Gestión analítica: Claves de actuación Hospital Juan Canalejo Marítimo de Oza. La Coruña

D. AURELIANO GARCIA GONZALEZ-LLANOS. *Director de Gestión del Hospital Juan Canalejo*

Claves de actuación

Disponer de una medida del producto hospitalario es la gran aportación que hicieron los sistemas de Case-Mix a la gestión sanitaria. El proyecto *SIGNO I* persigue conocer los costes por servicio, como una primera e imprescindible aproximación al coste por paciente. Finalmente el sistema de Case-Mix que el Consejo Interterritorial seleccione, se encargará de obtener el tan ansiado coste por proceso.

Y mientras no llegue tan esperado momento, hay que aprovechar al máximo la información que se posee. La UPA, elegida como unidad de medida asistencial, tiene quizás el inconveniente de primar la estancia, pero es indudable que refeja mejor que las UBAs, el perfil de la asistencia contratada. Y además la UPA, por su aplicación generalizada, permite establecer comparaciones de eficiencia relativa y costes de produccion.

Veamos un ejemplo: el H. Juan Canalejo.

Tomando como base el "perfil de la asistencia prestada" y su evolución en el período de los últimos cuatro años, se analiza la trayectoria seguida por el gasto real del Hospital, para finalizar estudiando la evolución seguida por los costes de producción de las UPAs en el período 1991-88.

- gráficos/diapositivas
- perfil de la asistencia: estructura de los ingresos y evolución en 4 años.
- perfil de las estancias: evolución en 4 años
- perfil de comportamiento de la estancia media.
- estructura del coste de produccion de una UPA y evolución en 4 años.
- estudio detallado del cap. de compra de bienes y servicios.

Limitaciones del estudio

El período seleccionado, los 4 últimos años, se corresponde con una etapa del Hospital en la que éste consolidó su estructura como un gran Centro de nivel terciario y ámbito de referencia regional. Ello supuso entre otros cambios estructurales:

1) La integración del H. Marítimo de Oza (1989) con todos sus costes de personal y compras.

2) La integración de la asistencia especializada ambulatoria (1990), con semejantes consecuencias.
3) La incorporación de los últimos avances en tecnología diagnóstico-terapéutica: modernización y expansión de los laboratorios, TAC, RNM, radiología intervencionista, que ponen a disposición de los profesionales estos importantísimos progresos.
4) La consolidación del programa de trasplantes que sitúa a nuestro Hospital en el grupo de cabeza entre los Hospitales españoles por número de donaciones e implantes. Ello supuso la creación de un nuevo servicio de cirugía cardíaca (1991) con un alto rendimiento.
5) Además hubo también algunos cambios de criterio contable en este período, pasando el Hospital, por ejemplo, a financiar los implantes a partir del año 1990.

Si la comparación interanual se ve afectada por estas limitaciones de tipo contable, es evidente que el gasto en compras está estrechamente ligado a la evolución seguida por la actividad. Como hemos dicho, se ha elegido la UPA como unidad de medida de la actividad asistencial registrada, refiriendo a ella los costes unitarios.

1. Estructura del gasto

En estos cinco años el peso del capítulo II en el total ha crecido 3 puntos, representando en la actualidad la tercera parte del coste unitario. También han crecido más que la media el grupo de gastos más estrechamente ligados a la prescripción y los cuidados: farmacia-hemoderivados y material sanitario, que pasan del 19% en 1988 a más del 23% que tendrá probablemente al finalizar el 92.

Hostelería y mantenimiento pierden peso, a pesar de los esfuerzos realizados en mejorar la confortabilidad del Centro, en conjunto suponen el 4,34% y el 3,12% del coste total de cada UPA producida; ambas han crecido por debajo de la media y en valores muy próximos a la variación de precios en el período.

La otra partida que crece es el apartado de gastos generales, cuyo importe no obstante no llega a rebasar el 10% del total de las compras y supone el 2,40% del coste de cada UPA.

2. Evolución del gasto

En estos cinco años el gasto en este capítulo paso de 2.980 millones de pts. en 1988 a los 5.560,4 millones de pts. que registró al finalizar 1991. En el gráfico adjunto puede verse su evolución comparada con la trayectoria seguida por el IPC y la actividad asistencial realizada.

A la vista de los datos, no parece que las oscilaciones seguidas por el gasto en compras se expliquen por la subida de precios y/o el crecimiento de la actividad. La práctica asistencial se ha encarecido y a ello, sin duda, ha contribuido la incorporación de nuevos procedimientos y tecnologías.

El análisis por grupos de gasto permite hacer una primera clasificación, diferenciando dos grandes grupos:

a) Areas que duplican su gasto en el período 88-92

Son la farmacia y hemoderidos, juntamente con el material sanitario los que crecen mas. Tam-

bién duplican el gasto en el período: las compras de pequeño material médico quirúrgico, ropa y vestuario, mantenimiento de equipos de electromedicina y los llamados gastos generales.

b) Areas que han crecido la mitad o menos:

Este grupo está formado por las restantes: alimentación, limpieza, agua y energía, mantenimiento de edificios.

De este análisis cabe extraer muchas conclusiones; pero la que interesa destacar es la que apunta a la existencia de un margen no explicado por las variaciones de precios y de actividad que puede ser asimilado al margen de actuación en una política de racionalización y mejora en la gestión de los recursos.

Comparación con otros centros: año 1991

Veamos qué ocurre si se pudiera extender este análisis a otros Hospitales comparables.

Responder a esta pregunta viene a ser lo mismo que responder a la siguiente cuestión: ¿cómo funciona el Hospital en relación a los demás?

En cualquier sector de actividad *la eficiencia no puede medirse sólo de cara al interior, es preciso hacer comparaciones con la competencia para identificar cuáles son las fortalezas y las debilidades de nuestra organización*. Lamentablemente no hay todavía una literatura amplia publicada sobre eficiencia relativa de Hospitales, y los únicos que existen referidos a la sanidad española, han sido presentados muy recientemente (V Simposio de Moneda y Crédito. Madrid. Nov. 1992) y tienen grandes limitaciones: L. Casanovas y A. Wagstaff (1992) y Eduardo Ley (1991).

A pesar de estas limitaciones, con los datos disponibles es posible realizar un primer estudio comparativo, cuyos resultados se incluyen en el Anexo. En él se compara la eficiencia del Hospital con un grupo reducido, cuyos nombres por razones obvias no vamos a decir, pero que por su tamaño algunos son perfectamente comparables a nuestro Complejo. Veamos algunos resultados significativos:

3. Rendimientos del personal

Tradicionalmente los estudios de plantilla se abordan midiendo el ratio personal/cama, sin tener en cuenta ni el grado de ocupación, ni la rotación enfermo/cama, por lo que no parece ser el indicador más adecuado para medir rendimientos. Si empleamos el ratio UPAs/persona como una medida de este rendimiento, los resultados que se obtienen son concluyentes:

El HJC alcanza unos rendimientos superiores en un 20% a Hospitales de similar tamaño e incluso supera a centros de una dimensión menor. De la muestra disponible, tan sólo el Hospital de menor tamaño (217 camas) obtiene rendimientos mejores.

3.1. Rendimiento por estamentos

a) Personal facultativo. Los rendimientos del HJC superan a los de tamaño similar en un 17%, llegando las diferencias hasta el 28% respecto al centro de 943 camas. De nuevo es el centro mas pequeño el que logra los mejores resultados, superando los nuestros en un 12%.

b) *Personal sanitario no facultativo*. Para este grupo, los resultados son contundentes, el HJC obtiene los mejores rendimientos en todos los

casos, superando a los de similar tamaño en un 18% y en un 27% respectivamente.

c) *Personal administrativo*. Aunque los resultados obtenidos presentan una mayor dispersión, es claro que los rendimientos del HJC son comparables.

d) *Resto del personal.* Al tratarse de un cajón de sastre que engloba las restantes categorías no incluidas en las rúbricas anteriores, las comparaciones son menos significativas. Los distintos sistemas de gestión aplicados a algunas actividades como la limpieza, cocina o lavandería pueden ocasionar diferencias apreciables. No obstante, la comparación de las cifras con un Hospital de similar tamaño arroja una ventaja del HJC en un 20%.

4. Costes por actividad

Sin duda cuando se disponga de los costes por procesos normalizados, la comparación intercentros va a resultar clínica y económicamente más significativa; pero lamentablemente todavía hoy la inmensa mayoría de los Hospitales en nuestro país carece de semejante información. Por ello, las autoridades sanitarias han optado por indicadores sintéticos: UPAs en el INSALUD o UBAs en el SCS son las opciones más generalizadas. Nosotros empleamos las UPAs por ser el que, de momento, mejor refleja el perfil de la asistencia prestada.

4.1. Costes de personal

Al tratarse de un gasto prácticamente fijo, el Hospital que obtenga los mejores rendimientos de su plantilla será, lógicamente, el que tenga un coste de personal por unidad de asistencia producida (UPA) también inferior. En la muestra seleccionada, los Hospitales de similar tamaño alcanzan unos costes hasta un 20% superiores al nuestro; y tan sólo aquellos que por su menor tamaño tienen una estructura de especialidades menos compleja y desarrollada tienen mejores resultados.

4.2. Coste de las compras en bienes y servicios

Un primer análisis de este capítulo pone de manifiesto la gran dispersión de los resultados. En general, los costes por UPA son inferiores al de nuestro Hospital entre un 11% y un 0,8%. No obstante uno de los Hospitales de tamaño similar obtiene una resultado que supera el de HJC en un 2%. Quizás la gran heterogeneidad de los bienes y servicios que se financian sea la explicación a semejante comportamiento. El análisis en detalle nos permite ver dónde se producen las mayores diferencias.

4. 2. a. Material sanitario

Con la excepción del Hospital de menor tamaño donde sólo supone el 33% del total de las compras; en el resto es la partida más significativa, alcanzando un peso relativo que supera el 55% y llega al 69% en nuestro Hospital. El análisis por grandes grupos de consumos, permite apreciar que la mayor diferencia se produce en el epígrafe de farmacia y hemoderivados donde nuestro coste por UPA (2.664 pts.) supera en un 18% el promedio de los Hospitales de la muestra (2.246 pts.). En el coste del material sanitario que engloba también los implantes, el resultado del Hospital (4.175

pts.) supera el promedio anterior (3.390 pts.) en un 6%.

b) Coste de la hostelería

Aunque este epígrafe sólo supone el 13% del coste de producción de una UPA, los resultados son concluyentes. Los costes en nuestro Hospital son inferiores a todos los centros en un porcentaje que oscila entre el 36% respecto al de mayor tamaño y el 20% respecto al más pequeño. Esto nos confirma algo que ya sabíamos, el HJC puede presumir sin rubor de tener uno de los servicios de Hostelería más eficientes del país.

c) Coste de mantenimiento

Es una partida que engloba además del mantenimiento de equipos y edificios los grandes suministros de energía y agua; en conjunto supone en el HJC el 16% del coste de producción de una UPA. Los resultados presentan también una gran dispersión, que puede venir motivada por el mayor número de obras de reforma que realizan los Hospitales a medida que son más antiguos o la adquisición de equipamiento nuevo bajo la formula de reparaciones. *En general nuestro Hospital tiene unos costes superiores al resto, con la excepción del más pequeño que nos supera en un 2,5%.*

d) Costes generales

Es también, una partida que engloba las rúbricas restantes no contempladas en las anteriores y que, a pesar de ello, sólo supone el 12% del coste de producción de una UPA. Quizás por ello, se da una gran dispersión en los resultados que hace difícil extraer conclusiones. Las diferencias van desde 775 pts. en el mayor centro a 1.989 pts. en un centro de 416 camas.

En síntesis, de las cifras anteriores no se desprende que el Hospital viva instalado en una cultura del despilfarro, como por otro lado cabría esperar de un centro cuya profesionalidad, cualificación y eficiencia le llevaron a merecer la designación como Hospital del Año en 1991. Tanto en personal,(69%) del total, como en compras que son el 31% del coste de producción de una UPA, los resultados del HJC admiten comparaciones ventajosas con los restantes centros de la muestra.

Es evidente que sería un error negar la existencia de algunas desviaciones significativas: farmacia, material sanitario y, quizás, mantenimiento cuyas causas convendria analizar más en profundidad.

- Rendimiento del personal.
- Costes de producción de una UPA.

Claves de actuación

Sin ninguna duda, la más importante la perseverancia. Con todos los avatares que ha habido, era inimaginable para los que formamos el Grupo Signo a finales del 89, que iba a despertar la ilusión y las expectativas que despertó este Congreso. Es una satisfacción que debemos a la constancia de los Autoridades Sanitarias que nunca han dudado de la bondad de un proyecto encaminado a dotar a los Hospitales de un verdadero instrumento para mejorar la gestión. Y también, por qué no decirlo, a la metodología abierta y participativa que presidió en todo momento su implantación.

Hasta ahora la adhesión al Proyecto es voluntaria.

Y como idea central a tener presente: la gestión analítica es organización, organización y sobre todo, organización. Para disponer de toda la información que alimenta el modelo SIGNO, hace falta contar con una organización capaz de capturar los datos y procesarlos en tiempo real. Y esto no es nada fácil de lograr. Los que lo han logrado lo saben por experiencia propia. Por tanto, hacia el futuro, también el frente de la organización sigue siendo el fundamental.

En el frente de la financiación, la idea central es que todo este esfuerzo debe servir para algo, y ese algo no puede ser más que servir para mejorar la asignación de los recursos. En otras palabras, el reto siguiente es traducir los resultados del modelo en la financiación de los hospitales, si no queremos que se perpetúen los efectos perversos que genera el modelo presupuestario actualmente en vigor.

Ello abre, indudablemente, la puerta a la autonomía hospitalaria sin la cual todo lo que estamos hablando aquí de poco nos sirve.