

Costes en Atención Primaria

D. MANUEL DEL CASTILLO REY. Director Provincial Insalud de Baleares

1.- INTRODUCCIÓN

En la actual situación de crisis económica, la búsqueda de la eficiencia en el Sistema Sanitario Público ha dejado de ser un objetivo más, para pasar a convertirse en una prioridad y argumento para la pervivencia de un sistema que se encuentra en ocasiones con críticas altamente deslegitimadoras. En este sentido, la instauración en el conjunto de las Gerencias de herramientas como la contabilidad de costes puede ser de utilidad para alcanzar mejoras en la contabilidad de costes, puede ser de utilidad para alcanzar mejoras en la eficiencia de nuestros centros.

Por otra parte, la instauración de modelos de descentralización de la gestión, pieza clave en el desarrollo de la Atención Primaria, no podría llevarse a cabo sin contar con una contabilidad analítica que nos permita conocer cuáles son los costes por centro y realizar asignaciones de recursos económicos ajustada a las necesidades reales.

En definitiva, la instauración de un modelo de contabilidad de costes en Atención Primaria se concibe, no como un fin en sí mismo, sino como una herramienta imprescindible para obtener mejoras en la gestión.

2.- COMISIÓN DE COSTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

En el tercer trimestre de 1992 la Subdirección General de Atención Primaria del Insalud crea una comisión formada por 4 Gerentes y 2 miembros de la Subdirección, con la finalidad de definir una metodología de imputación de costes en Atención Primaria.

El objetivo principal de dicha comisión no era tanto realizar un documento de carácter teórico y gran rigor metodológico, sino que partiendo de las experiencias iniciales de los miembros del grupo de trabajo, realizar una aproximación de carácter eminentemente práctico, que permitiese fijar criterios de imputación homogéneos y viables para aquellos gastos que ofreciesen más dificultades en cuanto a su asignación.

La estructura propia de la Atención Primaria caracterizada por la existencia de edificios independientes en los que los gastos de personal, suministros, consumos de fungibles, medicación,

etc., vienen diferenciados por puntos asistenciales, facilitó la asignación a cada centro de coste en la mayoría de los casos. Tan sólo fue preciso definir criterios de reparto en Unidades de apoyo y servicios administrativos comunes, en los que el criterio general seguido fue el de metros ocupados y cobertura poblacional.

La metodología de imputación propuesta fue la de un sistema de costes totales (“full costing”), entendiendo por tal la imputación a cada centro de coste de todos aquellos gastos atribuibles a dicho centro, junto con los derivados del funcionamiento de las unidades de apoyo y los servicios centrales de apoyo, en base a los criterios de imputación definidos.

El nivel de desagregación elegido fue el coste por centro, equivalente en el nivel hospitalario al coste por servicio, no llegando por diversos motivos, que posteriormente se analizarán, al coste por proceso o por visita. Dado que cada centro dispone de su cartera de pacientes es factible también calcular el coste medio por habitante cubierto.

En la actualidad, las 57 Gerencias de Atención Primaria del territorio Insalud gestión directa utilizan los criterios del “Manual de imputación de costes en Atención Primaria” y, aunque posiblemente se podrían efectuar algunas mejoras de tipo metodológico, en su primer año de vida ha demostrado tener dos cualidades principales:

- Fácil implantación
- Unificación de criterios entre las diferentes Gerencias

3.- COSTES POR CENTRO DE SALUD. ALGUNAS CONSIDERACIONES

La implantación de un modelo de contabilidad de costes como el descrito comporta una serie de ventajas e inconvenientes que pasamos a definir:

Entre los aspectos positivos destaca en primer lugar el impacto potencial que tiene en la organización el conocer qué se gasta, dónde y quiénes lo gastan. El conocimiento por parte de gestores y profesionales de la respuesta a estos interrogantes tiene un efecto en la cultura de la organización, cuya magnitud vendrá condicionada por la capacidad de la misma de instaurar mecanismos de corresponsabilización e incentivación de los profesionales.

La existencia de una contabilidad analítica representa, por otra parte, una poderosa herramienta de gestión que posibilita el análisis de costes por áreas e introducir medidas selectivas de mejora en aquellos aspectos que se hayan podido detectar como menos eficientes.

Asimismo, lleva aparejada una mejora de los sistemas de información existentes tanto los de tipo económico, como asistenciales o de gestión.

Por último, el conocimiento de los gastos generados por un Equipo de Atención Primaria y su transmisión a la sociedad potencialmente puede favorecer la corresponsabilización de los ciudadanos.

En cuanto a los aspectos negativos destaca, sobre todo, que en el modelo de coste por centro no quedan reflejados los costes en relación a los diferentes niveles de actividad, las características demográficas de los pacientes y la complejidad de los procesos atendidos, que en mayor o menor medida deben explicar parte de la variabilidad en coste por habitante existente entre centros. En este mismo sentido, la asignación prospectiva de recursos económicos en base a capitación, en los casos de descentralización de la gestión, se ve condicionada por la no existencia de sistemas más sofisticados de contabilidad de costes, que permitan una asignación de recursos capitativa ajustada por tipos de morbilidad detectada, estructuras de edad, nivel socioeconómico, etc.

Otro aspecto negativo propio del modelo propuesto tipo full costing es que, en general, es mal comprendido por los profesionales, por cuanto las imputaciones de costes indirectos tales como Dirección, Contabilidad, etc., no son controlables por los profesionales y, en ocasiones, los criterios de reparto pueden ser de difícil comprensión. Todo ello puede contribuir a que disminuya la responsabilización sobre los gastos del centro de coste.

Por último es de destacar también que estos sistemas enmascaran parcialmente la variabilidad entre centros de coste al sumárseles los gastos indirectos que tienen un carácter homogeneizador. Mejoran, por tanto, erróneamente las medidas de dispersión y distorsionan los análisis que puedan realizarse con el fin de estudiar las causas de variabilidad intercentros.

4.- DESARROLLO FUTURO DE LA CONTABILIDAD DE COSTES EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿HACIA EL COSTE POR PROCESO O POR PACIENTE?

Hasta aquí hemos analizado someramente el modelo existente, y parece que trascurrido algo más de un año desde su implantación se hace necesario seguir desarrollándolo.

La evolución que pueda realizar vendrá determinada por el desarrollo de los modelos de gestión y asignación de recursos económicos a los Centros de Salud. El hecho de considerar la contabilidad de costes como un algo de carácter instrumental y no un fin en sí mismo hace que no se pueda realizar un análisis de posibles evoluciones futuras sin definir cuál será el marco de gestión.

En este sentido, un posible escenario en un inmediato futuro podría venir definido por las siguientes características:

- Generalización de la descentralización de la gestión en los Equipos de Atención Primaria.
- Libre elección de médico.
- Libre elección de Hospital o al menos de algunos especialistas.
- Facturación de servicios entre A. Primaria y Especializada.
- Asignación económica a los equipos prospectiva y basada en capitación, actividad, procesos o una mezcla de todos ellos.
- Gerencias de Atención Primaria, desempeñando el papel de proveedor de servicios en relación al conjunto del Sistema Sanitario, y de agencia compradora de servicios con respecto a sus equipos.
- Retorno a los equipos de parte de los ahorros generados.
- Existencia de sistemas de medición del producto sanitario.

Un escenario de este tipo, similar por otra parte a lo que ya en la actualidad se está desarrollando, comporta la necesidad de un sistema de contabilidad que nos permita diferenciar costes con un nivel de desagregación mayor que el centro de salud, llegando al nivel de tipos de patologías o pacientes.

En el marco de gestión mencionado, la asignación de recursos económicos a los equipos ha de permitir diferenciar aquellos grupos de pacientes que pueden tener un comportamiento no uniforme en términos de requerimientos de asistencia sanitaria, con el fin de evitar efectos perversos tales como selección adversa de aquellos pacientes que potencialmente puedan generar mayores gastos.

En definitiva si se consolida el modelo de descentralización de la gestión a los equipos y asignación prospectiva de recursos económicos o prepagos es fundamental la existencia de un modelo de contabilidad analítica que permita identificar al gestor costes diferenciados por grupos de pacientes o diagnósticos y al comprador de servicios realizar una asignación económica específica para esos grupos.

Las diferentes alternativas de desarrollo del modelo pueden ser las siguientes:

4.1.- COSTE POR VISITA

Sería el equivalente de la UPA hospitalaria y podría desarrollarse mediante el análisis de los consumos de tiempo de personal, fungibles, etc., que tienen los diferentes tipos de visitas (médicas, de enfermería, burocráticas, por programas, etc.), estableciéndose diferentes equivalencias entre ellas.

A priori creemos que no procede profundizar excesivamente en esta opción, dado los numerosos problemas que ya desde un inicio se detectan, y que hacen suponer que, a diferencia de la estancia hospitalaria o la UPA, en Atención Primaria el número de visitas realizadas difícilmente explicará por sí sola el diferente consumo de recursos. Entre los problemas que se detectan en esta opción están los siguientes:

La gran variabilidad de las frecuentaciones que oscilan en nuestro medio entre 3,5 y 7 visitas por habitante y año, sin que, a priori, ello venga determinado por distintos patrones de morbilidad, sino más bien por diferencias de tipo organizativo o de criterios de registro.

Por otra parte, el sistema actual de dimensionamiento de plantillas se realiza en base a habitantes cubiertos, estructura de edad y dispersión geográfica, sin que las variaciones en frecuentación sean tenidas en cuenta a la hora de determinar número de profesionales. Esto hace que en la actualidad las diferencias de actividad no influyan en el consumo de recursos humanos. Aunque en un marco de descentralización de la gestión esta característica pueda variar parcialmente, seguirá siendo necesario disponer de profesionales en pequeños núcleos poblacionales en base a criterios de accesibilidad, a pesar que sus cargas asistenciales sean muy bajas y por tanto su "rentabilidad" muy escasa, en caso de asignación de recursos económicos en función de actividad.

Por otra parte, el coste de la farmacia, que representa algo más del 50% del gasto total en Atención Primaria, viene determinado principalmente por la morbilidad atendida, más que por el número de veces que han sido visitados los pacientes. Así, por ejemplo, el coste en farmacia de un hipertenso o cualquier otro enfermo crónico, no debería verse modificado sustancialmente por el número de visitas que se le hayan realizado a lo largo de un año, sino por el tratamiento prescrito y el cumplimiento que se haga del mismo.

Por último, la facilidad con que puede modificarse por parte de los profesionales el número y tipo de las visitas haría altamente vulnerable un sistema de asignación de recursos en el que el volumen y tipo de visitas fuese un factor determinante en la asignación de recursos económicos.

En definitiva, no parece una opción viable desde el punto de vista de capacidad predictiva en el consumo de recursos, ni de análisis de las diferencias de coste entre diferentes centros.

4.2.- COSTE POR PROCESO

El desarrollo en este sentido sería coincidente con el previsto en el proyecto SIGNO para los Hospitales, en el cual se ha pasado del coste por servicio al coste por proceso.

Para poder avanzar en esta línea existe un sistema de medición del producto en Atención Primaria, similar a los GRD hospitalarios, y definidos también por Fetter, que son los AVG (Grupos de visita ambulatoria). Este modelo permite agrupar los diferentes diagnósticos en un número manejable de categorías con significado clínico y homogéneas en cuanto al consumo de recursos. Estas categorías vienen definidas por unas características diagnósticas, terapéuticas y demográficas, y deben tener una capacidad explicativa respecto a las diferencias en consumos de recursos.

Una vez definido el producto pueden asignársele costes, bien a cada uno de los episodios y después agregarlos por grupos, o bien ir a costes medios por categoría.

Los problemas que podemos encontrarnos con este modelo son los siguientes:

- En primer lugar está la enorme carga burocrática que conlleva su implantación, puesto que es preciso codificar todas las visitas mediante ICD-9-CM, y que de facto prácticamente lo hace inviable de forma generalizada en nuestro medio.
- En segundo lugar los AVG están concebidos fundamentalmente para visitas ambulatorias de tipo especializado, y responden mal en Atención Primaria, en donde se entremezclan diagnósticos con síntomas inespecíficos, y patologías crónicas con procesos agudos en una misma visita.
- Por último, y como aspecto más importante, existe un problema similar al que nos encontrábamos en el coste por visita, en el sentido de que no son el número de visitas realizadas por una patología los que explicaran el gasto, sino el número de pacientes que tienen esa patología en la cartera de clientes del centro.

Con los AVG nos encontramos, por tanto, con un problema de identificación del producto en Atención Primaria. Al igual que en el Hospital consideramos las estancias o las analíticas como productos intermedios, y como producto final se considera la atención prestada al caso (apendicectomía, neumonía, etc.), en A. Primaria las visitas han de ser consideradas también productos intermedios, siendo el producto final la atención prestada por una patología, a un determinado paciente, en un período de tiempo determinado.

4.3.- COSTE POR PACIENTE

La tercera alternativa será el coste por paciente, que probablemente es la que más se ajusta a la asistencia de tipo longitudinal que se presta en Atención Primaria y la que tendrá una mejor capacidad explicativa de la variabilidad de costes entre centros.

Entre los sistemas de clasificación de pacientes con arreglo a consumo de recursos están los ACG (Grupos Ambulatorios de Asistencia) descritos por B. Starfield et al., los cuales basan la categorización en las características demográficas de los pacientes y en su patrón de morbilidad a lo largo del tiempo. La presencia o ausencia de cada grupo de enfermedades junto con la edad y el sexo son los parámetros utilizados para clasificar a un paciente en una de las 51 categorías de ACG. El sistema se desarrolla en USA a partir de la preocupación surgida por muchos analistas que creen que “sin un sistema de compensación o categorización de diagnósticos, el crecimiento de las HMO y los planes sanitarios basados en el prepago podrían quedar bloqueados por la aparición de selección adversa o sesgada de pacientes”.

Lo esencial del sistema de ACG se basa en agrupar códigos diagnósticos del ICD-9-CM en 34 grupos diagnósticos basándose en el consumo de recursos sanitarios esperables. Estos grupos se denominan ADG (Grupos Diagnósticos Ambulatorios) y se adscriben a una persona basándose en los diagnósticos realizados en las visitas ambulatorias durante un período de un año.

Después que a los diagnósticos ICD-9-CM de un paciente se les haya asignado un ADG apropiado, cada persona es categorizada en uno de los 51 ACG diferentes en función de su edad, sexo y combinación de ADG.

Los criterios clínicos que se han utilizado para el proceso de agrupamiento en ADG, por orden de importancia son:

- La persistencia/recaída esperable de una determinada patología.
- La probabilidad de que un paciente vuelva a la visita para continuar el tratamiento de la patología.
- La probabilidad de tenerlo que enviar a un especialista.
- La necesidad y el coste esperable de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos asociados a dicha patología.
- La probabilidad de que el paciente requiera hospitalización.
- La probabilidad de que una entidad produzca a corto o largo plazo una incapacidad.
- La probabilidad de que una entidad comporte una disminución en la esperanza de vida.

El sistema ACG se ha desarrollado utilizando datos de 160.000 historias de afiliados a cuatro compañías HMO y al programa Medicaid y puede explicar junto con la edad y el sexo el 59% de las variaciones en el uso de los recursos ambulatorios, mientras que en los mismos estudios la edad y el sexo explicaría un 6%.

Su utilización en las HMO para desarrollar tasas de capitación ajustada según el ACG se ha demostrado útil, aproximándose más la financiación al gasto real cuando dicha financiación fue calculada en base a los ACG que cuando fue realizada mediante asignación lineal o sólo en base a edad y sexo.

En definitiva, este sistema podría ser de utilidad en el marco en que nos encontramos, aunque debería ser previamente validado.

Como características negativas cabría destacar las siguientes:

- Precisa codificar todos los diagnósticos, con la carga burocrática que ello representa. Puede hacerse a posteriori, a partir de historias clínicas.
- Da mucho peso al número de visitas como criterio de consumo de recursos, puesto que en varias de las HMO estudiadas el pago era parcialmente por visita.
- Se basa en ICD-9-CM, lo cual acarrea problemas de clasificación para síntomas, tareas burocráticas, etc., que están mejor resueltos con la CIPSAP.
- No incluye el coste de la farmacia en el análisis multivariante en el que se relaciona el ACG y el consumo de recursos sanitarios.

5.- CONSIDERACIONES FINALES

De todo lo mencionado hasta el momento, parece deducirse que deberíamos evolucionar hacia una contabilidad de costes que nos permita realizar una asignación recursos económicos en base a la capitación ajustada por factores sociodemográficos y de morbilidad.

De las alternativas mencionadas la que más podría ajustarse a este planteamiento sería la de los ACG, aunque no parezca probable que pueda instaurarse de forma generalizada en nuestro medio, dado que requeriría codificaciones diagnósticas de forma masiva. No obstante, sí deberían realizarse estudios que nos permitiesen conocer en nuestro medio consumos de recursos en base a estructura poblacional y patologías o grupos de patologías.

Estudios como los de Berk et al. demuestran que existe una gran concentración de los gastos sanitarios en un pequeño número de pacientes. Datos referidos a 1987 muestran que el 5% de la población más consumidora acumula el 58% de los gastos sanitarios, mientras que el 50% que menos consume sólo absorbe un 35 de los mismos. De las personas incluidas en el 1% de máximos consumidores, un 48% eran mayores de 65 años.

En definitiva parece que el consumo de recursos no es homogéneo entre la población, y por tanto deberían buscarse fórmulas que permitiesen asignar recursos en base a estructura poblacional y ajustados por patologías. No obstante si se confirma en nuestro medio el fenómeno de concentración de gastos, probablemente el ajuste por patologías podría limitarse a identificar aquellas que mayor coste generasen (sida, enfermos renales, etc.) y asignarles recursos suplementarios, sin necesidad de codificar los diagnósticos de todos los pacientes.

En cualquier caso el mejorar el sistema de asignación de recursos es una tarea imprescindible, pues el actual modelo basado principalmente en el coste por habitante corregido por datos sociodemográficos, pero sin ajustar por morbilidad ofrece a nuestro juicio lagunas que pueden debilitar el proceso de descentralización y fomentar la selección adversa de pacientes.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Guerra, J., Alonso, B., Del Castillo, M., Fernández, J.M., Miaja, F., Palanca, I. Manual de imputación de costes en Atención Primaria. INSALUD. Madrid 1993.
- 2.- Casas, M. Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Masson. S.A. Barcelona. 1991.
- 3.- Starfield, B. Ambulatory Care Group: A Categorization of Diagnoses for Research and Management. *Health Services Research Care*, 1991; 26: 53-74.
- 4.- Weiner, J., Starfield, B., Steinwachs, D., Mumford, L. Development and Application-Oriented Measure Of Ambulatory Case-Mix. *Med. Care*, 1991; 29: 452-472.
- 5.- Pérez, A. Proyecto Signo. Situación y expectativas. Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios. Hellín 1993; 159-178.
- 6.- Bestard, J., Sevilla, F., Coroella, M.^a I., Elola, J. La unidad Ponderada Asistencial (UPA); nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria. *Gaceta Sanitaria*, 1993; 39, 7,: 263-273.
- 7.- Fidel, L., Temes, J.L., Frau, J., Vera, C. Coste por servicio, experiencias y resultados. Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios. Hellín 1993: 103-123.
- 8.- Temes, J.L., Coste por Proceso: Sistema de Facturación o Modelo de Gestión. Jornadas de Gestión y Costes Hospitalarios. Hellín 1993: 131-135.
- 9.- Berk, M.L., Monheit, A.C., Hagan, M.N. How the U.S. spent its health care dollar, 1929-1980. *Health Affairs (Fall 1988)*: 46-60.
- 10.- Berk, M.L., Monheit, A.C. The concentration of health expenditures: an update. *Health Affairs (Winter 1992)*: 145-149.
- 11.- Manual interno de costes. Mallorca 92/93. Atención Primaria Insalud Baleares.
- 12.- Mennerat F., Les classifications du case-mix pour les soins ambulatoires: une revue de l'existant. *Journal d'Economie Médicale* 1991; 9,2:69-83.
- 13.- INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria. Documentación sobre descentralización.