluyeron todos los costos indirectos a nivel supraestablecimiento.

Los estudios de Guatemala y Nicaragua, por ejemplo, incluyeron solamente los costos de la oficina regional, pero no los de la oficina central. Por otro lado, en Paraguay, los costos indirectos incluyeron porciones de ambas oficinas.

El Ministerio de Salud de Belice no tiene oficinas regionales. Por ende, los costos indirectos del estudio de Belice incluyeron solamente la parte de APS de la oficina central. El estudio de Bolivia representó el otro extremo: incluyó solamente la porción del total de gastos de las oficinas distritales del MS comprendida por los costos de las oficinas de distrito

para el personal que supervisa los establecimientos de APS y los costos de transporte asociados con esta supervisión.

En la mayoría de los estudios, se asignaron los costos directos totales de la prestación de servicios de APS a los establecimientos individuales en base a su participación en el total de los costos de personal de APS. En el estudio de Guatemala se empleó un método diferente y más complejo. Allí los costos indirectos consistieron exclusivamente en los gastos de la oficina del área de salud. Sobre la base de su opinión respecto del análisis de las actividades, los funcionarios del área de salud calcularon que el 85 por ciento de los gastos de la oficina del área de salud podían atribuirse a los establecimientos de APS. El 85 por ciento de la APS del costo de dicha oficina se distribuyó entre los distritos de salud que comprenden el área de salud sobre la base de la participación de cada distrito en la población total del área de salud. En cada distrito, se distribuyeron los costos indirectos entre los establecimientos individuales basándose en la participación de cada uno en los costos directos totales del distrito. Por último, se repartieron los costos indirectos totales del establecimiento individual a sus servicios particulares de APS sobre la base de la participación de cada servicio en los costos directos totales del establecimiento.

En el estudio de Belice, se calculó que el 30 por ciento de los gastos totales del Ministerio de Salud para la prestación de servicios no administrativos estaban destinados a la APS; se atribuyó la misma proporción de los costos administrativos totales del Ministerio de Salud a la APS.

Si bien los costos unitarios deben incluir también los costos indirectos, los problemas inherentes a la determinación y distribución de costos indirectos producirá inevitablemente una serie considerable de valores que dependen de los parámetros y la metodología elegida. Al comparar los resultados de los siete estudios del LAC HNS, se halló que la consolidación de los costos indirectos con los costos directos tendía a ocultar las diferencias entre los establecimientos y los servicios.

- Hasta tanto se cuente con un medio más eficaz para calcular y distribuir los costos administrativos, se deben calcular los costos indirectos en función de los servicios que financian, en vez de hacerlo como un componente de la prestación de servicios. Para simplificar el proceso, en realidad, se puede no dejar de tener en cuenta los costos indirectos, sin que haya una gran pérdida de información administrativa. De cualquier manera, para asegurar la posibilidad de comparación, se deben proporcionar cifras separadas de costos unitarios para los costos directos y los costos directos consolidados con los indirectos.

Los costos unitarios para los servicios individuales

En cuanto a los costos unitarios, cada estudio se concentró en las categorías de servicios consideradas útiles por las autoridades locales, lo que provocó una falta de normalización

y, por ende, tornó imposibles las comparaciones posteriores de los costos unitarios de los distintos países, con la excepción de los casos de consultas externas e inmunizaciones (véase el Cuadro 2 para obtener ejemplos de los resultados de los siete países).

Normalmente se eligieron las categorías de servicios en función de la importancia percibida y la disponibilidad de datos sobre las actividades. En casi todos los estudios, sin embargo, los informes de las actividades de los centros y puestos de salud no siempre fueron confiables.

- **Para que sean útiles, se deben calcular solamente los costos unitarios de los servicios para los que se dispongan datos precisos sobre las actividades.**

Otro problema fue la definición de los servicios de cada categoría.

- **Las categorías de servicios deben definirse cuidadosamente antes de la recopilación de los datos, la que luego se llevará a cabo en una forma congruente con las definiciones.**

Es muy difícil fijar los costos de determinados servicios. Un buen ejemplo es el de las actividades de "extensión", dado que consisten en una variedad de actividades distintas que pueden efectuarse en forma simultánea.

- **Probablemente es más útil fijarse simplemente en el porcentaje total del presupuesto que se dedica a las actividades de extensión, en vez de intentar calcular los costos unitarios. Lo mismo ocurre en el caso de otras actividades "mezcladas" para las que es difícil formular definiciones claras.**

Un resultado útil del estudio de Paraguay fue el desarrollo de un indicador que muestra el coeficiente del número de servicios prestados por cada actividad dividido por el número de miembros del personal. Esto produce un cálculo aproximado de la eficiencia relativa de los establecimientos. Por ejemplo, el número de consultas externas por miembro del personal de los centros de salud en la región Paraguarí del Paraguay osciló entre 275 y 1.456, con un promedio de 551, lo que indica que se debiera analizar y revisar el patrón de dotación de personal de algunos centros de salud.

CUADRO 2
COSTOS UNITARIOS DIRECTOS DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE APS
E INMUNIZACIONES
(en US\$ constantes de 1993, 4to. trimestre)

A. Centros de salud

<u>País/Distrito</u>	<u>Período</u>	<u>Consultas</u>		<u>Vac/CE</u>
		<u>Vacunac.</u>	<u>externas</u>	
BOLIVIA				
Altiplano Sur	10-12/1990	2.29	1.82	1.3
Altiplano Sur	7-9/1991	1.39	1.24	1.1
Valles Cruceños	10-12/1990	1.01	1.41	0.7
Valles Cruceños	7-9/1991	0.65	1.29	0.5
GUATEMALA				
Sololá	1-12/1989	0.46	2.18	0.2
PERU				
Lambayeque	10-12/1990	0.62	0.70	0.9
Lambayeque	10-12/1991	1.42	10.37	0.1
Lima Sur	10-12/1990	0.62	0.61	1.0
Lima Sur	10-12/1991	2.52	5.42	0.5
NICARAGUA				
Granada	1-9/1991	0.15	1.29	0.1
León	1-9/1991	0.35	0.99	0.4
Matagalpa	1-6/1992	0.68	1.79	0.4
Jinotega	1-6/1992	0.42	0.83	0.5
Managua	1-6/1992	0.38	1.21	0.3
Managua	1-6/1992	0.62	1.34	0.5
PARAGUAY				
Cordillera	1-6/1992	1.29	5.05	0.3
Cordillera	1-6/1992	2.39	6.28	0.4
Paraguarí	1-6/1992	0.83	3.94	0.2
Paraguarí	1-6/1992	2.68	4.22	0.6
MEDIA NO PONDERADA:		1.1	2.7	0.5
MEDIA PONDERADA				
(POR EL NO. DE ESTABLECIMIENTOS:		1.2	3.2	0.5

CUADRO 2, Continuación
COSTOS UNITARIOS DIRECTOS DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE APS
E INMUNIZACIONES
(en US\$ constantes de 1993, 4to. trimestre)

B. Puestos de salud

<u>País/Distrito</u>	<u>Período</u>	<u>Consultas</u>		<u>Vac/CE</u>
		<u>Vacunac.</u>	<u>externas</u>	
BOLIVIA				
Altiplano Sur	10-12/1990	0.87	1.45	0.6
Altiplano Sur	7-9/1991	1.26	1.49	0.8
Valles Cruceños	10-12/1990	0.57	2.27	0.3
Valles Cruceños	7-9/1991	1.42	2.45	0.6
GUATEMALA				
Sololá	1-12/1989	0.26	0.42	0.6
PERU				
Lima Sur	10-12/1990	0.43	0.78	0.5
Lima Sur	10-12/1991	1.47	4.60	0.3
NICARAGUA				
Granada	1-9/1991	0.25	0.70	0.4
León	1-9/1991	0.40	0.74	0.5
Matagalpa	1-6/1992	0.31	0.40	0.8
Jinotega	1-6/1992	0.67	0.84	0.8
Managua	1-6/1992	0.55	1.02	0.5
PARAGUAY				
Cordillera	1-6/1992	3.11	5.10	0.6
Cordillera	1-6/1992	1.15	3.23	0.4
Paraguarí	1-6/1992	3.53	2.19	1.6
Paraguarí	1-6/1992	2.15	1.60	1.3
MEDIA NO PONDERADA:		1.1	1.8	0.7
MEDIA PONDERADA				
(POR EL NO. DE ESTABLECIMIENTOS):		1.2	1.6	0.7

Dado que la primera prioridad de los estudios de costos recurrentes es proporcionar información útil a los países en los que se llevan a cabo, se elegirán los programas de servicios de acuerdo con lo que se considere de interés prioritario a nivel local y lo que cuente con el apoyo del sistema local de información. Por este motivo, es probable que sea prematuro esperar resultados de costos unitarios que sean comparables entre los países.

En realidad, se ha pensado en lograr que los datos de costos unitarios sean comparables, pero hasta ahora no se ha descubierto ningún método útil. Algunas alternativas interesantes podrían consistir en traducir los resultados en DALYs² o equivalentes de personal a tiempo completo para compensar las diferencias de las escalas de salarios de los países. No obstante, las diferencias en la definición de los servicios en sí dificultan las comparaciones y las tornan sospechosas.

III. Otras lecciones aprendidas

Además de los anteriores comentarios relativos a la metodología de los estudios, los estudios de costos recurrentes realizados por el LAC HNS produjeron una serie de otros resultados o lecciones que pueden mejorar el diseño y la utilidad de los futuros análisis de costos recurrentes.

A. Objetivos del estudio

Un solo estudio no puede brindar una respuesta a todas las preguntas relativas a los costos y la eficiencia con que un Ministerio de Salud presta los servicios de APS. Si un estudio trata de lograr demasiado, es probable que no se concentre lo suficiente en aspectos cruciales, reduciendo así la utilidad del estudio como un instrumento para mejorar la eficiencia del Ministerio y relajar sus restricciones financieras. Cuando las demás condiciones son iguales, lo máximo que un estudio intenta lograr, su enfoque será menos específico y más general.

- **En vez de tratar de desarrollar un "panorama" compuesto de todos los costos de un establecimiento en particular, puede resultar más útil concentrarse en aspectos específicos que parecieran requerir atención.**

Esos aspectos podrían abarcar los servicios que aparentemente dominan toda la prestación de servicios o a los que se dedica una gran proporción de recursos. Además, en vez de preocuparse por realizar un análisis preciso del costo unitario de un determinado

² DALYs son Años de vida ajustados por incapacidad, una medida desarrollada por el Banco Mundial en su *World Development Report 1993* (Informe sobre el desarrollo mundial de 1993).

componente de servicio,

- A los efectos administrativos, es necesario concentrarse en los componentes de costos que sean más importantes para la administración, como por ejemplo la relación entre la división del trabajo y el producto de un establecimiento, o bien los productos farmacéuticos destinados a programas específicos.
- Es fundamental definir a priori lo que el estudio espera lograr con el fin de preparar una recopilación de datos rentable y producir resultados significativos que vayan a usarse.

B. Identificación del público destinatario del estudio

Una parte crucial de la definición de los objetivos consiste en definir el público destinatario del estudio. Sin tener un público específico identificado, es difícil diseñar y poner en práctica un enfoque metodológico que proporcione la información adecuada al nivel de toma de decisiones previsto. Es obvio que un estudio destinado a caracterizar los patrones globales de presupuestos y costos requiera un método distinto y menos detallado que un estudio que procura comparar los costos unitarios entre los establecimientos de prestación de servicios.

- Como parte del diseño del estudio, se debe identificar claramente el público al que está dirigido el estudio.

C. El contexto cambiante

Al igual que cualquier organización dinámica, los sistemas de salud funcionan en un mundo que cambia constantemente: los patrones de las enfermedades cambian, el personal cambia constantemente, los presupuestos fluctúan, y el contexto económico y social en que se prestan los servicios de salud puede cambiar. La inestabilidad política puede producir cambios importantes. Hasta las condiciones climáticas (como en el caso de inundaciones y sequías) pueden provocar cambios, los que pueden convertir a las comparaciones entre períodos totalmente inútiles.

En el segundo estudio que se realizó en el Perú se ilustró claramente la importancia de esta lección, ya que se intentó comparar los precios unitarios de los servicios entre 1990 y 1991. El período transcurrido entre esos años estuvo marcado por serios problemas políticos, hiperinflación y la duplicación de los salarios del personal de salud, así como por una drástica reducción en la demanda de los servicios. Por lo tanto, no resultó sorprendente que los costos unitarios de los servicios se duplicaran durante el período, quitándole todo sentido a las comparaciones.

- El diseño del estudio debe tener en cuenta los factores circunstanciales y debe modificarse para evitar realizar esfuerzos inútiles en la eventualidad de que esos cambios eliminen la base de toda comparación.

D. Elección de los establecimientos para el estudio

La elección de los establecimientos a estudiar constituye una parte crucial del diseño para poder cumplir con los objetivos del estudio. Los estudios del LAC HNS produjeron varias lecciones en este sentido.

- Las unidades de los servicios de salud estudiados deben poder compararse en términos del número y el tipo de personal, la complejidad de los servicios ofrecidos y, preferentemente, el tamaño de la población atendida.

En términos generales, cuanto más grandes y complejos son los servicios, más altos serán los costos unitarios, fundamentalmente porque a menudo el paciente es atendido por personal de una categoría más alta. De cualquier manera, para que tenga sentido, los centros de salud de una determinada complejidad deben compararse con otros de la misma complejidad. Lo mismo corresponde en el caso de los puestos de salud.

Es importante recordar que es probable que el mero título de puesto o centro de salud no describa lo suficientemente bien la categoría adecuada de un establecimiento. Para categorizar mejor a los establecimientos, el equipo del LAC HNS de Paraguay desarrolló una metodología de ponderación que fue relativamente sencilla de utilizar. El Cuadro 3 contiene una descripción detallada de este proceso de categorización.

Uno de los problemas de los estudios del LAC HNS fue el volumen de los datos recopilados, lo que demoró la recolección, el procesamiento y el análisis de la información considerablemente, retardando la presentación de los resultados y debilitando efectivamente la utilidad de los estudios. Como se pudo observar en el Cuadro 1, en la mayoría de los estudios, más de la mitad de los establecimientos incluidos en el análisis eran puestos de salud. Por ende, su eliminación hubiera reducido a la mitad la cantidad de datos recopilados y analizados.

Por definición, los puestos de salud son pequeños y normalmente tienen sólo una o dos personas que trabajan en ellos. Si bien pueden estimarse los costos para los servicios que prestan, esa información no brinda mucha ayuda a nivel administrativo: las actividades no pueden redistribuirse a otros miembros del personal; no se puede agregar ni eliminar personal; y la combinación de los servicios es probablemente un paquete estándar y bastante básico. Asimismo, los costos globales son relativamente insignificantes. Por estos motivos,

CUADRO 3
CATEGORIZACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIMARIA

A fin de asegurarse más de que los establecimientos elegidos para el estudio de costos recurrentes del Paraguay quedaran en categorías comparables, el equipo concibió una metodología de ponderación que se describe con los siguientes factores:

	Puntos adjudicados dentro de cada categoría	Ponderación aplicada al total
Cantidad de personal	100	8.0
< 5	30	2.4
6 - 10	50	4.0
11 - 15	75	6.0
> 15	100	8.0
Nivel técnico del personal	100	72.0
Médico	25	18.0
Partera capacitada	20	14.0
Personal de enfermería	20	14.0
Otro personal técnico	5	3.6
Guardia de seguridad (24 horas)	10	7.2
Infraestructura física	100	20.0
Camas	15	3.0
Sala de partos	20	4.0
Instrumentos	10	3.0
Cadena de frío	20	4.0
Electricidad	10	2.0
Agua	15	3.0
Comunicaciones	10	2.0

Como puede observarse, el factor dominante que se consideró fue el nivel técnico del personal, que recibió 72 por ciento de la ponderación. La presencia de un doctor añadió 18 puntos al puntaje de los establecimientos; una enfermera, 14 puntos, y así en más.

Los establecimientos se clasificaron y agruparon de acuerdo con el puntaje total:

Centros de salud - Tipo 1	> 90 puntos
Centros de salud - Tipo 2	70 - 89 Puntos
Puestos de salud - Tipo 1	40 - 69 Puntos
Puestos de salud - Tipo 2	1 - 39 Puntos

Los factores considerados y las ponderaciones utilizadas en Paraguay se pueden adaptar fácilmente para que encajen en la situación de otros países.

- **Para reducir el volumen de los datos, los estudios de costos recurrentes deben concentrarse primordialmente en los centros de salud y/o establecimientos de mayor complejidad. Los puestos de salud deben añadirse cuando existe la suficiente capacidad para recopilar y procesar los datos con rapidez.**

Por último, si se va a efectuar un muestreo de establecimientos, el mismo debe ser representativo. El tamaño y la distribución de la muestra dependerá de los objetivos del estudio. En el segundo estudio del Perú, la muestra de los tres puestos de salud apenas fue representativa de la región estudiada, y demás está decir que no pudo tomarse como base para una comparación nacional. En este caso, excepto por el interés en los mismos establecimientos particulares, no fue necesario incluir a esos puestos de salud en el estudio.

- **En general, se deben estudiar todos los establecimientos de salud pública relativamente complejos de una determinada región, dado que así se producirá la muestra más homogénea. En caso contrario, la muestra elegida debe ser representativa en términos de objetivos a alcanzar.**

E. Elaboración de patrones de referencia

El nivel absoluto del costo medio de un servicio de salud no es en sí una información útil. Si bien el análisis de los costos proporciona información sobre el grado de variación en los niveles de eficiencia que hay en un sistema de atención de la salud, no sirve para determinar lo que debe hacerse con respecto a esas variantes. Los costos no sólo se ven afectados por la eficiencia, sino también por la demanda y la potencial demanda de servicios, la calidad de la atención y la combinación de los servicios en sí. Por lo tanto, lo que es útil es comparar los costos de los servicios entre las unidades prestatarias de servicios y tratar de explicar las diferencias halladas.

Es importante recordar que la existencia de costos unitarios más bajos no implica necesariamente un producto mejor: es probable que la calidad de los servicios de menor precio no sea aceptable. Además, para ampliar su alcance, es inevitable que algunos establecimientos atiendan a una menor población y, por ende, tengan un costo unitario más alto para los servicios.

Si bien es posible comparar el funcionamiento de los distintos establecimientos de los estudios y, de ese modo, identificar los que no lo estén haciendo bien a fin de efectuar algún tipo de seguimiento, sin patrones de referencia de algún tipo, no se puede proporcionar información con respecto a la aceptabilidad de su funcionamiento.

- **Puede resultar útil identificar un solo establecimiento de cada tipo como ejemplo de un**

establecimiento bien provisto y con un buen funcionamiento para que sirva como patrón de referencia para medir o evaluar el funcionamiento de otros establecimientos del estudio.

F. Presentación de los resultados

La mayoría de los responsables de tomar decisiones en el campo de la salud son médicos que no están acostumbrados a analizar grandes cantidades de información financiera o no tienen ningún interés de hacerlo. Además, aun cuando éste no sea el caso, las autoridades están tan ocupadas que no tienen tiempo para analizar a fondo los datos generados por estudios tan amplios como los llevados a cabo por el LAC HNS. Por este motivo,

- **El diseño del estudio debe considerar cuidadosamente quién se encargará de efectuar el análisis de los datos, tarea que habrá de asignarse a alguien que tenga el tiempo, interés y capacidad para analizar y resumir los datos.**

El lenguaje o vocabulario que se usa tiene importancia también: la mayoría no son economistas profesionales y, si bien es necesario hacer algún esfuerzo por familiarizarse con los conceptos básicos de análisis de costos, es probable que el uso de mucha jerga técnica cause un rechazo hacia los resultados del estudio.

- **Se deben resumir los datos y presentarlos gráficamente para atraer el interés de la gente responsable de su utilización. Se debe evitar usar todo tipo de jerga técnica.**

Uno de los aspectos negativos de los estudios del LAC HNS fue la demora entre el final del estudio y la presentación de los resultados. Para que tengan un máximo valor como instrumento de gestión administrativa, los datos de costos deben presentarse prácticamente enseguida.

- **Para obtener una máxima utilidad, los estudios de costos recurrentes deben planearse de manera tal que se minimice el período que transcurre entre la recopilación de los datos y la presentación de los resultados.**

Si bien los análisis de costos proporcionan información acerca del grado de variación en los niveles de eficiencia que hay en un sistema de atención de la salud, no abordan lo que debe hacerse con respecto a estas variaciones.

- **Los datos de costos deben analizarse en combinación con la información relativa a los tipos de servicios prestados, la calidad de esos servicios y demás información sobre el contexto en que se prestan, tales como los aspectos relacionados con la organización, el presupuesto y el personal.**

G. Posibilidad de reproducción

Los estudios de costos proporcionan fundamentalmente un "panorama" de la situación financiera de un determinado establecimiento de APS o de una región dada. La utilidad de un análisis de costos es limitada, ya que no hay ninguna base para efectuar una comparación a través del tiempo y ninguna manera de observar los efectos de los cambios hechos a raíz de las recomendaciones del estudio. Por este motivo:

- **Se recomienda que, en la medida de lo posible, el análisis de los costos recurrentes se convierta en un proceso administrativo constante.**

Esto requerirá el desarrollo de sistemas y procedimientos que faciliten un acceso fácil y constante a los datos de costos.