

¿Puede ser la Gestión Analítica un Instrumento Útil en la Atención Primaria?

D. ENRIQUE GONZÁLEZ FERNÁNDEZ. Gerente Hospital Carmen y Severo Ochoa

La Organización me ha pedido que aporte en el trascurso de mi intervención la visión del desarrollo de la contabilidad analítica en nuestro Centro de Gestión que tiene como característica el ser centro único para Atención Primaria y para Atención Especializada y, por tanto, nos permite hacer una valoración de las posibilidades de esta herramienta de gestión desde ambos programas.

Hace ya varios años que se insiste en la necesidad de incorporar al Sistema Nacional de Salud herramientas de gestión de uso habitual en la empresa privada, buscando así una mayor flexibilidad y versatilidad normativa que permitan una mejor relación entre asignación presupuestaria y oferta asistencial.

En la segunda mitad de los años ochenta comienza a desarrollarse en los hospitales, de manera muy precaria, la contabilidad analítica, siendo en 1992, con la aparición del Proyecto Signo, cuando recibe un impulso definitivo en los hospitales.

El Área Sanitaria Suroccidental de Asturias tiene una estructura compuesta por cinco Equipos de Atención Primaria y un Hospital Comarcal; la población adscrita actualmente está en unos 41.000 habitantes, con una gran dispersión, así como un porcentaje de mayores de 65 años del 19%. El elemento diferencial más relevante es la existencia de un único Centro de Gestión, como ya señalaba al comienzo de mi intervención, desde el que se desarrollan la Atención Primaria y la Atención Especializada. La organización del área está concebida con la idea de compartir funciones en servicios comunes, como personal, suministros, contabilidad, etc.

El Hospital Carmen y Severo Ochoa fue seleccionado para incorporarse al proyecto desde su fase inicial. En aquel momento existía una contabilidad analítica desarrollada, contado, por tanto, con un sistema de información acerca de consumos en cada centro de coste, que simplificó las tareas de descripción de flujos de las imputaciones en cada unidad de coste. Esto había generado en el Área una cultura de organización en la que era habitual la información acerca de los costes de cada servicio y de cada actividad.

La implantación de la contabilidad Signo I se realizó incorporando también los costes generados por los EAP. Esto permitió analizar en paralelo los dos sistemas de contabilidad y su incidencia en la Atención Primaria y en Hospital.

El desarrollo de técnicas de gestión en una empresa tiene que estar siempre condicionado a las circunstancias que rodean la actividad y la propia existencia de la empresa. La contabilidad analítica no es una excepción, supone el desarrollo de un sistema de información económica para la gestión, que debe relacionarse con la posibilidad de tomar decisiones basadas en dicha información y que debe, igualmente, ser comprensible por la persona que tiene que tomar la decisión.

En la contabilidad analítica, como ya sabe casi todo el mundo, relaciona el consumo de recursos de todo tipo, materiales, humanos, etc., con el producto elaborado. Ésta es una de las mayores limitaciones de esta metodología en las empresas de servicios, en las que la definición del producto es tarea compleja y sobre la que no es fácil el consenso.

A lo largo de los dos últimos años nuestra organización participó en la implantación de la sistemática del proyecto, colaborando en varios apartados específicos, tales como suministros o personal, especialmente en los primeros meses. A estas alturas podemos afirmar, basándonos en nuestra experiencia, que el Proyecto Signo I ha supuesto un valioso instrumento en la dinamización de una organización anclada en vicios administrativistas propios de una historia de funcionarización y conservadurismo, desde el punto de vista de la capacidad para la innovación. Entendemos, por tanto, que la gran aportación del proyecto al sistema ha sido la mejora de la información interna y la posibilidad de ofrecer nuevos horizontes a la estructura de gestión de los hospitales; ha permitido hacer un diagnóstico de la situación organizativa de los hospitales; a partir de este proyecto se ha uniformado el lenguaje de la gestión en nuestra organización y podemos hacer una comparación aproximada de la situación y funcionamiento de cada centro.

Desde la perspectiva del análisis de costes de la actividad hospitalaria, el primer escollo a resolver es la definición del producto asistencial, situación resuelta parcialmente mediante la definición de Unidad Ponderada de Asistencia (UPA), basada en el consumo de recursos de las estancias por especialidades, urgencias no ingresadas, consultas y actividad ambulatoria. Sin embargo, esta definición no deja de ser una aproximación grosera a lo que realmente se hace día a día en el hospital, quedando lejos de lo que es un producto final. El producto de una empresa de servicios es, como ya se comentó, algo intangible, por su propia definición, debiendo relacionarse con la propia misión de la empresa, en este caso la mejora del nivel de salud de la población. En este sentido, la UPA no es más que un instrumento, discutible, de medida de la actividad, nos es el producto final, tampoco un producto intermedio.

La aplicación de la contabilidad analítica por este sistema nos ha permitido conocer el coste total de un servicio o de una EAP en un período de tiempo determinado; de este modo hemos observado la evolución del coste de cada uno a lo largo de los dos últimos años, en períodos trimestrales. A partir de la información suministrada por este sistema se calcula el coste teórico de cada unidad de actividad hospitalaria mediante un sencilla operación matemática. Sin embargo,

en Atención Primaria, la indefinición de la unidad de medida de asistencia impide evaluar el coste unitario, al menos con los mismos criterios con que se hace en los hospitales.

Desde el punto de vista del desarrollo de la gestión analítica en nuestra organización debemos reflexionar sobre algunas cuestiones clave:

- *¿Qué podemos hacer con esta información?
- *¿Es útil para mejorar la oferta de servicios en relación con el presupuesto disponible?
- *La información sobre los costes de las unidades, ¿es asimilable por los profesionales?
- *¿Es compatible la utilización de la contabilidad analítica con la gestión presupuestaria?

La Gestión Analítica, esto es, la toma de decisiones basada en la contabilidad de los costes de producción es una estrategia que presenta limitaciones importantes en el sector sanitario público. En primer lugar, la estructura del gasto de un hospital la compone mayoritariamente el capítulo de personal, cerca de un 75%; el 25% restante comprende los servicios generales y los consumos, es decir, esta porción comprende también una parte de gasto comprometido, como son alquileres, empresas contratadas o tasas, quedando una parte más pequeña que representa el gasto variable ligado a la actividad. Esto limita de manera más significativa el ámbito de actuación en la gestión del coste. Esta circunstancia tiene, además, gran relevancia al condicionar el grado de implicación de los profesionales, verdaderos agentes del gasto variable. Hay que tener presente que el control de los costes solamente puede ser eficaz cuando los individuos son responsables de aquellas partidas sobre las que tienen autoridad, por tanto, la exhaustiva información acerca de costes no controlables por el profesional no ayudará a vincularlo.

La especial configuración de nuestro centro de gestión permitió, como ya indicaba anteriormente, la incorporación del modelo Signo I de manera automática a los EAP. En la utilización del modelo Signo I se obtienen unas tablas, conocidas por muchos de los presentes, que reflejan las diferentes partidas de los costes propios (mantenimiento, alimentación, telefonía y seguridad, amortizaciones, material sanitario, farmacia...), de los costes estructurales y de los costes repercutivos (consumos de servicios básicos, RX, Laboratorios...). Lo mismo ocurre con los datos correspondientes a los EAP. En la documentación que se elaborará en algunas fechas conteniendo las ponencias presentadas en el Congreso, se incluirá un ejemplo de esta información correspondiente a uno de los EAP del Área. En ella se verá, con datos relativos al primer trimestre de 1994, observándose cómo el 91,6% de los costes del período corresponde a personal. Efectivamente, esto es reflejo de la diferente estructura de costes que tiene la Atención Primaria. En nuestra zona, el gasto de personal de los EAP supone entre el 85% y el 92% de los cos-

tes propios, si no se incluye el gasto en recetas de farmacia. El análisis de la estructura presupuestaria de un total de 28 áreas del territorio del Insalud muestra cómo sólo el 4,2% es Capítulo II, es decir, el gasto variable ligado a la actividad, descontando la farmacia, es inferior al 3% del total.

La gran partida presupuestaria es, sin duda, el gasto farmacéutico, que representa el 56,28% del gasto.

Decía antes que la definición de producto final en las empresas de servicios es tarea compleja; pues bien, en Atención Primaria la dificultad es mayor aún; el producto final debe estar en relación con la misión de la empresa, por tanto, debe orientarse hacia las actividades de atención, promoción y prevención, lo que hace extremadamente difícil encontrar una definición aceptada por todos.

Partiendo de esta premisa intentamos definir una unidad de medida de la actividad en Atención Primaria que nos permitiese analizar la composición de su coste u posteriormente actuar sobre ello. Analizamos los diferentes tipos de consulta, su duración en tiempo y los costes posibles. Encontramos cinco capítulos potencialmente aplicables, salarial, consumos, estructura, recetas y consumo de servicios de Atención Especializada. Descartamos el coste estructural por su pequeña cuantía y por la diferente composición que tenía en cada EAP, en función de alquiler, modem, fax, tipo de calefacción...; también excluimos los consumos de atención especializada y recetas por la dificultad de ligarlos a cada consulta. De los consumos sólo consideramos el material sanitario y la pequeña farmacia, imputando ambos exclusivamente a la consulta de enfermería.

Los tipos de consulta definidos fueron:

*Consulta demanda

*Consulta burocrática

*Consulta por programa

tanto para medicina general, pediatría y enfermería. Se subdividieron según se realizaran en el centro de salud o en el domicilio del paciente, en horario normal o en el curso de la Atención Continuada.

Se consideró como unidad la consulta de medicina general a demanda por enfermedad en el Centro de Salud. Los costes medios obtenidos fueron, como ejemplo, 1.678 pts. para la consulta a demanda por enfermedad en el centro y en horario normal, 8.390 pts., la consulta médica

en domicilio durante la atención continuada, 352 pts., la consulta burocrática de enfermería en el centro, 7.048 pts., por consulta de enfermería programada a domicilio (Programa de inmovilizados y terminales), 1.175 pts. la consulta pediátrica a demanda en el centro.

Si consideramos la proporción de gasto variable por actividad, nos encontramos que éste representa 70 pts. en la consulta de medicina general a demanda en el centro o 108 pts. en la programada de enfermería. Por tanto, la información obtenida por este sistema no permite un margen para la toma de decisiones que conduzca a una estrategia de control de los costes porque los grandes capítulos de gasto son personal y farmacia, que no son controlables desde este sistema.

Frente a esta alternativa, en los dos últimos años hemos desarrollado en el Área de Salud una línea de trabajo basada en la idea del EAP como unidad funcional con un cierto grado de autonomía, con un planteamiento de empresa de servicios, en el que se traslada a los miembros del equipo la organización de la asistencia, la programación de vacaciones y descansos, así como la gestión de los consumos de material sanitarios, almacén general, modelaje, etc.; lo mismo se hizo con el gasto en recetas de farmacia. Se asignó un presupuesto a cada EAP para sustituciones y consumos. Se estableció una dinámica de acuerdo y seguimiento de la cartera de servicios y de los consumos, que nos ha permitido situarnos con la mayor naturalidad en la Fase 3 de descentralización de la gestión en este año 1994, consolidando así nuestra línea de actuación de los últimos dos años. Se ha desarrollado una cultura de organización y funcionamiento muy participativa cuyo resultado es una cartera de servicios muy amplia, con una cobertura importante y normas técnicas en nivel medio, y una gestión presupuestaria ajustada a la cantidad asignada, estabilizando el gasto, en pesetas corrientes en la misma cantidad que dos años atrás.

Llegado este punto, volvemos a las preguntas planteadas al inicio.

- * La información relativa a los costes de la unidad de actividad tiene poca relevancia en Atención Primaria al ser escasa la parte variable del coste; el gasto en recetas no puede gestionarse mediante análisis de coste, por razones obvias, quedando los instrumentos que verdaderamente modificarían el gasto en este apartado en manos de las autoridades políticas.
- * En cuanto a la utilidad para mejorar la oferta de servicios, parecen aspectos que no tienen relación directa y únicamente considerar, en términos generales, que la mejora en la eficiencia debe revertir en la liberación de recursos para la apertura de nuevas actividades o mejorar la calidad del servicio. En ningún caso el incremento de la eficiencia debe conducir a la descapitalización del SNS.
- * Uno de los aspectos más controvertidos es la implicación de los profesionales. Es difícil evaluar si esto es posible; la experiencia en nuestra área de salud nos orienta más hacia op-

ciones como la gestión profesional, entendiendo como tal las actuaciones ligadas a mejorar la actuación clínica, diagnóstica, terapéutica, mediante la protocolización y establecimiento de pautas de actuación; es posible establecer pactos de consumo en capítulos controlables por los profesionales, dejando de lado las complejas tablas de imputación de costes, poco motivadoras para quien no puede controlar más que una pequeña parte.

- * En cuanto a la relación de la gestión analítica con la gestión presupuestaria puede utilizarse como media para asignar recursos, asumiendo las dificultades que plantea la disparidad de los diferentes centros. Sin embargo, como elemento para gestionar un presupuesto, no es de gran utilidad dado el componente fijo del coste por actividad. Además, puede plantear contradicciones, por ejemplo, la reducción del coste unitario sin modificar la estructura, cosa difícil en nuestro medio, sólo se podrá realizar mediante un incremento de la actividad, mediante una mejor gestión de la capacidad, y esto implicará seguramente un incremento del gasto global, probablemente por encima del presupuesto establecido con base en el gasto histórico.

En resumen, la gestión analítica es una herramienta de gestión orientada fundamentalmente a aquellas empresas que basan su ventaja competitiva sostenible en una estrategia de competencia en costes. Tiene mucha menor utilidad en las empresas de servicios debido a la dificultad para relacionar coste con producto final. En Atención Primaria es un elemento de escasa utilidad, principalmente por el escaso porcentaje de coste variable en el desarrollo de la actividad.

Por otro lado, frente al esfuerzo en el desarrollo de esta metodología en el conjunto de nuestra organización, siguen pendientes grandes cuestiones que son las que sin duda van a dotar de mayor eficiencia a nuestro sistema, como son la gestión de los recursos humanos, horarios, retribuciones, organización de guardias y libranzas, la reforma del RD sobre organización de hospitales, gestión financiera con liquidez en los propios centros, elementos imprescindibles a mi modo de ver, si se quiere dotar a nuestra organización de mayor flexibilidad que permita adaptar el funcionamiento de cada centro a las circunstancias de su entorno.

ANEXO I
ESTRUCTURA DE COSTE DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA
(Primer trimestre 1994)
COSTES PROPIOS

CONCEPTO	GASTO DEL PERIODO
TRANSPORTE	307.000
TELEFONO Y SEGURIDAD	101.000
AMORTIZACIÓN	1.366
FARMACIA	23.000
SUMINISTROS	126.000
PERSONAL	10.642.000
ENERGÍA	72.000
FONDO DE MANIOBRA	42.000
BLOQUE QUIRÚRGICO	264.000
LENCERÍA	41.000
RECETAS	11.527.000
COSTES PROPIOS	24.510.000