

**LOS SERVICIOS DE GESTIÓN
ECONÓMICO
ADMINISTRATIVA. SU PAPEL
COMO SERVICIOS DE APOYO A
LA FUNCIÓN ASISTENCIAL.
NECESIDADES DE
INFORMACIÓN
CLÍNICO/SANITARIA PARA EL
EJERCICIO DE SUS FUNCIONES**

Gabriel Pérez Cobo
Escuela Andaluza de Salud Pública
Consejero Delegado

El V Informe de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS), publicado bajo el título “*De la historia clínica a la historia de salud electrónica (HCE)*”, identifica aquellos contenidos de orden clínico que deben configurar la Historia de Salud de cada ciudadano, a la vez que establece un conjunto de criterios, requisitos y estándares para la utilización de las Tecnología de la Información y de la Comunicación (TICs) como soporte más adecuado de estos datos clínicos, para, finalmente, reflexionar sobre las “utilidades no clínicas” –la formación y la investigación– de la HCE.

La información netamente clínica que se contiene en la Historia de Salud, con ser el núcleo esencial de ésta, no constituye la única información de relevancia para el seguimiento de las circunstancias de salud de cada ciudadano y, de esta forma, debe integrarse en la concepción más amplia de los Sistemas de Información Sanitaria (SIS) que habrán de incluir tanto datos clínicos como clínico-administrativos.

La incorporación de información de carácter clínico-administrativa obliga a ampliar el ámbito de análisis y abordaje a un conjunto de áreas y unidades no clínicas (admisión y gestión de pacientes, documentación y codificación clínica, etc.) pero que en su actividad juegan un papel esencial en la atención de los pacientes y generan un conjunto de información de capital importancia no solo para la asistencia directa del enfermo individual si no también para el abordaje colectivo de la salud de la sociedad.

Finalmente, el sistema de prestaciones asistenciales ha de soportarse por un conjunto de estructuras, éstas ya de carácter no asistencial ni clínico-administrativo, que le aportan las tecnologías organizativas y de soporte, así como los recursos que les son precisos para su correcto funcionamiento, sean estos de carácter material (fungibles, bienes y aparatos; así como el mantenimiento de los mismos), de profesionales y conocimiento (recursos humanos y formación) o económicos (contabilidad y recursos financieros).

Estas estructuras no solo cumplen un papel de apoyo a la gestión de las unidades clínicas sino que, igualmente, producen un importante volumen de información que es imprescindible para en funcionamiento adecuado de los centros y para un correcta toma de decisiones, tanto en aspectos de gestión organizativa como en el

sentido de garantizar la gestión eficaz y eficiente de los medios, aspecto este último que, aunque solo sea por el concepto de “uso alternativo de los recursos”, tiene importantes impactos sobre los resultados de salud de los Sistemas Sanitarios tanto a nivel de la salud de los individuos como de la colectividad social.

El conjunto final e integrado del Sistema de Información Sanitaria y del Sistema de Gestión Económico Administrativa nos permite disponer de un Sistema de Información de los Servicios Sanitarios que posibilite la toma de decisiones en los diferente niveles de responsabilidad en los Sistemas de Salud: la Autoridad Sanitaria en las políticas de salud; los gestores y administradores sanitarios, en la gestión de los recursos y de los medios organizativos; y, finalmente, a los profesionales clínicos médicos y personal de enfermería en la gestión de la practica clínica y en la correcta gestión de los cuidados.

En este capítulo se pretende abordar el papel de las estructuras de gestión económico-administrativas como apoyo a la función asistencial, tanto desde la visión individual de las prestaciones asistenciales como desde la visión colectiva de la salud de las poblaciones; su interacción con las estructuras clínico-asistenciales y las transferencias de información entre ambas.

Entender adecuadamente el papel real de los denominados servicios económico-administrativos como soporte a las funciones asistenciales de los sistemas sanitarios públicos exige, previamente, analizar los componentes esenciales de los sistemas de salud, diferenciar la elaboración de actividades, productos y servicios orientados al ciudadano (los “outputs”) de los impactos producidos por estos productos y servicios en la sociedad o en los grupos sociales (“outcomes”) y, finalmente, conocer el marco de los valores públicos en el que necesariamente deben producir su actividad los servicios públicos de salud y como la adaptación al conjunto de valores públicos puede influir en la situación de salud de la sociedad.

Con este análisis pretendemos poder visualizar la actividad y responsabilidades de los servicios económico-administrativos en su función de soporte para el desarrollo de las funciones asistenciales y de salud, no como un mero instrumento que hace posible el ejercicio de la asistencia al aportarle los medios físicos, humanos y económicos que les son necesarios, sino particularmente como un condicionante imprescindible para que esta asistencia se realice desde los valores de la efectividad, la eficiencia y la equidad, y para que los sistemas públicos de salud cumplan la función social que le es inherente.

En todas las partes del mundo y en todas las épocas que estudiemos, siempre ha sido evidente una tendencia manifiesta hacia la organización de los sistemas de

salud. El modelo final en el que cristalizan estas iniciativas de ordenación está claramente relacionado con los contextos económico, social y político de cada comunidad y territorio, modificándose estos a su vez con el discurrir de los procesos históricos de cada sociedad.

A pesar de estos factores y de sus variabilidades, ligadas a los contextos históricos y geográficos, en todos los sistemas de salud se manifiestan un conjunto de elementos básicos expresados en mayor o menor proporción pero presentes en todos los casos: la movilización, en grados variables, del soporte económico para los servicios de salud y el racionamiento en la prestación de estos servicios en un intento de alcanzar la mayor equidad y efectividad.

En los últimos años, y como consecuencia de la ampliación de prestaciones médicas y de las relacionadas con la salud que se han derivado de la expansión de los conocimientos, la colectivización ha afectado tanto a los patrones de provisión de servicios como al sistema de soporte económico, en un intento de hacer más servicios de salud utilizables por más población y el papel de las acciones gubernamentales de regulación se ha hecho cada vez más ostensible.

En esta función reguladora de la provisión de las prestaciones y de racionalización de los recursos económicos que han debido de asumir los poderes públicos, el papel de los servicios económico-administrativos es esencial para que los órganos de decisión dispongan de información adecuada y correcta para el ejercicio de sus funciones, tanto en el nivel político, como para los órganos de dirección y gestión de las estructuras asistenciales; además de, como ya se ha comentado, para la gestión de los recursos y la toma de decisiones en el ámbito de la gestión clínica.

Añadido a esta función de productores de información para la toma de decisiones, los servicios económico-administrativos deben asumir directamente el seguimiento económico y la gestión de los recursos en el ámbito de la mesogestión de los centros, así como facilitar los instrumentos de gestión necesarios para que los servicios clínicos traten de hacer compatible la producción de servicios y actividades con los recursos económicos, materiales y humanos disponibles, en un marco de valores propios del hecho público.

Hasta ahora hemos señalado repetidas veces, diferenciándolos, el ámbito de la autoridad sanitaria –el ámbito de decisión política–, del ámbito de la administración y gestión –los denominados servicios económico-administrativos y de gestión–.

El entendimiento correcto del papel de estos últimos y la importancia de sus funciones se visualiza con mayor claridad haciendo explícita la diferencia sustancial entre el nivel de decisión política de la autoridad sanitaria que, en los contex-

tos democráticos, se ocupa de lo que el “gobierno” debe hacer, respecto a los órganos de administración y gestión, que han de ocuparse de la consecución eficaz y eficiente de las funciones gubernamentales y de los objetivos establecidos por los representantes que han sido legítimamente elegidos por los ciudadanos.

En este sentido se ha producido un cambio radical en las actuaciones de un gran número de gestores y responsables administrativos que han pasado de centrarse en la mejora y perfeccionamiento de las funciones tradicionales de sus organizaciones a impulsar y liderar procesos de cambio e innovación que determinen la creación de valor para los ciudadanos y el conjunto social.

Una circunstancia a señalar, en este papel de los servicios económico-administrativos y gestión como elementos para la creación de valor, es el hecho de que la creación de valor no ha de limitarse al valor operativo actual de la institución, de manera que, desde una visión de determinación de valor a largo plazo, los responsables de la gestión y administración de las instituciones deberán ser capaces de aprovechar las oportunidades para mejorar la eficacia y la eficiencia de sus organizaciones, asegurar la equidad en el acceso, incorporar elementos de flexibilidad que faciliten la adaptabilidad a los cambios y, basándose en sus competencias distintivas, incrementar su cartera de prestaciones y servicios con ofertas que sean apreciadas para los ciudadanos y para la sociedad de suerte que la organización sea más valiosa de lo que sería solamente vista desde la posición que en cada momento ocupa.

Hemos comentado con anterioridad que los servicios económico-administrativos juegan un papel clave en la creación de valor y hemos hecho referencia expresa a la necesidad de que la creación de valor se realice en el marco del sector público; en lo que se conoce como creación de valor público.

En esta responsabilidad de creación de valor público la actividad de los sistemas públicos de salud se orienta no solo hacia el ciudadano individual, que consume productos intermedios (los “outputs”), produciendo servicios de valor para determinados pacientes y beneficiarios, sino también hacia el conjunto social.

En este último contexto de creación de valor a nivel de la sociedad, los servicios públicos de salud generan valor tanto por el impacto de sus acciones sobre la salud colectiva (los “outcomes”), mejorando el estado de salud de la sociedad, como por su capacidad de responder a las expectativas y aspiraciones de los ciudadanos en su conjunto, que son expresadas a través de los sistemas de representación y que particularmente son de dos tipos: de bienes públicos colectivos (promoción de la salud) que no puede proporcionar el mercado al ser indivisibles y, por tanto, imposibles de vender al consumidor individual; y de respuesta a condiciones sociales adicionales

en términos de justicia y equidad, así como de eficacia y eficiencia, de suerte que se dé respuesta a las demandas de la sociedad de disponer de organizaciones públicas productivas y respetuosas con los valores sociales y democráticos.

En este sentido, el sector público crea valor de una manera diferente al sector privado ya que, además de poder crear valor en la provisión de determinados bienes y servicios que el sector privado no puede producir, fundamentalmente crea valor en la manera en la que se crean dichos bienes y servicios, es decir, a través del dialogo comunitario, la participación social y el respeto a los valores democráticos.

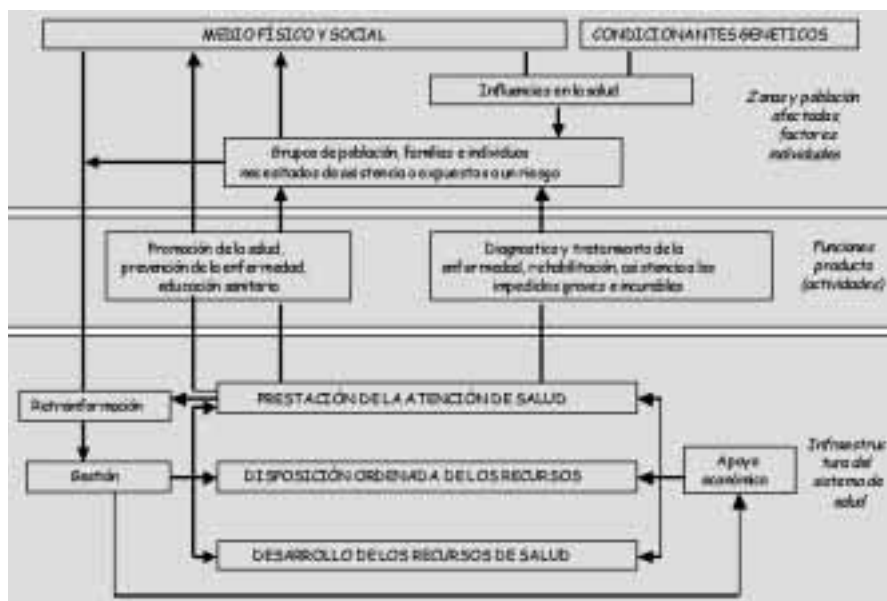
Los servicios económico-administrativos, como responsables de la administración y gestión de los recursos, así como de los procedimientos para su captación en el mercado juegan, indudablemente, un papel esencial en la respuesta de los sistemas públicos de salud a estas expectativas (no sanitarias) de la sociedad y son pieza clave en la generación de valor público.

Se ha pretendido, hasta aquí, hacer evidente una visión poco frecuente de los servicios económico-administrativos, habitualmente abordados desde una óptica mas cercana a su papel de suministradores de medios y recursos a las estructuras clínicas de prestación de asistencia médica y de cuidados de enfermería, así como de soporte contable y presupuestario; acercándolos a un concepto de los mismos mucho más relevante y clave para el cumplimiento de las funciones de los sistemas públicos de salud como responsables de garantizar que la captación en el mercado, la gestión y el uso de los recursos, se realiza en el marco de los valores públicos relevantes y de que las organizaciones dan respuesta a las expectativas de producción, eficacia y eficiencia que la sociedad tiene derecho a exigir a las organizaciones que son financiadas con fondos públicos que tienen usos alternativos.

Se analizará a continuación el papel que juegan los servicios económico-administrativos (presupuestos y contabilidad, recursos humanos, y suministros y mantenimiento) como soporte a la gestión clínica y las necesidades de transferencia de información entre ambas estructuras para el ejercicio de sus respectivas funciones.

En el modelo de un sistema de salud que se representa a continuación se reconocen, por un lado, como los determinantes físicos, sociales y genéticos dan lugar a grupos de población e individuos sometidos a riesgos de salud y, por otro, como las infraestructuras del sistema de salud elaboran funciones de producto (actividades) que dan respuesta a estas demandas de salud y prestación de servicios asistenciales.

En la infraestructura del sistema de salud, que se refiere a sus componentes básicos, todos los cuales están directa o indirectamente relacionados entre sí, el apartado de desarrollo de los recursos de salud incluye cuatro categorías principa-



les: el personal, la infraestructura material, los equipos y suministros y los conocimientos sobre salud (los intangibles), todos los cuales deben ser aportados por los servicios de soporte a la actividad clínica.

El apoyo económico, la financiación (dinero), se trata de forma diferenciada pues no se considera, en sentido estricto, como un recurso de salud ya que debe transformarse en determinados recursos o servicios para formar parte del sistema de salud.

Para conseguir que los diversos recursos de los sistemas de salud se conviertan en actividades sanitarias y puedan funcionar adecuadamente se necesita una ordenación adecuada para que los recursos mantengan relaciones efectivas entre sí y que los distintos pacientes o grupos comunitarios estén en contacto con los recursos por medio de mecanismos adecuados de prestación de la asistencia.

Las organizaciones sanitarias tradicionales, caracterizadas por un modelo burocrático mas orientado a administrar que a crear, con una cultura administrativa de hacer más que de conseguir, en las que las reglas y normas se imponen a la responsabilidad y la innovación, y en las que los procesos de selección ponen mas énfasis en los procedimientos que en los resultados, se ven sometidas a importantes presiones de cambio, tanto desde el propio interior de las organizaciones, y que proceden de sus elementos más activos y preparados, como desde el exterior de las

mismas, y que son resultado del impacto de los cambios en el pensamiento político (relevancia del mercado como distribuidor de recursos y disminución del gasto público principalmente), de los avances en la tecnología médica y en los sistemas de información, de la existencia de ciudadanos cada vez más conscientes de sus derechos y más exigentes de los mismos, y, en última instancia, de los profundos cambios que se producen en los valores sociales.

Estas presiones, tanto internas como externas, fuerzan un proceso de cambio en las organizaciones sanitarias que, poco a poco, se encaminan hacia modelos dotados de una administración descentralizada, abierta y flexible, en los que la eficiencia en la gestión y el desarrollo de sistemas de comunicación internos y externos se tornan en elementos clave y que, en definitiva, se orientan, con una visión a medio/largo plazo, a la gestión de las personas y los clientes para el logro de resultados.

En última instancia, el proceso de cambio trata de colocar las capacidades de decisión allí donde está la información (los profesionales), esto es, descentralizar, a la vez que intenta generar elementos de motivación e incentivación vinculando autoridad y responsabilidad, de suerte que los profesionales tengan razones para tomar las decisiones que en cada momento consideren más correctas y las orienten hacia el logro de los fines y objetivos de la organización; favoreciendo la autonomía en la gestión y facilitando la creación de lo que se han dado en llamar “*unidades de gestión clínica*”.

Siendo conscientes de que la descentralización induce a la desestructuración de las organizaciones, se han identificado un conjunto de condiciones que deberán garantizar el éxito de estos procesos de traslación de capacidades de decisión y de responsabilidades a las unidades de gestión clínica y, en definitiva, a los profesionales.

De entre estas claves para el éxito, debemos señalar un exhaustivo conocimiento de los factores que inciden en los procesos de descentralización (costes de transacción, asimetrías de información, relación de agencia, etc.), la clara definición de los roles de las estructuras central y de las unidades de gestión, la dotación de medios y recursos ajustados a los compromisos de resultados, la transferencia de capacidades de formación y aprendizaje, el desarrollo de mecanismos de coordinación –tanto verticales como horizontales– para la optimización del sistema global, el establecimiento de los estándares de calidad y resultados tanto técnicos como de la gestión de la unidad clínica y, por último, la concreción de los mecanismos de control de gestión desde la estructura central.

La garantía de éxito de los procesos de descentralización se va a sustentar en el siguiente trípedo:

VINCULAR AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD

QUIEN TOMA DECISIONES HA DE TENER MOTIVOS (INCENTIVOS) PARA ADOPTAR LAS DECISIONES QUE ESTIME MÁS CORRECTAS

MANTENER LA COORDINACIÓN

A MAYOR DESCENTRALIZACIÓN MAYOR NECESIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN E INCENTIVOS A QUIENES DECIDEN PARA QUE LAS DIFERENTES ACTUACIONES RESULTEN CONSISTENTES ENTRE SÍ

DISPONER DE PROFESIONALES FORMADOS

PARA ASUMIR PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN LOS PROFESIONALES DEBEN DESARROLLAR LA PERICIA Y LAS COMPETENCIAS

El ejercicio de este proceso de autonomía y descentralización de capacidades de decisión en los profesionales clínicos es lo que se conoce como “gestión clínica” y que se ejercita en tres niveles diferenciados:

- La terapia individual, a través del proceso de toma de decisiones clínicas, cuyo objetivo fundamental es la eficacia en la asistencia.
- La gestión asistencial, a través de la utilización efectiva de los recursos asistenciales, cuyo objetivo fundamental es la gestión y mejora de los procesos.
- La gestión de la Unidad Clínica, a través de la gestión eficiente de los recursos de la Unidad, cuyo objetivo fundamental es la mejora en los costes de la actividad y el desarrollo de oportunidades de mejora en la eficiencia.

Es en este último de los tres niveles, en el que se concretan, esencialmente, las relaciones entre las unidades clínicas y los servicios económico-administrativos o de apoyo.

Para el desarrollo de las interacciones entre ambas estructuras el principal instrumento disponible son los sistemas de control de gestión, entendidos como el conjunto de herramientas encaminadas a orientar los comportamientos individuales de los miembros de la organización hacia el cumplimiento de los objetivos de la misma y cuyos elementos básicos, siguiendo a Oriol Amat, son los siguientes: un conjunto

de indicadores de control, que identifiquen los puntos críticos sobre los que establecer un seguimiento de cara a la consecución de los objetivos organizacionales; un sistema de información, que nos permita conocer cual es la situación de la institución en un momento determinado y en cuyos costes se mantenga un equilibrio entre la aportación de información que realizan y los costes que ocasionan; un sistema de planificación, que permita estimar cual será la actividad a desarrollar en un periodo determinado y qué recursos serán necesarios para acometerla; un sistema de evaluación, que posibilite conocer e interpretar las diferencias entre lo planificado y lo acontecido, y establecer las acciones pertinente de corrección; un conjunto de herramientas que posibilite la discriminación de la aportaciones individuales a los logros alcanzados; y, finalmente, un entorno de motivación e incentivación que sea capaz de generar situaciones más deseables a aquellos profesionales que contribuyan en mayor medida a los resultados respecto a los que su contribución sea menor.

En última instancia, cualquier sistema de control de gestión debería cumplir tres funciones básicas:

1. Aportar elementos de información que permitan que la toma de decisiones tenga presente las repercusiones de cada decisión, clínica o de uso de recursos, sobre los recursos disponibles.
2. Visualizar los costes de oportunidad de cada decisión –los recursos consumidos en virtud de una decisión ya no podrán ser empleados en otros usos alternativos–.
3. Constituirse en un marco de referencia para la negociación entre los responsables de las Unidades Clínicas y la Gerencia del centro.

Los dos instrumentos fundamentales que se han desarrollado para la interrelación entre la estructura central, la dirección de las instituciones sanitarias, y la periférica, la Unidad de Gestión Clínica, son el Acuerdo de Gestión Clínica y el Presupuesto Clínico.

El Acuerdo de Gestión Clínica representa un compromiso entre el financiador, la estructura central de dirección, y el proveedor, la Unidad Clínica, de prestación de una cantidad específica de servicios asistenciales dentro de un marco preestablecido de calidad integral, satisfacción de los ciudadanos y presupuesto económico.

Este instrumento de relación permite el paso de organizaciones basadas en la jerarquía, la centralización y el control burocrático, a otras basadas en la descentralización y la participación, los acuerdos, el control por incentivos, la distribución de riesgos y de derechos de decisión; además de esto, los Acuerdos de Gestión son un

importante instrumento de política sanitaria ya que permiten dedicar los recursos a los objetivos establecidos por la organización estableciendo los tipos de prestaciones a financiar, los volúmenes de cada una de estas prestaciones, las condiciones y priorización de acceso e incluso potenciando, mediante primas, determinadas líneas de producción o prestaciones (la cirugía mayor ambulatoria por ejemplo); finalmente, es un instrumento muy eficaz para introducir entre los profesionales una cultura de autofinanciación, implicación en los resultados y de orientación a los ciudadanos.

Antes de centrarnos en los Presupuestos Clínicos, como instrumento de relación con las Unidades de Gestión Clínica, queremos reproducir, por su claridad y contundencia sobre los sistemas de control de gestión, un texto del Profesor Benito Arruñada (1993): *“Los sistemas de control, empleados como meras herramientas de evaluación del rendimiento, pierden todo su potencial si previamente no se ha producido una reasignación de responsabilidades de decisión y se han desarrollado instrumentos de compensación adecuados”*.

El Presupuesto Clínico es la expresión, en términos cuantitativos y monetarios, del conjunto de objetivos de la Unidad de Gestión Clínica, que permite determinar la actividad a desarrollar y los recursos a consumir para producirla.

A diferencia del Presupuesto Clínico, la Cuenta de Resultados integra los gastos de producción (al igual que lo hace el presupuesto clínico) y los ingresos producidos por la actividad, la contraposición de ambas magnitudes nos indica los beneficios o pérdidas del periodo analizado.

El presupuesto clínico se utiliza en los denominados “centros de gasto”, los que pueden influir en los costes pero no en los ingresos, y la cuenta de resultados en los llamados “centros de beneficios”, con capacidad de actuar tanto en los costes como en los ingresos.

En cualquiera de las modalidades, el presupuesto o la cuenta de resultados, los gastos han de establecerse en función de la actividad a realizar en el periodo determinado.

Para el establecimiento lo más exacto posible de los costes de la actividad a producir (en este momento no nos referimos a los ingresos que pudieran producirse por esta) disponemos de diferentes fuentes, las principales de las cuales son: los costes históricos de la actividad, los costes históricos de cada uno de GRDs atendidos por la unidad, los costes estándar de los procesos atendidos; se utilizará el sistema más desarrollado y mas consolidado de los disponibles.

La tendencia general es utilizar solamente los costes derivados de las actividades controlables por la unidad clínica y que puedan ser establecidos a un coste razo-

nable, evitando tener en cuenta aquellos costes que no pueden ser modificados por la acción de la unidad. En caso de disponer de estos, se incluirán los costes inducidos a otras unidades o servicios básicos.

El presupuesto de gastos se conformará por:

- Los gastos de personal, el denominado Capítulo I (C I)
- Los gastos corrientes, el Capítulo II (C II)
- Los gastos indirectos o inducidos a otras Unidades y Servicios Básicos.

Los gastos de personal (C I) se desagregan en fijos: salarios anuales, antigüedad y acción social; y en variables: atención continuada, contrataciones eventuales y sustituciones, horas extras y guardias médicas.

Los gastos corrientes (C II) incluyen los necesarios para el funcionamiento ordinario de la Unidad Clínica, que no incrementan su valor patrimonial (inversiones), y que principalmente se configuran con los gastos en material fungible y en los gastos de farmacia.

Los gastos inducidos a otras Unidades Clínicas Básicas incluyen, principalmente, los generados a Medicina Preventiva, Microbiología, Inmunología, Genética, Hematología, Anatomía Patológica, Bioquímica Clínica, Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear, etc.

Los sistemas de gestión departamental actualmente existentes en el mercado para la mayoría de estos Servicios disponen de la información necesaria para permitir realizar imputaciones de los costes producidos, al menos, a nivel de Servicios y, en muchos casos, llegando incluso a poder producir imputaciones a nivel de pacientes.

Los referidos a Servicios Básicos no clínicos incluyen, principalmente, la seguridad, docencia e investigación, administración, admisión y documentación clínica, limpieza, mantenimiento, lavandería/lencería y nutrición, dietética y alimentación.

Actualmente, los servicios económico-administrativos tienen desarrollados sistemas de información suficientemente desagregados como para producir la distribución de este tipo de costes entre los servicios clínicos y existe suficiente nivel de consenso sobre los criterios de imputación (metros cuadrados en el caso de la limpieza, kilos producidos en el caso de la lavandería, ingresos producidos en el caso de la admisión y documentación clínica, etc.).

En referencia a este conjunto de estructuras básicas, clínicas o no, la presupuestación se basa en datos históricos cuando el centro no dispone de costes des-

agregados, lo que hoy es muy infrecuente en nuestro país, o bien, suele también a procederse a no incluirlos en el presupuesto de los Servicios que en este caso solo gestionan los gastos directamente producidos por ellos.

En la cuenta de resultados se utilizan, principalmente, dos modelos para calcular presupuesto de ingresos:

- El sistema de cálculo por actividad.- Consiste en el establecimiento de la previsión de actividad en hospitalización, consultas externas, quirófanos, hospital de día, interconsultas, etc. y la asignación de un valor en unidades de producción (UPAs, EVAs, u otras) a las que luego se les asigna un valor económico. Las unidades estándar de producción (UVA, EVA, etc.) son un sistema de medición de los productos intermedios generados (estancias, consultas, urgencias, etc.) a las que se les asigna precio mediante el cruce del gasto real con el total de los productos intermedios generados y ajustado a la estancia media óptima (para evitar el incentivo perverso a la hiperproducción de estancias mediante el incremento de la estancia media). Una recta de regresión permite predecir el presupuesto adecuado para una determinada actividad.
- El sistema de cálculo por casuística.- La totalidad de los pacientes ingresados se expresa en función de su casuística (GRDs) y se calcula el total de “puntos PIR” producidos, según el peso interno relativo (PIR) de la casuística, asignando un valor monetario al “punto PIR” con el que se realiza la presupuestación de la actividad de hospitalización. El presupuesto del resto de la actividad (consultas externas, cirugía, urgencias, etc.) se transforma en puntos GRD mediante un artificio de consenso, o bien se presupuesta mediante modelos convencionales de presupuestación.

La principal ventaja de este modelo es que tiene en cuenta la complejidad de la casuística de los pacientes ingresados.

Se recoge en el cuadro siguiente un ejemplo de presupuestación mediante la asignación de precios a la producción.

PRESUPUESTO ANUAL				
Concepto	U. de medida	Unidades	Ptas./Unidad	TOTAL
Fungible	Ptas./estanc.	1.912	2.874	5.494.835
Fungible	Ptas./Urg.	93.000	190	17.696.058
Subtotal				23.190.893
Farmacia	Ptas./estanc.	1.912	16.893	32.297.330
Farmacia	Ptas./Urg.	93.000	348	32.357.021
Subtotal				64.654.351
Paperería				95.630
Impresos				45.771
Mat. Oficina				141.401
Total AIG				87.986.645

Para hacer mas fácil la gestión del presupuesto acordado para el Servicio o la Unidad Clínica, así como para analizar las desviaciones que pudieran producirse, se suele proceder a la distribución por meses tanto del presupuesto como de las unidades de producción previstas, contemplando en esta desagregación todas las incidencias que son conocidas y que pueden influir en las variaciones mensuales de la actividad (fluctuaciones estacionales de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencia en los hospitales de costa, crecimiento de los ingresos en los Servicios de Medicina Interna en el otoño/invierno, etc.), así como, cuando se pueden prever, las variaciones en el coste de los principales productos (realización de un nuevo concurso de compras, inclusión de un nuevo medicamento de alto coste, etc.).

En el análisis de las desviaciones interesa evidenciar las causas que han ocasionado la diferencia entre los resultados reales y lo previsto en el presupuesto; separando, por un lado, las desviaciones debidas a variaciones en la producción (desviaciones en cantidad) de las ocasionadas por variaciones en los precios (desviaciones en precio).

En el esquema siguiente se exponen gráficamente las desviaciones en precio y en cantidad.



El siguiente cuadro recoge un modelo real de seguimiento presupuestario que permite evidenciar si las desviaciones se han producido en actividad o en costes.

Concepto	PRESUPUESTO ANUAL				PRESUPUESTO ACUMULADO			REAL ENERO A JUNIO			DESVIACIONES		
	U. de medida	Unidades	Pras./Unidad	TOTAL	Unidades	Pras./Unidad	TOTAL	Unidades	Pras./Unidad	TOTAL	Precio	Cantidad	TOTAL
Fungible	Pras./estanc.	1.912	2.874	5.494.835	886	2.874	2.547.799	1.114	2.693	3.000.404	201,295	-653.900	-452.605
Fungible	Pras./Urg.	93,000	190	17.696.058	43,942	190	8.361.375	47,483	202	9.614.574	-579.500	-673.700	-1.253.199
Subtotal				23.190.893			10.909.174			12.614.978	-378.205	-1.327.600	-1.705.804
Farmacia	Pras./estanc.	1.912	16.893	32.297.330	886	16.893	14.975.356	1.114	15.150	16.876.720	1.942.104	-3.843.468	-1.901.364
Farmacia	Pras./Urg.	93,000	348	32.357.021	43,942	348	15.288.669	47,483	373	17.726.094	-1.205.573	-1.231.851	-2.437.425
Subtotal				64.654.351			30.264.025			34.602.814	736.531	-5.075.319	-4.338.709
Papelaría				95.630			47.815			36.654	11.161		11.161
Impresos				45.771			22.886			17.968	4.918		4.918
Mat. Oficina				141.401			70.700			54.622	16.079		16.079
Total AIG				87.986.645			41.243.900			47.280.432	366.388	-6.402.919	-6.036.531

Un tercer “interface”, junto a los Acuerdos de Gestión y el Presupuesto Clínico, de relación entre los Servicios y Unidades Clínicas y los Servicios Económico-Administrativos es la denominada Contabilidad Analítica o Gestión Analítica.

Así como el Presupuesto Clínico trata de establecer un marco de relación entre la producción y los costes precisos para realizar esa producción, la Gestión Analítica trata de descomponer el proceso productivo e identificar los costes asociados a cada etapa en la línea de producción, con la intención de analizar la eficiencia productiva e identificar los márgenes de mejora existentes.

Para entender adecuadamente los contenidos de la Contabilidad Analítica es preciso realizar, previamente, una serie de clarificaciones conceptuales.

- Gasto.- Es el pago que se realiza en unidades monetarias para la adquisición de los factores de producción (trabajo y materiales).
 - Se relaciona con el entorno productivo de la empresa y hace referencia al ámbito externo de la misma.
- Coste.- Es el sacrificio necesario de recursos que hay que realizar para elaborar un producto.
 - Hace referencia al ámbito interno de la empresa y para que sea considerado coste debe incrementar el valor del producto, pues de no ser así sería considerado un derroche.
- Cuando se adquiere un material externo se incurre en un gasto, cuando este material se incorpora al proceso productivo se constituirá un coste.
- Así, la Contabilidad Analítica se centra en los costes de producción, por lo que también es denominada Contabilidad de Costes.

- Se consideran “costes directos” a aquello que pueden ser afectados de manera directa a un determinado objeto de coste.
- Los “costes indirectos” son aquellos en los que no existe una relación de causalidad con un determinado objeto de coste y que deberán ser imputados a productos intermedios.

Todos los costes producidos, sean directos o indirectos, deben ser asignados a un centro de coste de forma que se conozca quien gasta, en qué se gasta y para quien se gasta.

Así, las diferencias más significativas entre la Contabilidad General y la Contabilidad de Costes son las que se recogen en la tabla siguiente.

	CONTABILIDAD GENERAL	CONTABILIDAD ANALÍTICA
OBJETO DE ANÁLISIS	HECHOS ECONÓMICOS QUE AFECTAN AL CENTRO EN SUS RELACIONES CON EL EXTERIOR	HECHOS ECONÓMICOS QUE AFECTAN AL CENTRO EN SUS RELACIONES INTERNAS
OBJETIVOS	BALANCE DE SITUACIÓN CUENTA DE RESULTADOS	COSTE/BENEFICIO POR CENTRO DE RESPONSABILIDAD
DESTINATARIOS	ÓRGANOS DE GOBIERNO Y HACIENDA	RESPONSABLES DE CENTROS Y UNIDADES CLÍNICAS

En el marco de la contabilidad analítica, los denominados “centros de coste”, “centro de responsabilidad” o Grupos Funcionales Homogéneos (GFH) se definen como las Unidades mínimas de gestión capaces de elaborar un determinado tipo de producción diferenciada; que han de tener una estructura homogénea, un responsable único, recursos humanos y económicos específicos así como una ubicación física propia e identificable.

Su número varía en relación al tamaño, la organización y la cartera de servicios de cada centro, por lo que deben ser definidos en cada caso concreto.

Los hay de tres tipos:

- Estructurales.- Responsables de las funciones directivas, económico-administrativas y de soporte.
No tienen ninguna relación con la actividad clínica y sus costes se imputan de forma estimativa y proporcional al volumen de actividad de los restantes GFH.
- Intermedios.- Efectúan funciones de apoyo a la actividad asistencial que realizan los GFH finalistas.
Realizan su actividad a petición de los GFH finales a los que les facturan internamente los servicios solicitados.
- Finales.- Responsables de la asistencia directa a los pacientes.
Su característica fundamental es la capacidad de producir altas y facturar directamente a los pacientes.

En el siguiente cuadro se representa gráficamente la estructura de costes según la contabilidad analítica.

La diferencia entre centros de coste “puros” y centros de “beneficios” es que los primeros tienen capacidad de actuar sobre los costes de la actividad pero no pue-



den generar ingresos, por lo que se gestionan mediante un presupuesto; los segundos, los centros de beneficios son los que tienen la capacidad de actuar sobre los costes de la actividad y también generar ingresos, por lo que se gestionan mediante una cuenta de resultados.

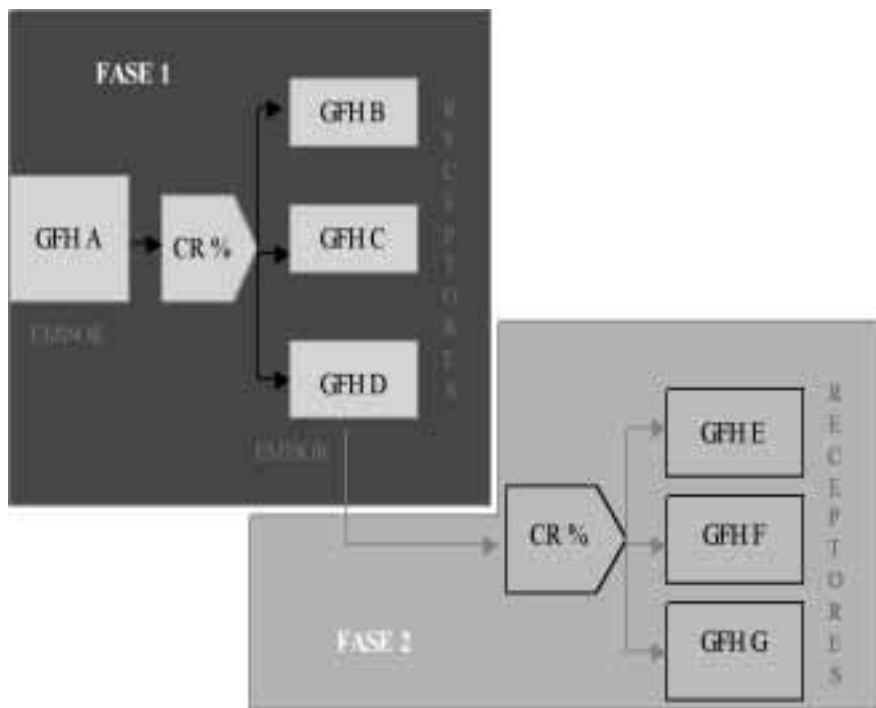
Los GFH se denominan “emisores” cuando pueden distribuir sus costes a otros GFHs, por tanto solo podrán ser emisores los GFH estructurales e intermedios; los GFHs “receptores” son los que reciben costes de uno o varios GFHs emisores, de forma que los GFHs finales solo podrán ser receptores.

La “cascada de imputación” es el proceso por el que los GFHs emisores distribuyen sus costes a uno o a varios GFHs receptores, a través de un “coeficiente de reparto” que es el criterio de distribución entre un emisor y un receptor expresado en tanto por ciento; denominándose “fase” al orden en el que los emisores imputan a los receptores; este proceso de descarga de costes, un GFH emisor nunca podrá descargar costes a sí mismo o a un emisor que se haya descargado en una fase anterior.



El esquema anterior recoge los dos ámbitos de la contabilidad empresarial, la Contabilidad General, en el marco de las relaciones externas y reflejando el gasto y, por otro lado, la Contabilidad Analítica o de Costes, en el marco interno y reflejando los costes.

En el esquema siguiente se refleja la cascada de imputación, las fases y el proceso de imputación de GFHs emisores a receptores en base a un determinado coeficiente de reparto (CR) expresado en %.



Esta sistemática de imputación debe permitir la “facturación interna” entre centros de coste, así como la “determinación del coste” de los productos intermedios y de los finales.

En las tres tablas siguientes se expone de forma muy resumida y esquemática un ejemplo con el proceso de imputación y calculo de los costes finales de un Servicio de Medicina y de otros de Cirugía.

TABLA DE COSTES PROPIOS		
GFH	TIPO	COSTES PROPIOS (Ptas.)
Limpieza	Estructural	10.000.000
Mantenimiento	Estructural	10.000.000
Laboratorio	Intermedio	20.000.000
Cirugía	Final	20.000.000
Medicina	Final	40.000.000
TOTAL		100.000.000

TABLA DE COEFICIENTES DE IMPUTACIÓN						
DE GFH ESTRUCTURALES INTERMEDIOS A GFH FINALES						
GFH	LIMPIEZA		MANTENIMIENTO		LABORATORIO	
	m ²	%	Partes	%	Estancias	%
Limpieza						
Mantenimiento	60	30				
Laboratorio	70	35	150	50		
Cirugía	40	20	80	27	1.200	65
Medicina	30	15	70	23	2.200	65
TOTAL	200	100	300	100	3.400	100
CRITERIOS DE REPARTO:						
LIMPIEZA.- METROS CUADRADOS						
MANTENIMIENTO.- PARTES DE REPARACIÓN ATENDIDOS						
LABORATORIO.- ESTANCIAS						

TABLA FINAL DE COSTES DE LOS GFH						
Concepto	Total	Limpieza	Mantent ^o	Laboratorio	Cirugía	Medicina
Costes propios	100.000.000	10.000.000	10.000.000	20.000.000	20.000.000	40.000.000
Limpieza		-10.000.000	3.000.000	3.500.000	2.000.000	1.500.000
Mantenimiento			-13.000.000	6.500.000	3.510.000	2.990.000
Laboratorio				-30.000.000	10.500.000	19.500.000
TOTAL	100.000.000	0	0	0	36.010.000	63.990.000

Expuesto ya el papel de las estructuras económico-administrativas como generadoras de valor público y su papel como garantes de que el proceso de gestión asistencial se realiza en el marco de los valores públicos y de que las organizaciones sanitarias se orientan hacia eficacia y la eficiencia; y abordados también los “interfaces” de relación con las Unidades Clínicas, vamos a tratar, para finalizar, las transferencias bidireccionales de información entre estos dos tipos de estructuras analizando separadamente cada una de las económico-administrativas en su función de suministro de recursos a las Unidades Clínicas.

Gestión de los recursos humanos

Las estructuras tradicionalmente denominadas “de personal” han ido cambiando profundamente en los últimos años, pasando de la mera “administración” de personal, esto es, de la contratación, cumplimentación administrativa, custodia y actualización de expedientes, pago de nóminas y seguros sociales, a estructuras de gestión de profesionales, que sin abandonar el componente netamente administrativo, se han

comprometido con los procesos de selección y evaluación, desarrollo profesional, apoyo a los profesionales y facilitación de la formación y gestión del conocimiento.

Para las funciones de gestión de las nóminas, estas estructuras precisan la información sobre actividad mensual del personal, esencialmente la actividad variable: guardias médicas, horas extras, atención continuada, absentismo, etc. que les deberá ser suministrada por los responsables médicos o de enfermería de cada Unidad o Servicio.

Actualmente, algunos Servicios de Salud están promoviendo la identificación de competencias profesionales ligadas a los puestos de trabajo, tratando de definir un perfil ideal que contemple no solo las competencias de conocimiento técnico ligadas a la pericia y a la capacitación profesional sino, además, completando estas con la identificación de un conjunto de habilidades y aptitudes que faciliten el desarrollo de la actividad en cada unidad asistencial o equipo de trabajo; la participación de las estructuras de gestión de personal en estos procesos, la capacitación de sus profesionales en este tipo de tecnologías, está ya permitiendo incorporar a los procesos de selección condicionantes no exclusivamente relacionados con los conocimientos médicos o de enfermería. La colaboración íntima de las estructuras de apoyo a las unidades clínicas con los responsables asistenciales de estas unidades está permitiendo mejorar cualitativamente la incorporación de profesionales más adaptados a las necesidades específicas y así mismo, a través de un proceso de confianza mutua, perfeccionar los mecanismos de evaluación de los profesionales.

Desde el punto de vista del seguimiento presupuestario, las unidades de gestión de recursos humanos deberán aportar a los Servicios Clínicos la información necesaria, preferiblemente con una periodificación trimestral, para la gestión correcta del presupuesto de gastos variables establecido en los Acuerdos de Gestión.

Merece una atención especial los esfuerzos que desde algunos Servicios de Salud se están haciendo en desarrollar lo que se denomina "Gestión del Conocimiento" y el papel fundamental que las estructuras de gestión de recursos humanos pueden jugar en los procesos de desarrollo profesional.

El papel del conocimiento como principal ventaja competitiva sostenible para una organización, empresa o país, es algo que ya nadie se atreve a discutir. En un contexto en que los cambios son permanentes y en el que las tecnologías, las demandas, los servicios, los productos e incluso las mismas sociedades cambian a gran velocidad, el conocimiento que hace posible la innovación se ha convertido en el elemento clave y principal activo de las organizaciones humanas.

Este reconocimiento del conocimiento como principal recurso estratégico ha situado al individuo como centro rector de las organizaciones las cuales sustentan en su información, experiencia y conocimiento su capacidad de cambio, de adaptación y de perfeccionamiento.

Esta nueva concepción, asumida para las empresas que compiten en el mercado, es particularmente manifiesta para las organizaciones del sector público en las que los valores intangibles alcanzan un mayor significado y presencia debido a que su producto final son servicios y estos son, en esencia, intangibles; y, además, porque de entre la gama de factores productivos las administraciones públicas utilizan fundamentalmente los recursos humanos y el conocimiento.

Desde esta óptica, la mayor estabilidad laboral del sector público supone una ventaja comparativa sustancial respecto al ámbito privado ya que le proporciona una base de conocimiento institucional de mayor solidez.

Desde este compromiso con el desarrollo del conocimiento y de los profesionales, las estructuras de gestión de recursos humanos están potenciando unidades de apoyo al desarrollo de los profesionales, desde las que se facilita a estos los contenidos formativos precisos para la formación continua y la mejora permanente de su cualificación.

Gestión de los recursos materiales

En el ámbito de la gestión de los recursos materiales son, principalmente, dos los campos de relación entre las estructuras económico-administrativas y los Servicios y Unidades Clínicas: la compra y suministro de recursos no inventariables (fungible) y el mantenimiento de equipos e instalaciones.

Los procesos de compra de material fungible han experimentado, en los últimos años, cambios importantes en cuanto a su sistematización y agilización, facilitando la participación de los profesionales y su asesoramiento en la elección de los productos.

Algunos Servicios de Salud han realizado importantes avances al separar los procesos de análisis, evaluación y caracterización de los productos del mercado, de los procesos de compra de los mismos.

La creación de potentes bases de datos sobre los productos, con sus características evaluadas por comisiones de profesionales, junto a la convocatoria de concursos para el establecimiento de precios tipo, está permitiendo no solamente la objetivización de los criterios de adjudicación sino, además, la homogeneización de los precios de compra pagados por los diferentes centros y, consiguientemente, una mayor transparencia en los procesos de adjudicación.

La existencia de bases de datos de proveedores, actualizadas en cuanto a los productos y normalizadas en cuanto al cumplimiento de los requerimientos administrativos para la licitación ha permitido una mayor agilidad en los procedimientos de compra y, por tanto, un mayor ajuste de los inmovilizados con el consiguiente incremento de la eficiencia económica.

El seguimiento informatizado del suministro a las diferentes Unidades de consumo y su correlación con la producción de estas, medida en términos de estancias, ingresos, número de intervenciones, etc. permite establecer el consumo de cada Unidad según producción y establecer, junto a los responsables de estas Unidades Clínicas, acuerdos de mejora que se incorporan en los Acuerdos anuales de Gestión.

Los servicios económico-administrativos deberán proporcionar regularmente la información necesaria para el seguimiento de los pactos de consumo establecidos en los Acuerdos de Gestión.

Con respecto al mantenimiento de los equipos, los Servicios de Electromedicina han desarrollado en soportes digitales la información necesaria para el seguimiento de cada uno de los equipos, lo que les permite la práctica de un proceso de mantenimiento preventivo de los mismos y la previsión de los plazos de reposición de cada uno de ellos.

Esta información incluye los gastos de reparación y mantenimiento, lo que posibilita evaluar en que momento, independientemente de su amortización contable, es pertinente plantearse la renovación.

RESUMEN-CONCLUSIÓN

El sistema de prestaciones asistenciales ha de soportarse por un conjunto de estructuras, de carácter no asistencial ni clínico-administrativo, que le aportan las tecnologías organizativas y de soporte, así como los recursos que les son precisos para su correcto funcionamiento, a la vez que son imprescindibles para garantizar la gestión eficaz y eficiente de los medios; visualizando a los servicios económico-administrativos no como un mero instrumento que hace posible el ejercicio de la asistencia al aportarle los medios físicos, humanos y económicos que les son necesarios, sino particularmente como un condicionante imprescindible para que esta asistencia se realice desde los valores de la efectividad, la eficiencia y la equidad, y para que los sistemas públicos de salud cumplan la función social que le es inherente.

Se analiza su importancia para que los órganos de decisión dispongan de información adecuada y correcta para el ejercicio de sus funciones, así como su papel clave en la creación de valor en el marco del sector público, garantizando el fun-

cionamiento de las organizaciones en términos de justicia y equidad, así como de eficacia y eficiencia, de suerte que se dé respuesta a las demandas de la sociedad de disponer de organizaciones públicas productivas y respetuosas con los valores sociales y democráticos.

Para conseguir que los diversos recursos de los sistemas de salud se conviertan en actividades sanitarias y puedan funcionar adecuadamente se necesita una ordenación adecuada para que los recursos mantengan relaciones efectivas entre sí y que los distintos pacientes o grupos comunitarios estén en contacto con los recursos por medio de mecanismos adecuados de prestación de la asistencia, correspondiendo esta responsabilidad, en gran parte, a los servicios económico administrativos, asumiendo el soporte de los procesos de control de gestión que los facilitan.

Se analizan el papel de la contabilidad general y de la contabilidad analítica, así como la diferente orientación de ambas, la general hacia el exterior de la organización y la analítica hacia los procesos internos, y la relevancia de los servicios económico administrativos en la asignación de los procesos de coste y en el establecimiento de la denominada “cascada de imputación” para la distribución de los costes entre los diferentes GFHs.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Cuesta, P.; Rodríguez Roldán, J. M. Valoración económica de la actividad clínica y fundamentos para la elaboración de presupuestos por servicio. Atención especializada. En Gestión sanitaria, Innovaciones y desafíos. Ed. Masson. Grupo MSD. 1998.
- Aranda Pérez, G. Sistemas de contabilidad analítica en hospitales. Descripción y análisis comparativo Proyecto SIGNO y Modelo COAN. VIII Curso de Salud Pública y Administración Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada; 1993.
- Carnicero, J.; Chavarria, M. (Editores). V Informe SEIS. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Pamplona. Sociedad Española de Informática de la Salud. 2003.
- Carretero, L.; García, J. M. Gestión de recursos en una Unidad Hospitalaria. En XIII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Gestión Clínica, mitos y realidades. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada; 1998.

- Castello Taliani, E. (Coordinadora). Nuevas tendencias en la contabilidad de gestión. Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas. Madrid; 1993.
- Coan-hyd. Manual de la aplicación. Dirección General de Gestión Económica. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla; 2003.
- Collado Yurrita, R. (Coordinador). Gestión Clínico-financiera y Coste por Proceso. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2001.
- Fernandez Díaz, J. M. Modelos de contratación. En La sanidad: un sector en cambio. Curso UIMP. Santander; 1995.
- García Alegría, J. Fundamentos de la Gestión Clínica. En XIII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Gestión Clínica, mitos y realidades. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada; 1998.
- Goldberger, D.; Kermsdorf, R. Clinical Information System. Developing a Systematic Planning Process. Journal of Ambulatory Care Management. Vol. 24 (1), p 67-83, 2001.
- López Arbeloa, P. Gestión clínica. En La sanidad: un sector en cambio. Curso UIMP. Santander. 1995.
- Lorsch, J. W.; Mathias, P. F. Cuando los profesionales tienen que dirigir. Harvard-Deusto Business Review. Segundo trimestre 1998.
- Martín Moreno, J. M.; Gené Badía, J. Introducción a la gestión en la práctica clínica. En Gestión sanitaria, Innovaciones y desafíos. Ed. Masson. Grupo MSD. 1998.
- Moore, M. K. Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. Paidós Estado y Sociedad; 1998.
- Pérez Gómez, A. El Proyecto SIGNO. Jornadas Técnicas de la Federación Española de Gestión Sanitaria. Córdoba; 1994.
- Regidor Poyatos, E. Sistema de información para la política sanitaria. En Gestión sanitaria, Innovaciones y desafíos. Ed. Masson. Grupo MSD. 1998.
- Ruiz Fernandez, U. (Coordinador). Gestión analítica. Hacia la Contabilidad Analítica en hospitales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 1990.
- Temes Montes, J. L.; Díaz Fernández, J. L.; Parra Vázquez, B. El coste por proceso hospitalario. Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid; 1994.