Evolución de los sistemas de información en el bloque quirúrgico. Sistema de medición de costes

Dña. MONTSERRAT BANGO AMAT. *Dirección Territorial del INSALUD de Asturias*

Introducción

A lo largo de los últimos 10 años, los Sistemas de Información Sanitaria se han ido perfilando de un modo más preciso y han sido objeto de un estudio más pormenorizado por parte de los gestores de las Instituciones Sanitarias por ser cada día mayor la necesidad de ordenar los datos que se producen en el contexto sanitario.

Uno de los factores que más han influido en el desarrollo de estos Sistemas de Información tanto en el ámbito asistencial como en el económico es el establecimiento de unos objetivos periódicos de carácter anual en las Instituciones y la necesidad de establecer una creciente relación entre éstos y la suficiencia económica anual, suficiencia económica que nos ha de permitir alcanzar dichos objetivos poniendo al alcance de nuestros pacientes una combinación óptima de recursos humanos y materiales que garanticen al mismo tiempo una calidad asistencial adecuada.

Dentro del ámbito hospitalario, cabe destacar la importancia que para estos fines ha alcanzado la relación *Actividad/Coste*, a ésta y a su

evolución en el tiempo más reciente dentro del Bloque Quirúrgico nos vamos a referir en el presente trabajo.

Evolución de los sistemas de información quirúrgicos

La evolución sufrida en los sistemas de recogida de actividad quirúrgica ha pasado de la obtención de unos datos básicos de captura de actividad tales como identificación del paciente, servicio que opera, cirujano principal, diagnóstico, etc. a la obtención de una compleja y amplia gama de registros que proporcionan la obtención de ratios que analizan el funcionamiento interno del bloque quirúrgico de cara a la gestión del mismo y al conocimiento cuantitativo y cualitativo de su producción en los Centros.

Aunque la informatización de los hospitales no es en muchos casos todavía integral, sí se ha generalizado la utilización de los ordenadores en este área abaratando significativamente el coste de la obtención de la información al tiempo que ha ampliado las posibilidades en este campo.

En el área económica, hasta fechas muy recientes, la Contabilidad General y Presupuestaria constituían el núcleo central del Sistema de Información de los Centros Sanitarios, información que se complementaba con la elaboración anual del denominado "Costo de Sostentamiento" de los Hospitales. En dicho costo, se diferenciaban tres grandes áreas dentro del Hospital (Hospitalización, Consultas Externas y Urgencias) y se establecían unos repartos de los gastos anuales por medio de la aplicación de unos porcentajes determinados de forma generalizada. Si bien esto podía proporcionar una idea global del importe al que ascendía la liquidación de una Institución Sanitaria y su composición aproximada, era altamente insuficiente de cara a una gestión interna por Servicios o Grupos Funcionales Homogéneos (G.F.H.).

Para conocer el coste de estos G.F.H., se hacía preciso la implantación de un sistema independiente que estableciera unos circuitos de información complementarios a los oficiales y que proporcionaran en tiempo real los gastos devengados por las Instituciones y la causa que los originaba. De este modo, surgieron una serie de iniciativas independientes que en los últimos años han estado encaminadas a establecer el coste de estos Centros. De todos estos Sistemas el más generalizado actualmente es el programa de Gestión Analítica SIGNO I instalado en este momento en 46 hospitales de toda España; a él y a la información económica que del bloque quirúrgico nos proporciona, es a la que nos vamos a referir como sistema de referencia.

Estructura de costes. Criterios de imputación-tiempo versus URV

El modelo de Gestión Analítica SIGNO I comenzó su implantación generalizada en el año 1992. Se han tomado como referencia los resultados obtenidos en los 9 primeros meses del año para los tres grupos de Hospitales en los que se aplica este modelo de Contabilidad de Gestión.

En lo que se refiere a la importancia relativa en coste de los que supone el Quirófano dentro del coste total del hospital nos encontramos en la siguiente banda de porcentajes:

Grupo	Nºhospital	% Coste sobre el Total del Hospital		
		< 5%	del 5% al 10%	>10%
I	13	2 (15,4%)	8 (61,5%)	3 (23,1%)
II	16	5 (31,2%)	10 (62,5%)	1 (6,3%)
III	11	2 (18,2%)	9 (81,8%)	0 -
TOTAL	40	9 (22,5%)	27 (67,5%)	4 (10,0%)

En lo que se refiere a la estructura del coste dentro del Quirófano obtenemos los siguientes porcentajes:

Tipo de Costes	% Sobre el total
Propios	96,6%
Repercutidos	1,1%
Estructurales	2,3%

Dentro de los costes propios, los que se han considerado como más relevantes son tres: los costes de Personal y los consumos de materiales y fármacos. Estos tres factores suponen los siguientes porcentajes dentro de la estructura del Quirófano:

Grupo	Personal	Suministros	Farmacia	Suma
I	46,0%	10,3%	4,9%	61,2%
II	44,8%	16,0%	4,9%	65,7%
III	41,2%	26,0%	4,9%	72,1%
Media Global	44,3%	16,4%	4,9%	65,6%

Todo esto hace referencia a la estructura de costes que posee el Quirófano, ahora bien, estos costes deben ser repercutidos a los servicios médicos que lo han utilizado; para ello debemos tener un criterio de imputación; en este momento, no existe una homogeneidad en los criterios que se están empleando, sin embargo, el 99% de los criterios se basan en un sistema de tiempos. Para este trabajo, se ha valorado la posibilidad de emplear un criterio más elaborado como el de las Unidades Relativas de Valor (URV) de la Asociación Médica Americana. Para ello, se realizó una recogida de datos durante el mes de Noviembre en tres Hospitales de Asturias: "Valle del Nalón" de Sama de Langreo, "San Agustín" de Avilés y el Hospital Central de Asturias. Se trataba con ello de comparar los dos Sistemas de "Facturación" del bloque quirúrgico a los Servicios

Médicos que lo habían utilizado. Una vez recogidos los diagnósticos y las intervenciones codificadas por el ICD-9-CM se le asignó el correspondiente código de las URV así como el peso relativo expresado en puntos que se le asignaba a esa intervención con ese diagnóstico. Comparados los tiempos de las intervenciones y los puntos asignados por las URV, se obtiene un coste por punto y hora de quirófano. Si esto lo aplicamos a las diferentes especialidades médicas y comparamos resultados obtenemos como conclusión que la puntuación asignada al facultativo en función de su destreza no se corresponde con la posible duración de la intervención por lo que a la hora de repartir el coste de una instalación como la del quirófano no podemos aplicar valores relativos basados en la posible complejidad de una intervención para el facultativo que la lleva a cabo. Por lo tanto, abogamos aquí por un sistema de asignación de costes basado en tiempos para realizar un reparto del bloque aunque consideramos a las URV como un buen sistema de medición del coste médico de cara a la obtención de un coste por diagnóstico.