

Seguro Social de Salud - EsSalud

Sistema de contabilidad de costos

Misión realizada a Lima (PERÚ), del 1 al 6 de septiembre 2013

1. Objetivo de la misión

El objetivo de la colaboración técnica fue precisado por EsSalud en la Nota Conceptual oportunamente enviada a la OIT y que obra como ANEXO 1 a la presente. En su requerimiento, EsSalud precisó: “... solicitamos al respecto nos compartan información sobre los sistemas de costos de prestadores de salud de seguridad social en salud de otros países; así como otra información que consideren nos permita uniformizar el sistema de costos vinculado a la gestión asistencia”.

2. Ejecución de la misión

La misión fue organizada sobre la base de una agenda de actividades oportunamente consensuada entre las partes y que obra como ANEXO 2 al presente informe. La misma fue ejecutada del 2 al 6 de septiembre de 2013.

Previas coordinaciones de la Oficina de la OIT para los países andinos y en particular de su Especialista en Seguridad Social, Pablo Casali, el consultor fue acompañado durante toda la misión por el licenciado Rubén Cabello Pardo, a cargo de la Oficina de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento de EsSalud. Además de las reuniones y entrevistas mantenidas con los responsables de las distintas gerencias de la sede central de EsSalud, también se tuvo la oportunidad de visitar un Centro de Asistencia Primaria (CAP 2, Lima) y los hospitales Almenara y Rebagliati, hospitales nacionales y cabeceras de redes asistenciales. En oportunidad de estas visitas, se mantuvieron distintas reuniones con el personal a cargo de la gestión del sistema de costos.

La duración limitada de la misión y la falta de acceso a información sustancial previo a la misión, no permitió un análisis técnico del sistema de costos vigente en EsSalud. En este contexto, el punto de partida de la misión lo constituyó los puntos observados en la nota conceptual de EsSalud (ANEXO 1) y el documento de la OIT titulado “*Demande d’appui Pérou – proposition d’un système de tarification et de gestion des coûts pour la sécurité sociale*” (LT/SECSOC/18062013).

Además, debido a la duración limitada de la misión resulta difícil para el consultor tomar pleno conocimiento respecto de la cultura y funcionamiento institucional del Seguro Social de Salud. Por esta razón, las recomendaciones que se plasman en este reporte son principalmente de método y algunas de las cuales deberán ser consideradas como puntos de vigilancia.

La experiencia profesional del consultor es la de un usuario del sistema de costos hospitalario y no la de un contador o de un técnico de sistemas de información. En consecuencia, el trabajo desarrollado buscó dar respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las necesidades de EsSalud en la utilización de un sistema de costos?
- ¿En qué medida el sistema actual responde a estas necesidades?
- ¿Cuáles deberían ser las mejoras a introducir al sistema de costos que respondan a las necesidades identificadas?

3. Las necesidades de EsSalud en la utilización de un sistema de costos

Para el caso específico de EsSalud, que no es una empresa privada sino una institución pública que cumple los roles de aseguradora y productora de prestaciones de salud ambulatoria y hospitalaria, un sistema de costos puede tener varios usos:

- Siendo un proveedor de prestaciones de salud:
 - conocer el costo de sus productos para la **definición de tarifas** tanto en el marco de intercambios prestacionales con otras instituciones públicas como de venta de prestaciones a aseguradores privados o a particulares;
 - **asignar recursos** a los centros asistenciales en relación con volúmenes de actividad; el sistema de costos permite a la institución definir una tarifa interna de prestaciones y a cada centro asistencial la comparación de sus costos propios a la tarifa; debe también ser la base, gracias a un buen conocimiento de las actividades, de herramientas de control de gestión;
 - Mejorar la gestión de los centros asistenciales. El sistema de costos debe permitir un **benchmarking** interno o externo así como análisis de procedimientos para mejorar las distintas prácticas.

- Siendo una institución aseguradora:
 - Tiene responsabilidad por el **mejor uso de los fondos para la salud de la población asegurada**. Para esto, EsSalud debe estar en capacidad de hacer estudios costo-efectividad. Esta necesidad corresponde a un objetivo específico del plan estratégico 2012-2016, en particular el objetivo 3.2: "*Mejorar la gestión del gasto orientándolo a financiar resultados a través de intervenciones costo-efectivas*". El sub-objetivo 3.2.1 introduce la siguiente precisión: "*Desarrollar acciones orientadas a establecer un presupuesto institucional, como correlato financiero del plan de gestión, enfocado en financiar resultados sanitarios, para cuyo efecto se promoverán intervenciones costo-efectivas, simplificación de los procesos asistenciales y mejoras en el rendimiento de los centros asistenciales*".

4. La situación vigente del sistema de costos

4.1. Las bases del sistema de costos existen, destacando algunos puntos positivos:

- EsSalud tiene una experiencia de 20 años en la gestión de un sistema de costos. La nota conceptual subraya, como defecto, la antigüedad del sistema de costos de EsSalud sobre todo en cuanto a las herramientas informáticas (Sistema de Gestión Hospitalaria: SGH). Pero la antigüedad del sistema de costos tiene también un aspecto positivo: la experiencia adquirida a lo largo de los años. EsSalud tiene tanto en la sede central como en las redes asistenciales equipos capacitados en sistema de costos. Estos equipos están en capacidad de proveer a EsSalud de la mayoría de las informaciones que se necesita aunque en ausencia de sistemas o

programas informáticos de avanzada, como por ejemplo la utilización de Excel. En particular, el sistema de costo vigente permite asentar, a partir de costos promedios, la definición de tarifas tanto para asegurados como para no asegurados. El sistema permite también conocer, a condición de un trabajo de pocos días, el costo para EsSalud de las principales enfermedades como por ejemplo el costo del cáncer de mama.

- Las bases conceptuales y técnicas del sistema de costos están documentadas: la directiva 023-CG-IPSS-95 titulada *“Manual del sistema de costos hospitalarios del Instituto Peruano de Seguridad Social”*. Este documento define:
 - los centros de costos y las unidades de medida así como los criterios para la definición de las unidades de medida;
 - Los formatos de costos hospitalarios;
 - El formato de las hojas de trabajo del personal;
 - Los cuadros auxiliares de costos;
 - Los cuadros de análisis.

El manual tiene también dos ANEXOS:

- Anexo 1: Kardex (sistema de gestión del inventario) valorado de medicinas;
 - Anexo 2: Consumo y valorización de medicinas.
-
- La institución se encuentra actualmente implementando una herramienta más moderna en reemplazo de SGH: el Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS). El SGSS se encuentra operativo en 45 centros asistenciales. El proyecto prevé su implementación en todos los centros asistenciales de EsSalud en un plazo de 18 meses.

4.2. Sin embargo, el sistema de costos de EsSalud tiene importantes debilidades

Las principales debilidades del sistema de costos de EsSalud están listadas en el estudio financiero actuarial de la OIT de 2012:

- El sistema actual no es uniforme;
- Falta estandarizar y normar los procesos asistenciales a cargo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y la Oficina Central de Planificación y Desarrollo;
- No se cuenta con información centralizada en línea;
- No se cuenta con estándares para el registro de la información;
- La información es fácilmente vulnerable;
- No cuenta con una Historia Clínica Electrónica;
- El sistema tiene una antigüedad aproximada de 20 años y está desarrollado en un lenguaje FOX sin soporte tecnológico;
- La directiva 023 no ha sido actualizada;
- Hay muy pocas guías clínicas.

4.3. La respuesta a las necesidades es imperfecta

4.3.1. Los tarifarios

EsSalud define tarifas de prestaciones de acuerdo al siguiente detalle:

- **Tarifas para terceros:** atención a particulares, asegurados por el Seguro obligatorio de accidentes de transporte (SOAT), empresas morosas y afiliados a EPS con capa simple.
- **Tarifas para asegurados:** estas tarifas son de uso interno para la aplicación de mecanismos de asignación de recursos a los centros asistenciales por atenciones a los asegurados y sus derechohabientes (ver § 4.3.2.)
- **Tarifas para intercambios prestacionales:** es la preocupación actual de EsSalud en las negociaciones que mantiene con El Ministerio de Salud (MINSA). En estas negociaciones, EsSalud tiene que fundamentar sus tarifas. El MINSA no está de acuerdo con la utilización de costos promedios y exige un análisis del contenido de cada prestación.

Los tarifarios son definidos con catálogos distintos:

- Codificador CPT para tarifas “terceros”. El catálogo en uso por EsSalud no es estrictamente el CPT publicado por la AMA pero tiene adaptaciones propias definidas por la Gerencia Central de Prestaciones.
El catalogo es muy detallado. Por ejemplo hay 3457 códigos distintos para la cirugía.
- Codificador propio de EsSalud para asignación presupuestal. Este codificador de procedimientos es mucho más agregado que el CPT. Por ejemplo, hay solo 5 categorías para la cirugía según el nivel de complejidad. La codificación es la del sistema de costos definido por la directiva 023 de 1995.

7. INTERVENCIONES QUIRURGICAS			
Código		ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	UNIDAD DE MEDIDA
07010000	7,1	Cirugía Mayor de Alta Complejidad (A)	Intervención
07020000	7,2	Cirugía Mayor de Mediana Complejidad (B)	Intervención
07030000	7,3	Cirugía Mayor de Baja Complejidad (C)	Intervención
07040000	7,4	Cirugía Menor de Alto Requerimiento (D)	Intervención
07050000	7,5	Cirugía Menor de Bajo Requerimiento (E)	Intervención

- Para los intercambios prestacionales se implementó un dispositivo específico. Para la cirugía, por ejemplo, se definieron “paquetes” que incluyen no solo la intervención quirúrgica sino también todos los elementos del episodio hospitalario: consultas, hospitalización, radiología, laboratorio y medicinas. Este método de globalización de los costos de una estadía hospitalaria se parece a la financiación con GRD. El tarifario de “paquetes” podría ser el comienzo de un tarifario general de las actividades hospitalarias, no sólo para negociaciones de intercambio prestacional, sino también para la asignación presupuestal y para tarifas de terceros.

Ejemplo de paquete quirúrgico	
ADENOMECTOMIA PROSTATICA	
Concepto	Cantidad
<u>1. CONSULTA, HOSPITALIZACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</u>	
- CONSULTAS	
Consulta Ambulatoria por Médico Especialista	2
INTERCONSULTA DIURNA,	1
- HOSPITALIZACION	
CUARTO INDIVIDUAL	5
SALA DE RECUPERACION DE 2 A 6 HORAS.	1
- INTERVENCIÓN QUIRURGICA	
ADENOMECTOMIA PROSTATICA	1
<u>2. OTROS PROCEDIMIENTOS Y MEDICAMENTOS</u>	
RADIOLOGIA (Aproximado)	
LABORATORIO (Aproximado)	
MEDICINAS (Aproximado)	
TOTAL GENERAL S/.	
(*) Resolución N° 012-GCAS-ESSALUD-2010 (Tarifario a No Asegurados)	
NOTA:	
- Los precios son aproximados y están sujetos a variación.	
- El presupuesto no incluye los exámenes realizados fuera del hospital.	
- No incluye complicaciones del tratamiento.	

Si el sistema de costos permite a EsSalud la definición de tarifarios tanto para uso interno como para uso externo, su multiplicidad, a base de catálogos distintos y con herramientas artesanales, hacen que su rendimiento no sea el óptimo.

4.3.2. Asignación de recursos y control de gestión

La asignación de recursos a las redes asistenciales y a los centros asistenciales se realiza sobre la base de una combinación de criterios: volumen de actividad no solo de cuidados, pero también de acciones de prevención, costos específicos y capitación.

El sistema de costos vigente proporciona los elementos necesarios para la asignación de recursos en cuanto al monto de los mismos. El punto de partida de la elaboración del presupuesto de un centro asistencial es la definición de objetivos numéricos en cuanto a distintas actividades en un nivel elevado de detalle, agrupados en categorías con números de 1 a 14 (la categoría 3 no existe). El número de líneas tarifarias dentro de cada categoría es muy diverso. La categoría más importante en cuanto a número de líneas es la de "Procedimientos" que cuenta 100 líneas entre las cuales 50 son de cardiología intervencional. En comparación la cirugía sólo cuenta con 5 líneas correspondiendo a niveles de complejidad.

Categoría	Actividades específicas	N° de líneas
1	Prestaciones ambulatorias	50
2	Servicio de hospitalizaciones	8
4	Servicio de diálisis	3
5	Emergencia	6
6	Partos	2
7	Intervenciones quirúrgicas	5
8	Procedimientos	100
9	Medicina complementaria	4
10	Tratamientos especializados	24
11	Atención domiciliaria	7
12	Apoyo al diagnóstico	52
13	Procura y trasplante	21
14	Servicios contratados	5
15	Salud ocupacional	10
	Total	297

Para cada línea, las tarifas pueden ser distintas según 4 niveles de centros asistenciales o de hospitales, con tarifas particulares para los hospitales nacionales (HN) y los institutos especializados.

CENTROS ASISTENCIALES, CENTROS E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS											
PROVINCIA				LIMA				H.N.*	CENTRO E INST.		
H.I	H.II	H.III	H.IV	H.I	H.II	H.III	H.IV		IPO	INCOR	CNSR

La red asistencial y la sede central tienen conocimiento cada mes del cumplimiento de los volúmenes de actividad.

Una crítica expresada en cuanto a los tarifarios es que su construcción parte de costos promedios y no de costos reales. Podría ser de un real interés tener conocimiento de la distribución (en deciles o en quintiles) de los costos reales y, si la distribución es abierta, implementar estudios para conocer las razones de las diferencias de costos. En particular, es importante saber en qué medida las diferencias se pueden imputar a las prácticas o al estado de salud de los pacientes. Si se trata de prácticas, es conveniente armonizarlas; si se trata de un procedimiento específico, hay que interrogarse sobre la oportunidad de definir una tarifa particular.

4.3.3. Mejora de la gestión: *benchmarking* y buenas prácticas

La sede central de EsSalud tiene conocimiento de todos los datos de actividad y de gestión de cada red asistencial y, dentro de cada red, de cada centro asistencial y hospital. El consultor no ha tenido conocimiento de estudios comparativos o de programas de encuestas dirigidas a mejorar la gestión, la organización y las prácticas.

Por ejemplo, la comparación de los costos de cada procedimiento para cada centro asistencial permite hacer un análisis de las diferencias. Si las diferencias de costos son importantes es posible implementar

encuestas de las razones de las diferencias tanto en los centros más costosos como en los centros menos costosos. Estas encuestas permiten corregir las causas de costos mayores o difundir las mejores prácticas. Es concebible implementar estos estudios a un nivel nacional –por ejemplo cuando se trata de prácticas médicas– o al nivel de las redes asistenciales cuando se trata de organización o de gestión.

La publicación de tablas de *benchmarking* con acceso a todos los niveles de EsSalud (gerencias de la sede central, redes asistenciales y centros asistenciales) podría ser un estímulo importante para mejorar las prácticas y la eficiencia. Sería conveniente que cada responsable esté en situación de conocer su situación propia y de asumir responsabilidades concretas para mejorar esta última. Podría también ser una base de discusión entre los responsables de cada red asistencial y los responsables de cada centro asistencial de la red para la definición de acciones de mejora.

El *benchmarking* es un instrumento importante en un modelo de gestión descentralizado.

4.3.4. Mejora en la gestión de los fondos

El sistema de costos puede ser la base de estudios costos/efectividad de las intervenciones de EsSalud. El sistema de costos permite conocer por ejemplo el costo del cáncer de mama o intestinal para EsSalud. ~~Permite también conocer el costo de las intervenciones en relación con el nacimiento. Estos datos~~ pueden contribuir, por ejemplo, en los estudios costo/efectividad de las acciones de prevención sobre la mortalidad infantil y de los ahorros que puedan generarse a través de los cuidados hospitalarios. Los estudios permiten también conocer el costo/efectividad en cuanto a las vidas salvadas de acciones de detección de enfermedades.

La utilización de estos estudios promueve la objetividad de los responsables de EsSalud en las decisiones respecto del uso de los fondos.

Las condiciones para implementar tales estudios son las siguientes:

- Tener datos de salud de la población asegurada: mortalidad, morbilidad, uso de cuidados según el sexo, la edad, los ingresos y el lugar de la vivienda;
- Tener datos comparativos sobre la población que se ha beneficiado o no de las prestaciones objeto del estudio.

La necesidad de utilizar estos estudios fue subrayado por responsables de la Gerencia Central de Prestaciones.

5. Recomendaciones

Las recomendaciones que seguidamente se presentan no refieren sobre las cualidades o competencias técnicas de los funcionarios de la Institución por cuanto el trabajo de campo permitió comprobar que EsSalud cuenta con personal capacitado en cuanto a sistemas de información y sistemas de costos. Sin embargo, el trabajo realizado sí permitió identificar dificultades relacionadas con los métodos y puntualmente de organización. Adicionalmente, también podrá observarse que algunas soluciones no dependen exclusivamente de EsSalud sino también del Ministerio de Salud (MINSA).

5.1. El papel del Ministerio de Salud

En particular, el Decreto Supremo N° 024-2005-SA define las reglas relativas a las identificaciones estándar de los datos en salud y confiere al MINSA la responsabilidad de implementar su estandarización. En su artículo 2°, el decreto dispone que “... *El Ministerio de Salud es la instancia encargada de conducir, desarrollar y administrar el sistema de identificación estándar para el registro e intercambio de datos clínicos y administrativos de uso en la atención y en los cuidados de salud de las personas...*”.

Por su parte, el artículo 4° agrega que “...*Toda persona natural o jurídica vinculada con los procesos de atención y cuidados de la salud, tienen iniciativa para presentar sugerencias o aportes para la adopción de una nueva identificación estándar de datos o modificaciones a las existentes...*”.

El decreto adopta en particular:

- el CPT (*Current Procedural Terminology*), siendo “... *de aplicación en todas las entidades privadas y públicas del sector salud, por tanto tiene alcance a todos los establecimientos de salud, servicios médicos de apoyo así como también, en las unidades administrativas de los niveles local regional y nacional de dichas entidades*”;
- Una clasificación estándar de producto farmacéutico: el sistema de clasificación de medicamentos Anatómica Terapéutica Química (ATC) establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS);
- Reglas de identificación estándar de Usuario de Salud;
- Identificación de los Establecimientos de Salud y de Servicio Médico de Apoyo;
- reglas para la codificación estándar de episodio de atención de Salud.

El decreto también prevé la constitución de comités técnicos especializados integrados por los representantes de las diferentes instituciones del sector de acuerdo a la especialidad del comité. El consultor no tiene conocimiento sobre el nivel de aplicación de este decreto. Por ejemplo, concerniendo al CPT, el consultor no pudo corroborar que el Ministerio de Salud haya avanzado en su implementación desde 2005, razón por la cual EsSalud lo hace para su propio uso.

Podría ser importante para EsSalud como también para el sistema de salud peruano en general, que el Seguro Social de Salud tenga algún grado de intervención o coordinación con el MINSA para la constitución de un comité técnico de datos de salud -o para el mejor funcionamiento del mismo si ya existiera- para que la estandarización siga siendo una realidad.

También sería importante iniciar discusiones con el MINSA para la construcción de un sistema de GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), lo que permitiría tener una visión más realista de la actividad hospitalaria más allá de los procedimientos. Los “paquetes” quirúrgicos establecidos en el marco de los intercambios prestacionales proceden la lógica de los GRD. Sería importante avanzar de manera organizada y sistemática en esta dirección. Sin embargo, no puede sólo ser impulsado desde EsSalud. Por el contrario, debe constituirse en una política del sistema como un todo para su aplicación general a todos los establecimientos de salud del país.

Recomendación N° 1: Iniciar discusiones con el Ministerio de Salud para la aplicación del Decreto Supremo 024-2005, en particular para la actualización del CPT, y, a más largo plazo, para implementar un sistema de GRD.

Sólo si no se avanza en esta coordinación entre el MINSA, EsSalud y las otras instituciones de salud, es que EsSalud tendrá que implementar acciones propias para unificar su catálogo y para progresar en la implementación de un sistema de GRD sobre la base del trabajo sobre “paquetes” y con vista a la integración en el nuevo SGSS.

5.2. La organización interna de EsSalud

Se descartó más arriba la circunstancia de que EsSalud cuenta con las competencias internas necesarias para gestionar un sistema de costos. Las debilidades de EsSalud con relación al sistema de costos parecen tener su origen en un problema de organización institucional. El trabajo de campo permitió identificar la ausencia:

- de una visión institucional compartida sobre las necesidades y los usos del sistema de costos;
- de una planificación sobre la evolución del sistema de costos y su gestión continua;
- de una gestión a medio y largo plazo de los proyectos de mejoramiento del sistema de costos.

5.2.1. La necesidad de una visión institucional del sistema de costos

~~Un sistema de costos es el reflejo de una visión institucional de su misión y de la gestión institucional para el cumplimiento de la misma.~~

Las entrevistas del consultor con las distintas gerencias de EsSalud hacen pensar que no hay una visión compartida del sistema de costos. No parece existir una reflexión institucional al más alto nivel en este tema y que permita una traducción, en un plan de acción, del plan estratégico 2012-2016 cuyo sub objetivo 3.2.1 dice: “... *Desarrollar acciones orientadas a establecer un presupuesto institucional, como correlato financiero del plan de gestión, enfocado en financiar resultados sanitarios, para cuyo efecto se promoverán intervenciones costo-efectivas, simplificación de los procesos asistenciales y mejoras en el rendimiento de los centros asistenciales*”.

En este sentido, resulta necesario que el plan estratégico tenga su traducción, en un plan de acción, con contenido mínimo siguiente:

- Objetivos del sistema de costos en cuanto a sus distintos usos;
- Organización del sistema de costos dentro del sistema de información de gestión;
- Programa de estudios;
- Organización del personal en la sede central y en las redes asistenciales.

Recomendación N° 2: Elaboración de un plan de acción sobre la evolución del sistema de costos, parte del plan de gestión.

El “sistema de costos” es un tema estratégico. Es una de las herramientas centrales del sistema de información de gestión. Sus usos son múltiples para las distintas estructuras internas y a todos los niveles de la institución.

Las decisiones en cuanto al sistema de costos tienen que ser tomadas al más alto nivel. Deben ser preparadas por un comité técnico especializado -puede ser un subcomité del comité de sistemas de información- en el cual participen tanto técnicos de sistema de costo, como los usuarios mismos de las distintas gerencias.

Recomendación N° 3: Creación de un comité de sistema de costos o de un subcomité del comité de sistemas de información

El proyecto de implementación del SGSS es un proyecto esencial en cuanto al sistema de costos. El plazo de 18 meses -dentro de los cuales 6 meses para la mejora técnica del sistema existente- para la implementación de la nueva versión del SGSS parece muy ambicioso para un proyecto de tal amplitud.

La implementación del SGSS se inició hace 4 años. En este plazo de 4 años se implementó sólo en 45 centros asistenciales, caracterizados en general por ser estructuras de tamaño reducido y con actividades reducidas (principalmente consultas para pacientes ambulatorios). La generalización a la red hospitalaria encontrará importantes dificultades. El SGSS precisa un cambio de prácticas en los métodos de entrada de datos, por cuanto la responsabilidad no recaerá más en los agentes especializados sino directamente en los médicos y el personal sanitario. La presentación del proyecto al consultor aportó escasa información en cuanto a la gestión del proyecto, su piloto, los recursos en personal y en presupuesto y la capacitación de los usuarios, entre otros.

En cuanto al sistema de costos sería importante realizar una actualización previa de la Directiva N° 023 de 1995, en particular para adaptarla al uso del CPT.

Recomendación N° 4: Actualización de la Directiva N° 023 de 1995.

De manera más general, para un proyecto tan importante como el nuevo SGSS, la colocación de un dispositivo de gestión de proyecto resulta necesario. En particular, todas las partes interesadas deben ser asociadas en un comité de pilotaje. También la implementación en los hospitales debe ser acompañada por un cambio de organización y fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos.

Recomendación N° 5: Colocación de un dispositivo de gestión de proyecto para el nuevo sistema de gestión de servicios de salud (SGSS).

ANEXO N° 1

SOLICITUD DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA FORTALECER EL SISTEMA DE COSTO DE ESSALUD

NOTA CONCEPTUAL

El último estudio financiero actuarial, así como otros estudios realizados sobre el tema, evidenciaron la falta de un sistema de costos en EsSalud, el cual permita obtener información de costos unitarios por procedimientos u otras actividades. El presupuesto asignado a cada red de establecimientos se realiza mediante asignación histórica y estimaciones del gasto agregado por tipo de servicio y procedimientos, basadas en un tarifario referencial de uso interno el cual tiene como fuente de información los costos unitarios promedio de un sistema de costo que data del año 1995.

Asimismo, EsSalud cuenta con otro tarifario referencial, que permite a los establecimientos cobrar atenciones brindadas a pacientes no asegurados o asegurados que exceden del plan de cobertura; los cuales son complementados con tarifas de mercado, cuando no se tiene.

ANTECEDENTES Y MOTIVOS

EsSalud brinda las prestaciones asistenciales a sus asegurados principalmente a través de 386 establecimientos o centros asistenciales propios en el ámbito nacional. Estos centros se encuentran agrupados geográfica, administrativa y presupuestalmente en 26 Redes Asistenciales, 2 micro redes, y 2 institutos especializados (Instituto del Corazón y Centro Nacional de Salud Renal).

Las atenciones se registran principalmente en el Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), el cual se encuentra instalado en el 94% de los centros asistenciales. Su funcionalidad, permite el registro y control de las prestaciones de salud de los asegurados y no asegurados que acuden a los centros asistenciales.

El sistema, en uso desde el año 1993, se encuentra en constante mantenimiento por nuevos requerimientos de usuarios basado en la explotación de la información. Debido a ello, presenta los siguientes problemas:

- Falta estandarizar y normar los procesos asistenciales a cargo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y la Oficina Central de Planificación y Desarrollo;
- No se cuenta con información centralizada en línea;
- No se cuenta con estándares para el registro de la información;
- La información es fácilmente vulnerable;
- No se cuenta con una Historia Clínica Electrónica;
- El sistema tiene una antigüedad de aproximadamente 20 años y está desarrollado en un lenguaje FOX sin soporte tecnológico.

Como una mejora de la gestión clínica, se viene implementando el Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS), que también se utiliza en la actualidad para el registro de las atenciones de salud. Este sistema se encuentra en producción y operativo en 45 centros asistenciales (38 centros EsSalud y 7

Unidades Básicas de Atención Primaria contratadas – UBAP's). Se está desarrollando una nueva funcionalidad tendiente a mejorar las prestaciones del mismo, la Historia Clínica Electrónica Única con firma digital y se utiliza los códigos CPT para identificar los procedimientos.

Con relación a los sistemas de costos implementados, EsSalud en el año 1995 en un esfuerzo por uniformizar el uso de herramientas y criterio en los centros asistenciales en el entonces IPSS, hoy Seguro Social de Salud, aprobó la Directiva N° 023- GG-IPSS-95 "Manual del Sistema de Costos Hospitalarios del Instituto Peruano de Seguridad Social" e instaló un aplicativo a nivel de cada centro asistencial SISCOS- Sistema de Costos Hospitalarios con el objetivo de obtener los costos unitarios a partir del consolidado de gastos por consumo de los factores de producción (personal, bienes, farmacia, servicios y depreciación) de cada centro asistencial por cada servicio y/o especialidad en un periodo determinado. En la actualidad la directiva está vigente, aunque no actualizada, y el sistema está en uso. Sin embargo, se trata de un sistema local monousuario y extracontable (no relacionado con precios de compra centralizadas de bienes o servicios). Su objeto de costo son los centros de costos y actividades médicas; y tiene un desfase de dos meses de actualización y consolidación a nivel central.

El año 2009, se implementó un sistema de costos con soporte SAP, cuyo fin es hacer de las áreas físicas o funcionales un centro de costos vinculado contablemente a las unidades productoras de salud; sin embargo no se consideró actividades médicas.

Las guías clínicas utilizadas por EsSalud (en su mayoría son adoptadas del Ministerio de Salud como ente rector del Sistema Nacional de Salud), contienen las actividades asistenciales para lograr la atención de pacientes. EsSalud cuenta con pocas guías aprobadas y estandarizadas entre las redes asistenciales. En base a estas y a otras tomadas del sector y otros países es que se realiza la estimación de gastos por contingencia para realizar estudios.

Todo lo anterior ha imposibilitado contar con una cuenta individualizada (paciente) por gasto; lo cual se considera clave para la estimación de la siniestralidad de determinada agrupación por empresa, sector, actividad económica, entre otras; así como la realización de estudios.

REQUERIMIENTO

Solicitamos al respecto nos compartan información sobre los sistemas de costos de prestadores de salud de seguridad social en salud de otros países; así como otra información que consideren nos permita uniformizar el sistema de costos vinculado a la gestión asistencial.

ANEXO N° 2

Agenda de la misión

Primer día

Lunes, 02 de setiembre

Encuentros con responsables de la Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Prestaciones de Salud y de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo.

Visión de la situación económica de los hospitales y centros asistenciales, de las dificultades de gestión y de las herramientas existentes.

Captura de necesidades a nivel de alta gerencia.

Explicitación de las expectativas con respecto a la mejora de la contabilidad de costos.

Actividades:

10:00 AM: Presentación a funcionarios de la Gerencia Central de Aseguramiento.

03:00 PM: Presentación a representantes de la Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Prestaciones de Salud y de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo.

Segundo día

Martes, 03 de setiembre

Reunión con las unidades especializadas de cada una de las Gerencias Centrales, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Prestaciones de Salud y de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo

Descripción de las actividades específicas de cada unidad.

Descripción de los instrumentos de gestión.

Sistema de colección de la información de gestión.

Sistema de control de gestión.

Recursos humanos especializados en sistema de información y control de gestión.

Discusión sobre el uso de la información de gestión, necesidades y requerimientos.

Actividades:

09:00 AM: Entrevista con funcionarios de la Gerencia Central de Finanzas.

11:00 AM: Entrevista con funcionarios de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

02:00 PM: Entrevista con funcionarios de la Gerencia Central de Aseguramiento.

04:00 PM: Entrevista con funcionarios de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo.

Tercer día

Miércoles, 04 de setiembre

Visita a Hospitales Nacionales, de las redes Asistenciales.

Descripción de las actividades y de la organización de la Red Asistencial y del Hospital Nacional y sus Centros Asistenciales dependientes.

Descripción de los instrumentos de gestión.

Sistema de colección de la información de gestión.

Sistema de control de gestión.

Recursos humanos especializados en sistema de información y control de gestión.

Discusión sobre el uso de la información de gestión, necesidades y requerimientos.

Actividades:

09:00 AM: Entrevista con funcionarios de la Gerencia de la Red Asistencial Almenara.

10:30 AM: Entrevista con personal especializado en costos y registro del Hospital Nacional Almenara.

02:00 PM: Entrevista con funcionarios de la Gerencia de la Red Asistencial Sabogal.

04:00 PM: Entrevista con personal especializado en costos y registro del Hospital Nacional Sabogal.

Cuarto día

Jueves, 05 de setiembre

Presentación de Modelos de Gestión de Costos, Experiencias y Bibliografía.

Descripción de un sistema de contabilidad de costos y un modelo de gestión de costos.

Modelos requeridos para el registro contable, la compra interna de servicios y la compra a proveedores externos.

Articulación de los diferentes modelos dentro de una institución de seguridad social en salud.

Interrelación del sistema de costo con los organismos supervisores.

Actividades:

03:00 PM: Presentación a cargo del Especialista en Costos, Sr. Patrick Broudic, a representantes de las Gerencias Centrales y la Oficina Central visitada.

Quinto día

Viernes, 06 de setiembre

Resultados preliminares de la evaluación de la gestión de costos y propuesta preliminar de hoja de ruta para la mejora del Sistema de Gestión de Costos.

Actividades:

03:00 PM: Presentación a cargo del Especialista en Costos, Sr. Patrick Broudic, a representantes de las Gerencias Centrales y Oficina Central visitada.
