

## ESTRUCTURA DE COSTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN TENERIFE

AUTORES: J. ARTILES SÁNCHEZ, M.A. BENÍTEZ DEL ROSARIO, A. SALINAS MARTÍN,

A. ASENCIO FRAILE, P. TOCINO MARTÍN, J. FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

*Servicio del Plan de Salud e Investigación, Servicio Canario de Salud*

### INTRODUCCIÓN

Factores demográficos y de morbilidad justifican el desarrollo de estudios sobre nuevas estrategias asistenciales en las áreas de cuidados paliativos. Paralelamente, la situación de limitación de recursos a disparado el interés por la evaluación económica de los servicios/programas en el contexto de los sistemas sanitarios actuales. En este entorno, y dirigido desde el Plan de Salud de Canarias nace el Programa Integral de Cuidados Paliativos de Tenerife, de fuerte carácter estratégico, puesto que se refiere a una tecnología de organización encaminada hacia la optimización de los recursos asistenciales existentes, sin olvidar la maximización de los resultados asistenciales.

Por otra parte, y haciendo referencia a la naturaleza y estadio de las patologías tratadas, los distintos procesos asistenciales se caracterizan por no incluir el mismo tipo de actividades, de manera que la duración de cada proceso varía de manera significativa. Estas dos particularidades determinan el no considerar el coste del producto y sí el coste de sus componentes. De esta forma, se propone utilizar una estructura de costes inspirada en el análisis de las actividades (*Activity Based Costing*. ABC). El ABC es un método que surge por el descontento que generan, a finales de los años ochenta, los resultados obtenidos con los sistemas de costes más conven-

cionales. De hecho, dicha preocupación cristaliza en la actualidad en la asignación de costes globales y costes indirectos.

Por tanto, se puede definir el ABC como un instrumento para el cálculo de costes semejante a "un sistema de información que mantiene y procesa datos en forma de actividades y productos/servicios" (S. Udpa, 1996), donde la principal unidad de desagregación es la actividad; teniendo como principales objetivos (F.B.Ibarra):

- Identificar los recursos usados en el desarrollo de cada actividad.
- Cuantificar el coste de estas actividades.
- Determinar aquellas actividades necesarias para un determinado subproducto.

De esta forma aparecen las actividades como unidades de mayor desagregación; la suma de las cuales forman los distintos productos. Lo explicado se resume en el siguiente ejemplo:

#### COSTE DE LOS PRODUCTOS

| Activ. a aplicar en los distintos procesos | Proceso asist. A | Proceso asist. B |
|--|------------------|------------------|
| Actividad 1                                | Si               | Si               |
| Actividad 2                                | No               | Si               |
| Actividad 3                                | Si               | No               |

*Felipe Blanco Ibarra. Contabilidad de costes y analítica de gestión para las decisiones estratégicas. Ediciones Deusto. 1998*

Proceso asistencial A= Actividad 1 + Actividad 3

Proceso asistencial B= Actividad 1 + Actividad 2

## DESARROLLO DEL MODELO

### ETAPA I: IDENTIFICAR LOS DISTINTOS SUBPRODUCTOS

En primer lugar mencionar que en el programa se diferencia una primera fase de inclusión y una segunda fase asistencial. La identificación de los diferentes procesos asistenciales puede responder a distintos criterios, en este caso el criterio utilizado es el protocolo existente, de manera que en la primera fase de inclusión se identifican tres procesos (por tanto tres grupos de actividades) y cinco procesos incluidos en la fase asistencial, como se indica en el siguiente cuadro:

#### CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

##### 1ª Fase de inclusión:

- Proceso asistencial para paciente referido a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP)
- Proceso asistencial para paciente ingresado desde puertas de urgencias
- Proceso asistencial para paciente no ingresado: consultas externas

##### 2ª Fase Asistencial

- Proceso asistencial para paciente domiciliados
- Procesos asistencial de interconsulta
- Proceso asistencial para paciente no ingresado en UCP: Hospital de día
- Proceso asistencial para paciente no ingresado en UCP: consulta externa
- Proceso asistencial para paciente ingresado en UCP

Fuente: *Elaboración propia*

### ETAPA II: DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

En esta fase se analiza con detalle las actividades involucradas en los distintos procesos, requiriéndose una protocolización minuciosa en

cada una de las fases. De esta forma, se permite que la información clínica sea disponible para el desarrollo del modelo ABC; y que la información de costes sea disponible para los profesionales que desarrollan los protocolos.

### ETAPA III: AGREGAR ACCIONES

La gran cantidad de acciones ejecutadas obliga a la agrupación de estas en grupos de actividades. Por otra parte es necesario identificar en cada actividad el cost Driver (inductor de costes), que es la unidad usada para trazar el coste de una actividad en los distintos procesos. Véase el siguiente ejemplo en el caso de uno de los procesos asistenciales de la fase de inclusión:

#### Fase de inclusión. Proceso asistencial 2: Paciente ingresado servicios de urgencia

| Código de Actividades | Insumos Actividades | Cost Driver            |
|-----------------------|---------------------|------------------------|
| 21                    | Valorac. médica     | Horas/Profesional      |
| 22                    | Gestión Adm.*       | Horas/Profesional      |
| 23                    | Medicación          | Nº unidosis consumidas |
| 24                    | Pruebas compl.      | Nº pruebas compl.      |
| 25                    | Desplazamiento      | Horas/Profesional      |

Fuente: *Elaboración propia*

### ETAPA IV: EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El principal ejercicio dentro de esta etapa es el del análisis de varianzas de pacientes, apropiada utilización de recursos y control de costes. El análisis de varianza bajo un modelo ABC permite aplicar dicho análisis a una actividad en concreto, que un enfoque global del programa no permitiría.

### ETAPA V: CONCLUSIONES

Dicho modelo permite fortalecer el carácter estratégico de este proyecto, puesto que a través del ABC se puede:

Determinar el coste de un producto y el valor exacto de los recursos consumidos. Tomar decisiones relativas a la introducción de decisiones de modificación del proceso asistencial.

Considerar un DAFO del propio sistema dentro del conjunto del sistema sanitario en el que se desarrolla.

El primer lugar mencionar que es el programa de costes de una empresa que de manera y una segunda fase asistencial. La identificación de los diferentes procesos asistenciales puede ser un primer paso en la primera fase de inclusión de actividades y otros procesos incluidos en la fase asistencial, como se indica en el siguiente cuadro:

Tabla de inclusión. Proceso asistencial 1.  
Proceso: ingreso, consulta de urgencias

| Actividades | Actividades             | Costo Directo          |
|-------------|-------------------------|------------------------|
| 21          | Atención médica         | Transformacional       |
| 22          | Atención de enfermería  | Transformacional       |
| 23          | Medicamentos            | W. unidades consumidas |
| 24          | Pruebas complementarias | W. unidades consumidas |
| 25          | Equipamiento            | Transformacional       |

Tabla IV: Evolución y análisis de los resultados. El principal objetivo dentro de este trabajo es el análisis de resultados de prácticas asistenciales de urgencias y control de costes. El

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- FELIPE BLANCO IBARRA. *Contabilidad de costes y analítica de gestión para las decisiones estratégicas*. Ediciones Deusto. 1998
- SUNEEL UDPA. *Activity-Based Costing for Hospital*. *Health Care Manage*, 21(3), 83-96.1996
- YEE-CHING LILIAN CHAN. *Improving Hospital cost Accounting with activity-based costing*. *Health Care Manage*. 18(1), 71-77.1993.
- MICHAEL F. DRUMMOND. *Métodos para la evaluación económica de atención de la salud*. Díaz de Santos. 1991