

EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Carmen Norverto Laborda

Departamento de Economía Financiera y Contabilidad II (Contabilidad)
Universidad Complutense de Madrid

Miguel Ángel Villacorta Hernández

Departamento de Contabilidad
Escuela Universitaria de Estudios Empresariales
Universidad Complutense de Madrid
Avenida Filipinas, 3
28003. Madrid
91.394.67.65
mianvi@emp.ucm.es

5.174 PALABRAS

Palabras clave: Evaluación, Indicadores de gestión, Empresas de asistencia sanitaria

La presentación requiere ordenador y retroproyector

EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Resumen

El trabajo realiza una revisión de los fundamentales indicadores de gestión de las empresas de asistencia sanitaria, identificando sus rasgos característicos fundamentales. El objetivo de todo ello es identificar las dimensiones informativas que satisface y los aspectos sobre los que no ofrece una adecuada visión, o lo hace de forma limitada.

EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

1. Importancia de los indicadores de gestión

Derivado de las necesidades de información para ayudar a la gerencia en la toma de decisiones, han ido surgiendo los indicadores de gestión, herramientas que permiten evaluar la gestión realizada.

El establecimiento de estos indicadores facilita la definición de objetivos concretos, ya que obliga a especificar el nivel de realización que se espera alcancen los directivos. La evaluación de la ejecución se puede realizar a través de los indicadores. El directivo fijará su atención en las áreas cuyos indicadores clave muestren desviaciones.

Un indicador es una magnitud asociada a una actividad o a un proceso que permite hacer comparaciones periódicas facilitando información sobre una situación determinada y aportando una valoración sobre una acción concreta.

Los requisitos que deben cumplir los indicadores son principalmente los siguientes:

- Permita la toma de decisiones y establezca prioridades en la resolución del problema
- Formado por componentes independientes entre sí y fácilmente identificables, conociéndose en cada caso la contribución de cada uno al valor del indicador
- Sensible a las variaciones del fenómeno que se desea medir
- Elaborado mediante datos de fácil recogida
- Proporcione objetividad y no permita interpretaciones equívocas
- Suficientemente sensible para identificar variaciones pequeñas
- Preciso, lo que supone que su margen de error sea aceptable
- Cualidades constantes a lo largo del tiempo
- Obtenido con coste aceptable

Los indicadores persiguen valorar y hacer un seguimiento de la ejecución en cuanto a la consecución de un objetivo concreto o realizar una actividad determinada. Relacionan *inputs* soportados frente a recursos previstos, o bien relacionan la prestación de los servicios efectuados y los recursos utilizados y también por otro lado miden el funcionamiento y los resultados específicos sobre el objetivo establecido.

El sector sanitario es uno de los sectores donde es más usual la utilización de indicadores. ***Los Indicadores permiten monitorizar la actividad sanitaria a través de unas medidas sintéticas del desempeño de una institución, que puede compararse a través del tiempo y con otras instituciones similares.***

Una vez admitida la importancia de la utilización de los indicadores de gestión en las empresas de este sector, es imprescindible realizar un estudio de los indicadores utilizados por estas empresas con el objetivo de determinar si realmente aportan información útil para la toma de decisiones.

2. Clasificación de indicadores

Podemos realizar una clasificación de los indicadores de las Empresas de Asistencia Sanitaria (EAS) según el tipo de información que ofrecen, identificando entre indicadores cuantitativos y cualitativos.

También podemos realizar una clasificación en función de la materia que pretenden medir, identificando entre:

- Indicadores de empleo de recursos personales y tecnológicos
- Indicadores económicos
- Indicadores de medicina preventiva
- Indicadores de la calidad de los resultados asistenciales. Dentro de ellos identificamos los de hospitalización y los de consultas externas
- Indicadores de hospitalización (estancia media, índice de ocupación, índice de reingresos...)
- Indicadores de consultas externas (listas de espera, relación entre primeras consultas y revisiones, porcentaje de altas...)

3. Dimensiones de los indicadores

La medición de los servicios sanitarios se concentra en aspectos relacionados con la calidad, equidad, eficacia y eficiencia, pudiendo considerar a esos cuatro aspectos como las dimensiones de los indicadores de gestión de las EAS.

La **Eficacia** mide la capacidad de las instituciones para dar servicio en condiciones ordinarias. Para medir la eficacia existen numerosos índices, siendo uno de los más influyentes la estancia media.

La **Eficiencia** consiste en ser eficaz con el menos coste posible. La eficiencia se expresa matemáticamente por medio de un cociente en el que en el numerador figura la actividad y en el denominador el coste. El resultado así obtenido será el coste por actividad.

Deben ser consideradas como medidas más eficientes aquellas que:

- Poseen menos costes y tienen por lo menos la misma efectividad.
- Son más efectivas y costosas, pero el beneficio adicional es razonable en comparación con el incremento de los costos.
- Son menos beneficiosas y menos caras, pero el beneficio adicional de la estrategia alternativa es despreciable.

La **Equidad** se cumple cuando a la misma necesidad se ofrece similares recursos.

La **Calidad** se cumple cuando se reconoce un compromiso de las personas de una organización, para hacer las cosas mejor aplicando el conocimiento disponible y aprovechando cualquier oportunidad de mejora para satisfacer las expectativas de los usuarios.

4. Indicadores generalmente utilizados

La variedad de indicadores de la que disponemos en la actualidad para este tipo de empresas es enorme. Entre los que se recogen en normas, en documentos internos de los hospitales y en libros sobre gestión sanitaria podríamos elaborar una relación que alcanzase los 300 indicadores.

Para estudiar los indicadores de gestión en las EAS en España nada mejor que analizar la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado que realiza el INE con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo (www.ine.es).

La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, tiene como objetivo fundamental ofrecer información con periodicidad anual sobre distintos aspectos del sector hospitalario, tales como su estructura, la actividad asistencial, económica y docente de los establecimientos sanitarios, la capacidad, los recursos de personal y el régimen económico en que son atendidos los enfermos ingresados.

Mostramos a continuación únicamente los indicadores que con más frecuencia se utilizan y cómo se obtienen. El aspecto fundamental de los indicadores analizados es que la mayoría de ellos se basan en la estancia.

Los indicadores más representativos son los siguientes:

- Número de camas
- Número de ingresos
- Número de estancias
- Estancia media
- Estancia media preoperatoria
- Índice de ocupación
- Rotación enfermo (o índice de rotación)

Los tres primeros indicadores, estancias, ingresos y camas, son datos concretos, por lo que no existe una fórmula para su cálculo. Por su parte, los cuatro últimos indicadores son variables calculadas, obtenidas a partir de los tres anteriores o de algún otro.

El **número de camas** es un dato concreto controlado a diario por el servicio administrativo.

Se considera **ingreso** a la entrada de un enfermo en un área de hospitalización. Todo ingreso debe ser realizado por el servicio de admisión a solicitud del médico

correspondiente. El número de ingresos en un periodo de tiempo (día, semana, mes o año) es un dato facilitado por el servicio de admisión.

Debido a que el momento en que se producen los ingresos y las altas son variables, la definición de **estancia** es arbitraria. Por esta razón se ha consensuado que existe una estancia cuando un enfermo ingresado pernocta y realiza una comida principal. Así pues, en una cama sólo se puede producir una estancia al día, aunque supuestamente haya podido ser ocupada por más de una persona a lo largo de 24 horas.

La **estancia media** refleja el número medio de estancias por enfermo, por servicios o por el conjunto de la institución en un periodo de tiempo determinado.

$\text{Estancia Media} = \text{N}^\circ \text{ de estancias causadas en el período} / \text{N}^\circ \text{ de ingresos del período}$

El índice de estancia es el más utilizado, pero además presenta una importancia creciente diversas variantes derivadas de él.

En los servicios quirúrgicos es fundamental conocer y controlar la **estancia media preoperatoria**, es decir, el tiempo medio de ingreso previo a la intervención quirúrgica.

$\text{Estancia Media Preoperatoria} = \text{Estancias preoperatorias del período} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes intervenidos que han generado estancias preoperatorias del período}$
--

El **índice de ocupación**, también llamado porcentaje de ocupación, expresa el porcentaje medio de camas ocupadas.

$\text{Índice de Ocupación} = \text{N}^\circ \text{ de estancias causadas en el período} \times 100 / (\text{N}^\circ \text{ de camas disponibles} \times \text{N}^\circ \text{ de días del período})$
--

Por último, el **índice de rotación** expresa el porcentaje medio de camas ocupadas. Es un índice teórico que trata de expresar el número de enfermos que han ingresado por cama útil en un periodo de tiempo, en el caso de que todos los enfermos hubieran consumido estancias idénticas.

$\text{Índice de Rotación} = \text{N}^\circ \text{ de ingresos del período} / \text{N}^\circ \text{ de camas disponibles}$
--

5. Limitaciones de los indicadores de gestión utilizados

Una de las características comunes a todos los sistemas de información sanitarios de los países desarrollados, es el gran número de indicadores que maneja. Ante esta situación, la cuestión fundamental es conocer si realmente son útiles para la toma de decisiones.

Los indicadores utilizados habitualmente para evaluar la actividad (el número de camas de hospitalización, el número de ingresos, el número de estancias medias, el índice de ocupación o el índice de rotación), gozan de una ventaja evidente, su sencillez, sin embargo, plantean una serie de limitaciones.

* Ofrece información limitada

El criterio de medición más convencional, la estancia, no distingue entre los distintos tipos de productos, tratando por igual un parto natural que un trasplante de pulmón.

* Ofrece información distorsionada

La utilización de la estancia media puede dar lugar a información distorsionada, ofreciendo un resultado aparentemente negativo para servicios muy eficientes. Por ejemplo, un servicio de oftalmología con gran número de intervenciones de cataratas registra, por tanto, muchos ingresos; en esta situación de partida se introduce nuevas técnicas de láser, dando altas al poco tiempo de ser operados, y por tanto, sin generar estancia. Este servicio comparado con otros servicios de oftalmología que utilicen técnicas más agresivas, y que por tanto obliguen al paciente a pernoctar dos ó más días, genera los mismos ingresos pero muchas menos estancias. De la comparación, se obtiene que los servicios que no aplican láser tendrán un mejor resultado del indicador siendo menos eficientes.

* Ofrece información parcial

Los indicadores se basan en la eficacia, eficiencia y equidad. Sin embargo, no se esfuerzan en mostrar uno de los aspectos que más importancia tienen en la asistencia sanitaria: el incremento de bienestar que produce.

Los indicadores no deben limitarse a analizar el lado de los costes sino que también deben incidir en la materialización inmaterial de esos costes: años de vida ganados, efectos positivos de la salud, reducción de la incidencia de la enfermedad... Para ello proponemos la inclusión de indicadores alternativos.

El coste neto por año de vida ganada, basado en el análisis incremental, muestra los años ganados por unidad monetaria adicional gastada.

Los años de vida ganados ajustados por calidad de vida es un índice que tiene en cuenta la supervivencia y la calidad de vida, como indicador de salud. No sólo interesa que la gente sobreviva sino que es fundamental la calidad de esta supervivencia, teniendo en

cuenta que los individuos prefieren sacrificar años de vida para ganar calidad de vida. Este indicador requiere instrumentos de medida de la situación física, mental, social y en general del bienestar del paciente, entre ellos destacamos las norteamericanas *Sickness Impact Profile* y SF-36, y la británica *Nottingham Health Profile*.

La experiencia de calcular los años de vida ganados ajustados por calidad de vida puede basarse en la larga tradición de los DALY's (*Disability Adjusted Life Years*). Los DALY's expresan los años de vida perdidos por muertes prematuras y los años vividos con una discapacidad, ajustados por la severidad de las discapacidades. A primera estimación de la carga de enfermedades utilizando los DAY's fue realizada por el Banco Mundial (World Bank, 1993). Desde ese momento un DALY representa un año perdido de vida en buen salud. Una muerte prematura es el fallecimiento que se produce antes de la edad a la cual lo hubiera hecho si perteneciese al sector de población estandarizada con esperanza de vida más alta.

* Ofrece información incompleta

Su utilidad es limitada, y aunque sirvan para poner al analista en situación, la realidad es que resulta imprescindible completarlos con otro tipo de indicadores: coste oportunidad, recursos humanos, calidad, equidad.....

* Se centra casi exclusivamente en analizar recursos materiales

Aún admitiendo la necesidad de utilizar los indicadores que evalúan la capacidad productiva de los recursos materiales, es necesario evaluar la actuación médica, es decir, el recurso humano, más aun teniendo en cuenta que el *input* fundamental del proceso productivo de la actividad sanitaria es el capital humano.

* No se ocupa de medir el coste de oportunidad

Es preciso incluir indicadores que midan realmente la actividad sanitaria, para lo cual es necesario evaluar la actuación de los médicos.

Nuestra propuesta se concretaría en añadir indicadores sobre:

- **Adecuación de las intervenciones quirúrgicas**
- **Adecuación de los ingresos hospitalarios**
- **Adecuación de las pruebas médicas solicitadas**

De esta forma, se podría comparar la realidad con un estándar y detectar problemas sobre los que actuar.

No sólo se trata de disminuir el control del gasto sanitario, sino también de mejorar la atención al paciente. La atención al paciente se evalúa a través de los recursos físicos puestos a disposición del paciente, pero sobre todo de la atención del personal sanitario. El gestor sanitario debe entender y asumir el coste de oportunidad, porque cuando se atiende

como urgencia algo que no lo es, se puede estar dejando de atender a la urgencia, situación extremadamente grave.

Por la ausencia de evaluación del coste de oportunidad y de los recursos humanos, ***proponemos tener en cuenta el coste de las actuaciones sanitarias inadecuadas.***

Ante el mismo diagnóstico, las actuaciones médicas pueden ser muy distintas, lo que supone que pueden ser adecuadas según los criterios de la buena práctica médica o, por el contrario, no serlo. Tener en cuenta la posibilidad de que el médico no tome la decisión adecuada obliga a incluir en el análisis el coste de la actuación sanitaria inadecuada.

Este concepto es definido por Meneu (2000: 38): “ (...) *se entiende por actuación sanitaria inadecuada la que, dados el estado de conocimientos y los medios disponibles, se aparta de la idealmente deseable, que se juzga apropiada, pertinente o adecuada*”.

El coste de inadecuación puede expresarse “(...) *en términos de la cantidad y la calidad de vida que una sociedad deja de obtener dado el esfuerzo que esté realizando en sanidad. Este coste resulta de la suma de los beneficios perdidos y de los costes evitables: los beneficios perdidos al dejar de indicar unos servicios sanitarios a unas personas que se hubieran beneficiado de ellos; los costes evitables en términos de recursos mal empleados y resultados gratuitamente adversos*” (Ortún, 2000, 359).

El concepto de inadecuación surge en el ámbito médico cuando diversos estudios constatan la existencia de variaciones médicas aparentemente arbitrarias. Estos estudios analizan las variaciones sistemáticas, no aleatorias, en las tasas estandarizadas por edad y sexo de un procedimiento clínico particular, en una población (Peiró *et al.*, 1998) (Meneu, 2000, 43). Los indicadores habituales no tienen en cuenta el coste de la actuación sanitaria inadecuada, sin embargo, son realmente relevantes porque afectan considerablemente al gasto sanitario y a la calidad del servicio prestado.

Una crítica que se puede realizar a estos indicadores es que ofrecen información manipulable. Sin embargo, los indicadores utilizados habitualmente se basan en conceptos como camas, estancias e ingresos, aspectos todos ellos alterables fácilmente.

* No se ocupa de evaluar la equidad

Las diferencias de acceso a los servicios sanitarios por causa de renta o región son cada vez más importantes, fundamentalmente por la asimétrica descentralización de la cobertura sanitaria pública, la gestión indirecta de los recursos públicos y la financiación pública de la asistencia privada. En esta situación, la equidad debería tener un fuerte peso en los análisis de la actividad, sin embargo, en la actualidad es una dimensión marginada.

* No se ocupa de la gestión del Capital Intelectual

No se ofrecen indicadores que muestren la evolución del Capital Intelectual, aspecto fundamental de toda organización que realice la actividad en la era del conocimiento. Es

indispensable analizar el Capital Organizativo y el Clientela, pero sobre todo los indicadores que muestran la adecuada gestión del Capital Humano.

Un aspecto fundamental del Capital Organizativo no evaluado son los Indicadores de tecnología sanitaria. Respecto al Capital Relacional no intenta evaluar la competencia, factor fundamental en estos momentos, sea entre centros privados o públicos.

* No se ocupa de evaluar la calidad

La medición debe incluir obligatoriamente una profunda evaluación de la calidad. No evaluar la calidad puede llevarnos al error de equiparar contención del gasto sanitario a mayor eficiencia.

Existe una relación estrecha entre los componentes de costes y calidad de los diferentes procesos, porque en el contenido de los tratamientos que reciben los pacientes subyacen los factores de la producción (objetos del coste) que se aplican para restaurar la situación de salud. Es necesario enfatizar que no se puede inferir la calidad de los servicios médicos únicamente por el nivel de precios que paga el consumidor por los mismos. Sin embargo, la calidad de la atención depende, en gran parte, de la armonía que exista entre las sumas gastadas por cada objeto del coste. Los costes de la calidad son los costes necesarios para alcanzar un determinado nivel de calidad, esto es, “(...) *la calidad está relacionada con la disponibilidad de recursos que se apliquen a los tratamientos junto con las características de la demanda*” (Barnum y Kutzin, 1993, 97).

Proponemos incluir indicadores que evalúen la calidad en las tres dimensiones relevantes: calidad asistencial, científica y percibida por los clientes.

La calidad asistencial es “(...) *el compromiso de todas las personas de una organización, que quieren hacer las cosas mejor aplicando el conocimiento disponible y aprovechando cualquier oportunidad de mejora para satisfacer las expectativas de los usuarios, cuidando de su seguridad y haciendo uso eficiente de los recursos disponibles*” (Subcomisión de Calidad del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2002).

El principal medio de medir la calidad asistencial es la información cualitativa derivada de la acreditación. La acreditación es una evaluación externa y voluntaria de una institución sanitaria frente a unos estándares profesionales, que concluye con el otorgamiento de un certificado por un período de tiempo definido a la institución que cumple un número suficiente de estándares. Entre la acreditación destacamos las dos fundamentales para todos los sectores, Modelo EFQM y Normas ISO, el primero en el ámbito europeo y el segundo en el internacional, y una específica para el sector sanitario, el Modelo *Joint Comisión*.

El Modelo EFQM se basa en la idea de que el liderazgo en planificación y estrategia, la acertada gestión del personal y los recursos, así como la capacidad de establecer alianzas, permiten el desarrollo de procesos que conducen a la excelencia de los resultados en las personas, los clientes y la sociedad.

La certificación ISO se otorga con base a unas normas elaboradas por la *International Office of Standards*. El organismo renueva periódicamente sus estándares, siendo el actual la ISO 9000 publicada a finales del año 2000. Esta acreditación es una herramienta que ofrece tanto un aseguramiento de la calidad interna, al proporcionar a la dirección la confianza de que se está consiguiendo la calidad prevista a un costo adecuado, como externa, al dar confianza al cliente de que el producto o servicio dispone de los requisitos de calidad que requiere.

El Modelo *Joint Comisión* es concedido por la JCAH, una entidad privada sin ánimo de lucro que evalúa el cumplimiento de estándares apropiados en EAS. En la actualidad evalúa el 80% de los hospitales estadounidenses y representa una referencia a escala internacional.

La **calidad científico-técnica** es el aspecto de la gestión de calidad asistencial más directamente relacionado con la tarea diaria del médico y que influye decisivamente en el resto de los aspectos de la calidad asistencial.

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) consiste en la integración de las mejores pruebas científicas con la experiencia clínica y los valores y preferencias del paciente, es decir, trata de promover la toma de decisiones basada en pruebas científicas. El creciente interés por su uso en la gestión clínica y sanitaria se debe a la constatación de la variabilidad de la práctica clínica, la preocupación por la efectividad de las nuevas tecnologías, la mayor facilidad para acceder a la información y la extensión de las políticas de contención de gastos. La piedra angular de esta nueva forma de asistencia sanitaria es la creciente producción de revisiones sistemáticas sobre la eficacia de las intervenciones y la efectividad de la práctica clínica.

Las herramientas básicas en la MBE en la práctica clínica son:

- Colaboración Cochrane. Organización internacional independiente y sin ánimo de lucro que busca ayudar a quienes necesitan tomar decisiones sanitarias bien informadas mediante la preparación, actualización y divulgación de revisiones sistemáticas sobre los efectos de la asistencia.
- Agencias de Evaluación Tecnológica. Organismo con el objetivo de elaborar informes estructurados, comprensibles, basados en las mejores evidencias disponibles y elaborados con metodología explícita y reproducible, que respondan a cuestiones de seguridad, eficacia, efectividad, utilidad, eficiencia o impacto de una determinada tecnología en un contexto previamente definido.
- Guías de práctica clínica. Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los médicos y a los pacientes a decidir sobre la atención sanitaria más apropiada en circunstancias clínicas concretas y que contribuyen a disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Protocolos clínicos. Acuerdo previo por escrito de un grupo de profesionales sobre la conducta a seguir frente a una situación determinada para realizar una asistencia correcta.
- Vías clínicas. Planes asistenciales que se aplican a pacientes con una determinada patología y que presentan un curso predecible.
- Bancos CAT. Archivos de respuestas a las preguntas que se generan en la práctica clínica. No deben ser consideradas como la única respuesta posible a una pregunta, sino

que están abiertos a modificaciones según vayan surgiendo nuevas revisiones sobre el tema.

La **calidad percibida por los clientes** tiene un importante componente subjetivo que sólo puede ser evaluado mediante encuestas de satisfacción a los pacientes. En ellas se solicita la opinión de los usuarios sobre distintos aspectos de la atención sanitaria y el lugar en donde esta se presta. O bien con encuestas dirigidas a valorar elementos muy específicos de esa atención de forma más objetiva, como por ejemplo preguntar si han recibido informe de alta, detalle escrito del tratamiento, orientación específica sobre cómo y dónde realizar las pruebas complementarias, etc.

Dentro de los cuestionarios de satisfacción debe tener un peso importante la calidad de la relación médico paciente, pues para alcanzar un objetivo de la calidad es fundamental la atención humana al paciente. La calidad de la relación médico paciente viene determinado por la calidad de la información que el usuario reciba sobre su proceso, lo que le va a permitir implicarse de forma activa en la prestación sanitaria, de la que es el objeto principal y final. Y en este ámbito de calidad de la información es obligación, y por tanto responsabilidad, del médico atenerse a los requerimientos del consentimiento informado.

* No tiene suficientes evaluadores para las empresas sin régimen de internado

Los indicadores se centran en la estancia pero no han desarrollado en la misma medida el resto de aspectos. Tomar las camas como indicador de infraestructura parece inadecuado al actual entorno económico y organizativo del sector. El desarrollo de la atención primaria, la existencia de alternativas a la hospitalización y el desarrollo de técnicas menos invasivas hacen que las camas hayan perdido gran parte de su sentido como indicador de infraestructura. La insistencia en la ratio de camas por habitante lleva implícita una respuesta en términos de aumento de la oferta de las mismas que dista de ser la más conveniente. A todo esto hay que añadir que una parte de las EAS no son establecimientos sanitarios con régimen de internado por lo que no tiene sentido valorar el aprovechamiento de las camas.

La utilización de métodos de medición no basados en la estancia favorecerá la disminución del peso del internamiento clásico desplazándose a otras formas de asistencia más eficiente y de mayor calidad: hospital de día, hospitalización domiciliaria, cirugía ambulatoria etc.

Dentro de los Indicadores no basados en la estancia destacamos el **Coste del día-paciente**. El indicador coste del día-paciente es la cuantificación monetaria del indicador día-paciente. Su importancia se deriva de que contiene y expresa gran parte de lo que sucede en el interior de las empresas sanitarias: estructura presupuestal, características de los departamentos, niveles de productividad, asignación de recursos...

El indicador día-paciente es una unidad técnica que revela características de la gestión médica y económica. El indicador día-paciente contiene el conjunto de todas las actividades que se realizan para otorgar las atenciones al paciente. El indicador día-paciente incluye, además de los cuidados médicos directos que recibe en el servicio de internamiento, el resto de servicios que complementan su atención médica integral y que están relacionados

necesariamente con los procesos de diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. El indicador día-paciente, además de concentrar y equiparar todas las acciones realizadas, facilita su medición, evaluación y costes. El indicador día-paciente simplifica la medición del producto y, en consecuencia, *"(...) permite establecer comparaciones entre las diferentes EAS"* (Temes et al., 1994, 19).

En la formación del coste del día-paciente, cuantificación monetaria del indicador día-paciente, deben intervenir todos los objetos de coste de la empresa. El presupuesto contiene centenares de objetos de costes (Personal, Medicamentos, Aparatos de uso médico, Instrumental médico, Equipo médico de alta tecnología, Prótesis, Material médico y paramédico, Alimentos, Vestuario, Mobiliario médico, Mobiliario de oficina, Material de Papelería, Impresos y documentos, Edificio, Seguros, Gastos generales, Intereses por financiamiento...), por lo que es necesario expresarlos en un número analizable de grupos homogéneos de costes con la finalidad de identificar los contenidos relevantes del coste del día-paciente.

El número de objetos homogéneos a analizar puede variar entre las diferentes EAS de acuerdo con la importancia monetaria que cada objeto tenga en los presupuestos. Por ejemplo, si el consumo de ropa es insignificante, la suma monetaria respectiva puede incluirse en "otros consumibles". De igual forma, si los pagos por seguros son mínimos, este coste puede integrarse en "gastos generales". En cambio puede suceder que una empresa destine una parte importante de su presupuesto al arrendamiento de inmuebles, en este caso es conveniente analizar este objeto del coste por separado. Es recomendable que el número de objetos a analizar se sitúe entre diez y veinte. Si se analizan menos de diez puede suceder que aspectos importantes de la realidad permanezcan ocultos e impidan detectar áreas de oportunidad en el proceso administrativo. Si se incluyen más de veinte el trabajo es muy extenso y se podría malgastar tiempo en estudios improductivos y sin consecuencias prácticas.

La forma y magnitud en la que intervienen los objetos del coste intervienen en la función de producción, junto con su estructura, funcionamiento, nivel de producción y desarrollo organizacional. En este contexto, cada uno de los objetos tiene que integrarse en forma complementaria y proporcionada para garantizar la eficiencia en la utilización de los recursos. En este sentido, el coste del día-paciente es un indicador que muestra características de la función de producción. Por lo tanto, el coste del día-paciente es un indicador médico y económico central para la administración porque contiene todos los objetos del coste y todas las actividades que se realizan para atender integralmente a sus pacientes.

El coste del día-paciente cambia de acuerdo con la cantidad de personas atendidas, los servicios otorgados, los recursos utilizados, el nivel de complejidad de las organizaciones, las especialidades médicas que atiende, la forma de pago de los factores de producción, el desarrollo organizacional y el nivel de productividad.

La participación de los costes directos e indirectos en el Coste del día-paciente vincula la eficiencia económica con la calidad técnico-médica de la atención. El análisis de los costes

directos e indirectos del día-paciente está sustantivamente relacionado con la parte del presupuesto que ejerce cada uno los departamentos.

En primer lugar, el coste directo del día-paciente se determina por los objetos del coste que consume directamente el departamento en donde el paciente recibe atención para recuperar su situación de salud. Esto es, que las sumas pagadas por personal, medicamentos, gastos generales, material de curación, equipo médico tecnológico y demás objetos del coste, pertenezcan principalmente a ese departamento. Por otro lado, los costes indirectos del día-paciente tienen su origen en los departamentos intermedios, de apoyo, generales y administrativos que integran la función de producción de los hospitales. Estos departamentos realizan sus servicios a solicitud del departamento con la única finalidad de complementar la atención médica que recibe directamente el paciente y en consecuencia los costes de estos otros departamentos integran el coste del día-paciente. De este modo, el análisis de los costes indirectos mejoran la comunicación interdepartamental y consolidan la coordinación entre las actividades de los hospitales.

La participación del coste directo y de los indirectos constituye un campo de análisis que vincula estrechamente la calidad técnico-médica, la distribución y uso de los recursos financieros en los departamentos, el desarrollo organizacional y sus procesos administrativos. El coste directo y los indirectos revelan la suma monetaria que aporta cada uno de los departamentos para la atención de un día-paciente.

Las ventajas de la utilización del indicador coste día-paciente son las siguientes:

- El día-paciente es una unidad técnica que permite identificar costes relevantes para la toma de decisiones sobre la gestión de los recursos
- El coste día-paciente es un indicador esencial para dirigir las decisiones diarias en el proceso de administración médica y económica
- La determinación de la suma monetaria de cada uno de los objetos del coste permite valorar la calidad de la atención médica junto con el uso que se da a los recursos financieros
- El coste del día-paciente permite elevar la eficacia y eficiencia de las decisiones
- Los datos porcentuales de los objetos de coste pueden ser utilizados para realizar comparaciones entre las diferentes EAS
- El conocimiento de los cambios observados en el coste del día-paciente y sus razones es de sumo interés para la planificación, control y toma de decisiones relacionadas con los servicios a otorgar. *La interrelación y análisis de toda esta información con los objetos que conforman el coste del día-paciente y el nivel de participación de cada uno de los objetos, es indispensable para articular la coherencia y la utilidad del coste día-paciente para la toma de decisiones médicas, económicas y administrativas* (Barnum y Kutzin, 1993, 114).
- El coste exacto del día-paciente es vital para la asignación del presupuesto y para las decisiones estratégicas de los servicios a ofrecer.
- La aplicación del coste del día-paciente a la administración permite la toma de decisiones médicas y económicas más fundamentadas, la planificación estratégica y fortalecimiento de las habilidades para controlar las actividades

6. Referencias bibliográficas

BARNUM, H. AND KUTZIN, J. (1993). Public Hospitals in Developing Countries. Resource Use, Cost, Financing. The Johns Hopkins University Press. Baltimore and London.

MENEU, R (2000). “Los costes de la actuaciones sanitarias inadecuadas”, *Formación Médica Continuada*, nº 6, volumen 7, pp. 378-384.

ORTÚN RUBIO, V. (2000). “El coste de la inadecuación”, *Formación Médica Continuada*, nº 6, volumen 7, pp. 359-361.

PEIRÓ, S. Y MENEU, R. (1998). “Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria”, *Medicina Clínica*, nº 110, pp. 382-390.