

Aportaciones a la gestión y evaluación de costes

Aurora González Manso

Directora de gestión y SSGG. Hospital Guadarrama. Madrid

El aumento en el gasto sanitario de estas últimas décadas está motivando que gestores y responsables de las administraciones estemos continuamente introduciendo sistemas de gestión, probados en el mundo empresarial, que nos permitan mejorar los resultados obtenidos, y en última instancia que los recursos de que disponemos sean distribuidos de la forma más eficiente posible.

La utilización de los recursos disponibles de una forma eficiente, no significa necesariamente gastar menos; si no que, deberá atender a la actividad demandada, al coste mínimo necesario para matener los estándares de calidad establecidos, lo que sin duda ayudará a asumir parte de los incrementos de actividad que el estado de bienestar genera.

Si analizamos las causas de los incrementos de los costes sanitarios concluiremos que las más importantes están motivadas por:

- El factor demográfico, incluyendo tanto el envejecimiento de la población como su crecimiento vegetativo.

- La extensión de la cobertura sanitaria pública.
- La inflación específica del sector con una repercusión interanual estimada en el 1%.
- El factor tecnológico que comprende los productos farmacéuticos, con un impacto estimado entre el 1,8% y el 3% cada año, y que es probablemente uno de los principales componentes del gasto.

Desde nuestros centros podemos colaborar a controlar el gasto sanitario intentando realizar la asistencia al menor coste posible, lo que contribuirá a absorber parte de los incrementos generados por otros factores.

Para poder realizar esta contribución lo primero que deberíamos conocer son las variables sobre las que podemos influir. Si analizamos la composición del gasto de la Comunidad de Madrid, concluiremos (según se desprende de la última base de datos del gasto sanitario *Expendata 2000* editada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid) que los gastos de personal se han incrementado un 20% en dicha comunidad en el período 1993-

1998 y que éstos suponen un 70% del total gastado en Atención Especializada.

Las acciones para controlar este gasto son escasas ya que la rigidez y centralización de la regulación laboral, no solo del personal estatutario, sino también del laboral y del funcionario, otorga el protagonismo a las cúpulas sindicales y a los responsables políticos. Los gerentes de los centros sanitarios carecen de sistemas retributivos incentivos significativos orientados a resultados que les permitan realizar una correcta gestión de esta variable del gasto.

Por otra parte, las características de cada centro son determinantes y existen factores que influyen de forma muy importante en los costes, por ejemplo, no es lo mismo un centro de nueva creación donde toda la plantilla incorporada está altamente motivada, que los centros que llevan muchos años en funcionamiento con plantillas envejecidas y donde las posibilidades de influencia son muy escasas.

El otro componente de los costes donde se puede influir es el relativo a los gastos corrientes en bienes y servicios, en este caso la capacidad de influencia parece mayor y los gestores en los últimos años hemos ido desarrollando distintos modelos para ejercer la función de compra con un objetivo único y común a todos ellos: satisfacer las necesidades de los clientes, tanto internos como externos, al menor coste posible.

Para abordar este objetivo algunos centros han desarrollado la figura del proveedor único en determinadas áreas como hostelería, o laboratorio, entre otros, incluso existen experiencias de un *proveedor único* para la mayoría de los artículos de material sanitario utilizados en un centro. En otros casos se ha optado

por la idea del *catálogo único* desarrollado para varios centros en una misma comunidad autónoma. En el Servicio Extremeño de Salud se ha elaborado el catálogo único con una connotación importante como es la interconexión de todos los centros con un servidor central que es donde se gestiona el catálogo y donde cada centro podrá conocer el precio de compra de referencia de cada artículo.

Otro modelo implantado por alguna comunidad autónoma ha sido el de la creación de una *central de compras* para todos los centros dependientes de ella. Por último, no debemos olvidar los esfuerzos que están realizando sobre todo, algunas empresas, para la implantación del *e-commerce* en los centros hospitalarios.

Todos estos modelos tienen ventajas e inconvenientes como se puede apreciar en el artículo relativo al Punto de Encuentro realizado sobre los diferentes sistemas de compras. Las cuestiones que siguen pendientes de respuesta serían: ¿cuál es el modelo que mejor nos permitirá cumplir los objetivos marcados? ¿es necesario contar con un modelo único de compras en el ámbito de la comunidad? ¿estos modelos facilitan o son un obstáculo para la tan ansiada autonomía de gestión de los centros? ¿con algunos de estos modelos no se estará trasladando parte de la responsabilidad a terceros? ¿cómo se realizarían las compras si cada uno de nosotros tuviera acceso a un catálogo único disponible en la red donde se dispusiera de características, plazos de entrega, precios, distribuidores, etc. de cada uno de los artículos utilizados?

Otra de las posibilidades para optimizar los recursos disponibles es el conocimiento del coste de la actividad desarrollada, lo que ayudará a tomar decisiones de cara a una utilización efi-

ciente de los recursos. Para el conocimiento del coste de la actividad se vienen desarrollando varios sistemas siendo los más extendidos el coste por proceso obtenido a través de GECLIF como muestran tres originales de este ejemplar, y el coste por actividad ABC (Activity-Based Costing). De estos modelos, los costes obtenidos a través del GECLIF son muy indicativos de los costes reales, pero se ha de ser muy cauto a la hora de compararlos con los costes de los mismos procesos en otros centros. Por una parte, las imputaciones de los costes no siempre coinciden; y por otra, como ya se ha comentado anteriormente, las estructuras de los centros, en ocasiones, son tan dispares que un mismo proceso puede costar el doble en un centro que en otro sin que ello signifique estrictamente una mala utilización de los recursos. Con esto no quiero decir que debamos renunciar a compararnos, lo que se pretende indicar es que las diferencias detectadas deben ser cuidadosamente analizadas.

Los costes obtenidos a través del ABC facilitan una estimación del coste total de cada producto, sirven para determinar precios de nuevas actividades, ayudan a comprender y reducir los costes atacando sus causas, pero es más laboriosa su obtención al requerir grandes exigencias de información.

Los sistemas mostrados son sin duda unas buenas herramientas para conseguir optimizar los recursos disponibles, pero en muchos casos requieren una dedicación de recursos importantes que deberían ser evaluados y llegar a unos puntos de equilibrio donde los resultados conseguidos compensasen los medios destinados a la consecución del objetivo.

Por último, destacar que si bien los puntos tratados son importantes para optimizar los recursos disponibles, no se deberían olvidar otros. Como indica Miquel García (de la firma Johnson & Johnson en sus aportaciones al Punto de Encuentro sobre diferentes sistemas de compra) en la industria se están fomentando modelos consistentes en plantear el abaratamiento de costes por el lado de la reducción de los días de estancia de los pacientes en el hospital. En nuestros centros significaría un análisis exhaustivo de las estancias que producimos (fundamentalmente en los hospitales de agudos) y la adopción de medidas para eliminar las que no son estrictamente necesarias. Por ejemplo, la definición e implantación de un sistema de derivación de pacientes con un determinado perfil, a centros de media y larga estancia donde los costes de producción son menores y la asistencia es la adecuada, redundaría en una mejor utilización de los recursos de los hospitales de agudos.

