Costes y Financiación

D. ÁNGEL J. PÉREZ GÓMEZ. Sub. Gral. de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Mº. Sanidad y Consumo

1. INTRODUCCIÓN

Desde la crisis de los 70, los intentos de introducir racionalidad económica en la Sanidad Pública se han ido sucediendo a lo largo de dos décadas sin que podamos presentar un balance excesivamente positivo.

Quizás el hecho de que las mejoras de costes tienen una gran relevancia política que, a veces, lleva a confundir lo que es necesario para una gestión pública eficaz con la privatización del servicio quizá porque el Sector Sanitario es uno de los pocos con capacidad de generar empleo incluso en épocas de crisis, o quizá porque no se han encontrado las fuerzas sociales capaces de impulsar el proceso de reforma (¿La industria farmacéutica y electromédica?, ¿los Colegios de Médicos?, ¿los funcionarios?, ¿Una sociedad cada vez más medicalizada?...)[1], ... El caso es que la búsqueda de la eficiencia de los Servicios Sanitarios, podría recibir el título de "la búsqueda del Santo Grial", tal y como el pasado mes de marzo señalaba una conocida revista sanitaria[2].

Mientras tanto la Sanidad Pública de nuestro país sigue distanciándose de la de los demás países de nuestro entorno y de la cercana empresa pública, que en general, ya ha acometido un proceso de modernización y adaptación.

Tomando este punto de partida y acercándonos a la gestión de los Servicios Sanitarios, podemos recoger los cuatro puntos de "manual" que constituyen la condena del gestor (figura 1), con un corolario muy conocido: minimizar costes y maximizar rentabilidad.

Obsérvese que desde que abandonamos la economía de trueque, el denominador común (social o privado) de todos ellos, es la evaluación monetaria de los recursos utilizados y producidos y que el éxito de la gestión, se asocia a la diferencia que existe entre ambas magnitudes, manteniendo un equilibrio siempre difícil, entre los objetivos de producción, calidad y plazos.
Obsérvese también que esta realidad no hace tanto tiempo que empieza a considerarse consubstancial al proceso asistencial y todos sus actos.

---

[1] Vicente Ortún. "Aspectos Económicos de la transición hacia un Servicio Nacional de Salud". IV Jornadas de Economía de la Salud. Sevilla, 17-19 mayo, 94.

2 Previsión Sanitaria Nacional. n. 93. Marzo 94 «La búsqueda del Santo Grial", pág. 28-29.

2. EL PRECIO

Primera cuestión incontestada: ¿El precio de qué?

Los importantes avances del CMBD y la implantación del Signo II hacen posible ya desarrollar este debate:

Ensayando decididamente en los hospitales una de las dos, o las dos, propuestas que todos andamos barajando desde hace tiempo (GRDs y PMCs).

Contrastando los resultados, siempre en base a un sistema homologable tanto en lo referente a la actividad (cosa que nadie discute), como a los costes (donde la proliferación de modelos locales puede ser absolutamente nefasta para la credibilidad del proyecto y sus resultados, si no se encuentra la manera de coordinarlos y consolidarlos).

Incorporando al debate el intercambio de resultados con la Atención Primaria es muy difícil argumentar que ambas carteras de servicios no se encuentran íntimamente vinculadas.

Establecer el CMBD de los procesos resolutivos ambulatorios (el "catálogo" de consultas), en los mismos términos que se han desarrollado los "catálogos de productos" de los clubs de hospitales del Proyecto Signo, primero para romper el cuello de botella que esta siendo su informatización y segundo, para contrastar en su captura por el modelo de costes, sus primeros resultados.

¿Podremos fijar así (con los costes) el precio de los productos? Es evidente que no, ni el mercado en su situación más ideal ha funcionado nunca así. En la función de formación del precio intervienen naturalmente los costes, pero también, y con frecuencia con mayor relevancia, otros factores (demanda, escasez, grado de competencia, regulaciones de mercado...).

Sin embargo, definidos los productos y el sistema de costes, la comparación entre las diferentes entidades supone evaluar su posición relativa en el "mercado", de ahí pueden salir desde estrategias de alianza entre ellas para mejorar su posición hasta medidas drásticas de reducción de costes o de incremento de la productividad, en cualquier caso está claro que habremos dado un paso importante en mejorar el proceso de toma de decisiones...

Y que estaremos avanzando en un proceso de ajuste necesario antes de pensar en implantar sistemas de financiación más sofisticados como el basado en el pago por proceso:

1. Por la necesidad de evaluar el propio Sistema y su capacidad para implicar a todos sus protagonistas. No olvidemos que la calidad, la producción, los plazos y las misma rentabilidad en el marco en que nos movemos, no es un problema de medios ni de técnicas. Es esencialmente un problema de aptitud y sobre todo de aptitud de quien debe propiciarla.

2. Porque la diferencia entre precio y coste determina el excedente y éste, rigurosa y objetivamente identificado, plantea un problema más grave: ¿cómo se distribuye?

   ¿qué parte se reinvierte en la empresa (reposición, inversión...)?,
   ¿qué parte a sus trabajadores?,
   ¿qué parte recibe el ciudadano como principal accionista?

   o peor aún: ¿y si no hay excedente?

   - ¿Cuál será la política de personal, la de compras o la de inversiones?
   - ¿Quién y con qué medios puede establecer un plan de viabilidad?

   o todavía peor: en ausencia de soluciones a las dos cuestiones anteriores podemos tirar por el camino del medio e igualar precio y costes... y para ese viaje no hacen falta alforjas.

3. Porque existe un problema "cultural" y de confianza que sólo puede resolverse con un debate abierto sobre el modelo, la garantía en la transparencia de la información que ofrece y los objetivos a cubrir.

4. Porque es preciso ajustar las organizaciones por parte del financiador:

   - Determinar el modelo (uno)

   - La información que se va a procesar (CMBDs)

   - Los medios para hacerlo y sobre todo garantizar que son suficientes para devolver puntualmente la información agregada y contrastada.

   - Establecer el modelo de rendición de cuentas, que podría ser, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Hacienda, equivalente al previsto por el ICAC para las empresas de Asistencia Sanitaria.

   - Y, sobre todo, desarrollar las otras herramientas básicas, paralelas y consubstanciales a la gestión de costes: el sistema de relaciones laborales e incentivación y la gestión profesionalizada y autónoma en el marco de la empresa de servicios.

Y por parte de los proveedores de Servicios Sanitarios, eliminando ineficiencias y coordinando la actuaciones a corto y medio plazo (formación, inversiones, organización,...), para colocarse en una buena posición de partida.

Hablar de precio supone, por tanto, abordar con decisión todos sus componentes y las regulaciones que los relacionan.

3. LOS COSTES

De entrada es preciso señalar que estamos hablando de coste y no de gasto. Gasto es una deuda frente a terceros y coste es un gasto (recurso) que se incorpora al producto a lo largo del proceso asistencial, es por tanto vital identificar el coste en términos reales (no contable, presupuestario...) y en el momento en que se genera.

En el proyecto signo hemos estado trabajando con tres costes que nos parecen imprescindibles para poder gestionar:

1. Los costes gordos: El coste por Servicio Funcional

   Las entidades (hospitales o CAPs) no son "centros de gasto" sino agrupaciones de pequeñas empresas, con unos responsables, con unos objetivos claramente vinculados al proceso asistencial, con una cartera de servicios y con un marco de relaciones entre sí, que también queda definido en el propio proceso productivo-asistencial.

   Cada uno de estos gestores debe conocer su cuenta de resultados. Primero sus costes (personal, suministros, farmacia,...), después los costes que le facturan los demás Servicios que trabajan para él (Mantenimiento, Radiodiagnóstico...) y por último sus "ingresos" vía identificación de:

   ¿Qué hace - qué factura?: Catálogo de productos

   ¿Cuánto hace?: Registro de actividad

   ¿A qué precio está dispuesto a facturarlo y los demás Servicios a comprarlo?

Definición de estándares.

El modelo centra el debate en la producción de productos entre Servicios Funcionales.

Por último, el sistema de incentivación, va a requerir la identificación de los resultados del Servicio como un elemento objetivador de la asignación de recursos.

2. Los costes finos: El coste por Paciente

El paciente es el receptor de todos los servicios y, sobre todo, el cliente.

Cada paciente debe estar identificado y tener identificados los recursos asignados directa o indirectamente y sus costes (el modelo centra el debate en la producción hacia el paciente).

El contraste por parte de los diferentes Servicios Funcionales de la asignación de los recursos utilizados en cada proceso debe servir para reducir las ineficiencias del sistema y desarrollar una definición objetivable de la calidad.

Por último, el sistema de incentivación, va a requerir también la identificación de los resultados de la Entidad, como un elemento objetivador de la asignación de recursos.

3. Los costes del "mercado": El coste de Referencia.

El coste "gordo" o "fino" debe contrastarse sistemáticamente con el entorno:

Primero entre los Servicios Funcionales y Entidades "equivalentes" (refrendar el análisis y construir marcos de competencia y colaboración)

Después con su utilización por parte de los diversos responsables e interesados.

La operatoria parece simple si consideramos que:

Conocemos el coste de cada episodio (y de cada Servicio Funcional).

Conocemos el o los diagnósticos y procedimientos asociados a ese paciente (y la actividad de cada Servicio).

Podemos establecer las correspondencias entre éstos y el mix seleccionado (UPAs, GRDs, PMCs...).

Podemos obtener la media y dispersión del coste de cada proceso, agrupando a todos los pacientes con un mix común.

Con lo cual tenemos a nuestra disposición la información para determinar:

En qué casos se han producido desviaciones significativas en relación a la media y estudiar su porqué (listados por procesos y pacientes ordenados por coste...).

Qué procesos son sustancialmente divergentes con las referencias y por qué (listado de desviaciones y comparación...) para:

Ajustar nuestro proceso productivo o los elementos que de él forman parte (aumentando la productividad, disminuyendo los costes innecesarios y colaborando con otros Centros en la determinación de normas y protocolos coste-efectivos, evitando situaciones en las que Servicios se ven obligados a montar técnicas que por su volumen de uso, ni están justificadas, ni permiten a veces obtener una calidad adecuada, o simplemente no pueden hacer uso de ellas...).

Negociar con el financiador los posibles cambios que puedan implicar en el sistema de financiación: el proceso tecnológico, la identificación de procesos diferencialmente significativos y no tarifados, ...

4. En definitiva, como cabía esperar, el eje costes-financiación va a ser cada vez más un punto referencial sobre el que gire el debate y la gestión sanitaria.

No obstante, aun contando con:

Resultados que muestran claramente que la implicación de los profesionales en la gestión (en términos de racionalidad económica) es factible, tal y como han demostrado los clubs de hospitales del proyecto Signo, donde la voluntariedad no ha supuesto un menor compromiso, sino todo lo contrario...

Modelos, que como el Signo II, determinen simultáneamente el coste por Servicio Funcional, por actividad y por episodio, a partir de la utilización de catálogos elaborados para cada área por el club correspondiente, de forma que la mejora de la gestión del Servicio, aporte también una mejora a la determinación y adecuación de los recursos globalmente utilizados, integrando la actividad reflejada en cada catálogo con la del Centro y facilitando la comparación entre Servicios y Entidades de cada actividad realizada, de su utilización en relación al mix seleccionado y del coste de ese case-mix.

El avanzar en la eficiencia de los Servicios Sanitarios (en términos de financiación y costes) va a depender ahora de la actitud y capacidad de la autoridades sanitarias en asumir el papel que les corresponde como reguladores del "mercado" sanitario y en transferir el protagonismo de la gestión a Centros y Servicios, lo cual está generando ya tensiones entre la organización formal de nuestro sistema y la eventual consolidación de un estilo de gestión matricial.