

El desafío de adaptar la estructura de costes a las organizaciones innovadoras. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Ruiz Valiente R, Álvarez Giménez E, Reneses Prieto B, López-Ibor Aliño JJ
Hospital Clínico San Carlos

Introducción

El Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (IPYSM), es el resultado de un proceso de cambio, iniciado en el año 2002, de un modelo de servicio tradicional de psiquiatría a un nuevo modelo de organización y gestión para un área sanitaria.

Está constituido por equipos multiprofesionales especializados (220 profesionales dependientes de 3 administraciones) y dispositivos de diferentes titularidades, pero integrados en red única y actuando de forma coordinada.

El instituto presta asistencia psiquiátrica y de salud mental, a la población del Área 7 de la Comunidad de Madrid y a otros ámbitos territoriales asignados. Ambulatoriamente, a los distritos de Centro, Chamberí y Latina (515.551 habitantes); y en régimen de hospitalización y atención urgente, a los distritos de Chamberí y Latina del Área 7 y Carabanchel del Área 11 (610.185 habitantes).

Además, desarrolla dos programas especiales para dar respuesta a toda la población de Madrid: "Atención a enfermos mentales sin hogar" y "Unidad de trauma psíquico".

En este contexto de cambio, en el que se incorporan nuevas herramientas de gestión, el IPYSM se plantea un análisis profundo de sus costes, partiendo de

la hipótesis de que la estructura de costes disponible no refleja la realidad del nuevo modelo organizativo.

Nuestro objetivo, es el análisis y la mejora de la estructura de costes para lograr un modelo dinámico e integrado que refleje la estructura funcional actual de la organización y nos permita conocer nuestros costes.

Material y métodos

El Hospital Clínico San Carlos históricamente, cuenta con un importante grado de desarrollo de su contabilidad analítica, iniciado en el año 1992 mediante el diseño de un "sistema integrado de gestión de recursos y evaluación de productos" (SIGREP), y continuado con los Proyectos Signo y de "Gestión Clínico-Financiera" (GECLIF), en 1994 y 1998 respectivamente.

Para el análisis de los costes del IPYSM, se parte de la estructura de costes de que dispone el hospital para su contabilidad analítica. El desarrollo metodológico se centra en tres líneas de trabajo:

1. Análisis de la estructura de costes del instituto.
2. Verificación de sus concordancias y dificultades asociadas al nuevo modelo organizativo.
3. Propuestas de mejora.

Resultados

Efectuado el análisis, según la metodología propuesta, se observa que el IPYSM dispone de 14 grupos funcionales homogéneos (GFH), de los cuales, solamente 8 están expresados en su estructura de costes. De los 6 restantes, se verifica que 4 de ellos no representan verdaderos centros de coste, uno no se relaciona con el organigrama funcional y otro permanece inactivo a pesar de corresponder a una unidad asistencial en plena actividad.

La estructura de costes en el momento del análisis se limita al ámbito del hospital y sus centros de especialidades, no incluyendo por tanto, otras unidades que conforman el instituto, por depender estas de administraciones diferentes, tanto en recursos humanos como en infraestructuras; debido al proceso de transferencias aún no concluido. Es por ello que no todas las áreas generadoras de coste están representadas en la estructura global.

Con el objeto de adecuar los costes al nuevo modelo, se proponen las siguientes medidas de mejora:

- Depuración de los 5 GFH no acordes con la estructura de costes.
- Activación de un GFH que sí corresponde a la estructura funcional del instituto.
- Creación de 8 centros de coste (GFH), ajustados a la nueva organización.

- Identificación y asignación real de recursos y actividad en cada uno de los centros de coste de la nueva estructura.

Conclusiones

Analizados individualmente los centros de coste asignados al instituto, e identificados aquellos que serían necesarios para completar la estructura real del mismo, se plantea un proceso de mejora continua para avanzar hacia una estructura de costes acorde con la realidad asistencial.

Un problema a resolver es la escasa disponibilidad de la información de los costes asociados a las unidades asistenciales integradas en el instituto pero dependientes de otras administraciones, y que podrían representar un volumen importante de los costes totales de la organización.

La estructura de costes, entendida como una herramienta básica, no es ni debe ser rígida y estática, sino que nuestro objetivo es lograr un modelo dinámico e integrado que refleje la estructura funcional y nos permita conocer nuestros costes reales.

Solamente así, podremos lograr el cambio cultural de incorporar el concepto de coste en la gestión de la clínica, y así implicar y comprometer en ello a los profesionales sanitarios.