



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

ESTIMACIÓN DE LOS COSTES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

*Rich Ruiz, M., Cubillo Arjona, G., Barberá Calaf, M., Bravo Rodríguez, M.C.

*D.U.E. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Primer Premio Comunicación Oral en el VII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Noviembre 2002. Resumen publicado en la página web de dicha Sociedad: <http://www.sadeca.es/congreso>.

Palabras clave: EPOC, costes de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en 1988, puso en marcha dentro del Plan de Garantía de Calidad un proyecto para crear un núcleo de información sobre actividad y coste de la asistencia sanitaria que incluía:

- La obligación de todos los hospitales de recoger de forma sistemática un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) a través de la CIE-9MC,
- El desarrollo de un sistema de Clasificación de pacientes por grupos homogéneos (GRDs), y
- La introducción de un sistema de imputación de costes por proceso (Contabilidad analítica)¹

Muy impulsado por el proyecto SIGNO este modelo de análisis se desarrolló y extendió a comienzos y mediados de los noventa; hoy día, este modelo ha demostrado estadísticamente ser poco fiable, además de poco útil para la gestión de los procesos asistenciales² pues la obtención de un coste promedio por proceso no da el grado de desagregación necesario para poder identificar posibilidades de mejora en dicho proceso.

Por el contrario, un análisis de costes distinto, la metodología de costes ABC, está experimentando una importante evolución y probablemente este proceso se acelerará en la década actual².

Los costes ABC se obtienen sumando los costes asociados a las distintas actividades que se realizan, de forma que la gestión de los costes supone también, y de forma directa,

una gestión de las actividades, constituyéndose como una herramienta valiosísima para la gestión clínica y del proceso.

Los sistemas de costes basados en las actividades (ABC: Activity Based Costing) se fundamentan en que los costes se producen a medida que se realizan actividades y en que los recursos utilizados en la realización de éstas serán los que determinen el coste de los productos; de esta forma “las actividades son realmente las causas que determinan el consumo de recursos y los costes subsiguientes”.

Dado que la finalidad última de los sistemas ABC es la gestión de las actividades, una técnica derivada éstos es la denominada ABM (Activity Based Management), o gestión basada en las actividades. El sistema ABM trata de detectar y eliminar las actividades que no añaden valor a los productos o servicios, estableciendo una relación de causalidad directa entre los costes y las actividades.

Los cuidados de enfermería evolucionan también hacia un hacer más definido, estructurado y evaluado según los principios de la gestión científica. En nuestro hospital esta evolución ha pasado y pasa por la utilización como método de trabajo de los planes de cuidados estandarizados (PCE), una herramienta en la que se contemplan el progreso de los cuidados pero también el progreso en la gestión de los mismos. El seguimiento en paralelo de ambos aspectos conjuga el estudio de la efectividad de nuestras intervenciones (valorar si se alcanzaron unos objetivos planificados) con el estudio de la eficiencia (ver si se consiguieron a los costes adecuados, un concepto ampliamente manejado y necesario dentro de los modelos de gestión que actualmente encontramos en nuestros Hospitales).

El plan de cuidados es la herramienta de trabajo de la enfermera para la planificación y continuidad de los cuidados y por lo tanto para la gestión de los mismos. Independientemente de las teorías en las que se fundamente este plan asegura que cada paciente recibe los mejores cuidados, con la mejor evidencia, pero también individualizados a lo que él necesita.

Y, aunque esto es así, a pesar de la importancia fundamental que tiene la individualización de los cuidados, es útil contar con una herramienta normalizada reflejada en un formato estándar que unifique criterios, disminuya la variabilidad y mejore la comunicación entre los distintos miembros del equipo que cuidan al mismo paciente. Además debe ser un formato fácil de poner al día y de fácil acceso a los resultados. Esta herramienta, como dijimos anteriormente, no sólo debe medir actividades eficaces sino que también debe contemplar la medición de la eficiencia.

El diseño utilizado en nuestro hospital para la estandarización de planes de cuidados contempla ambos aspectos: por un lado recoge los objetivos que determinarán si una actividad ha sido eficaz o no y a la vez asigna unos costes en URVs a cada una de las actividades que realizamos para el logro de los objetivos marcados.

La asistencia de enfermería, como queda justificado, es susceptible de ser analizada siguiendo este último sistema ABM/ABC; De esta forma, y coincidiendo con la metodología del Proyecto NIPE³, este artículo plantea un interesante estudio de costes de los cuidados (actividades) que el profesional de enfermería proporciona a los pacientes.

El estudio se basa en que si a cada GRD (criterio de partida para la construcción de nuestros PCE) se le asignan las actividades enfermeras, al conocer: el tiempo, los materiales, los equipos utilizados, etc. , el coste de cada actividad, se podrá estimar el coste en materia de enfermería para cada GRD.

Partiendo de esta realidad, el objetivo del presente estudio es estimar el peso que los cuidados de enfermería representan en el total de puntos GRDs para el Grupo 88 (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

MATERIAL Y MÉTODO

Para la consecución del objetivo planteamos un estudio descriptivo y retrospectivo.

Nuestra población ha sido personas con EPOC hospitalizadas durante el año 2001 en la Unidad de Medicina Interna situada en la 8ª planta del H. Provincial. En este período se atendieron a 189 personas con EPOC. De éstas, y para fijar la población de estudio, se determinó como criterio de inclusión “que todo el proceso de cuidados, desde el ingreso hasta el alta del paciente, se hubiera desarrollado en esta unidad”. Nuestra población de estudio fue de 45 pacientes, teniendo en cuenta que durante el segundo semestre de este año fue cuando se inició la informatización de la unidad (fuente de información para nuestro trabajo), y que por lo tanto no se ha considerado ninguna de las hospitalizaciones del primer semestre.

La fuente de información ha sido, como hemos señalado, la base de datos contenida en la aplicación informática Flor +, que recoge las actividades realizadas a cada paciente por el personal de enfermería, tanto las estandarizadas como las derivadas de valoración que realiza la enfermera; ofreciendo, para cada paciente, el coste diario en unidades relativas de valor (URVs).

El análisis de los datos ha consistido en el cálculo del coste promedio de la atención real a este grupo de pacientes. El valor resultante, en euros, ha sido referido a los Puntos GRDs definidos por éste Sistema de clasificación (traducidos igualmente a la misma unidad de medida: euros).

RESULTADOS

Los Datos del GRD 88 en el HU Reina Sofía en el 2001 fueron los siguientes: Se atendieron 377 casos de EPOC, con una estancia media de 10,79 días, que supusieron un total de 4.059 estancias

Tabla I. Datos globales del 2001 del Proceso EPOC en el H. U. Reina Sofía

Casos	377
Estancias	4.059
Estancia media (EM)	10,79
Estancia media esperada (EME)	10,00
Peso medio	1,21
Puntos GDR	4,57

El peso medio del GRD es de 1,21 puntos, de forma que como el valor de 1 punto GRD en el año 2001 fue de 1.194,37 euros, por una simple regla de tres los 1,21 puntos se traducen en 1.445,18 euros. En cuanto al cálculo de los costes de enfermería obtenidos a

partir de los registros de actividad hemos hecho primero los cálculos de forma separada para tiempos de asistencia y para materiales, ofreciendo al final un coste promedio total. Respecto al tiempo de asistencia estos son los resultados obtenidos: Cada paciente de EPOC tuvo un coste promedio de 168,97€

Tabla II. Coste promedio de tiempos de asistencia del proceso EPOC

Enfermera	$91,44 \text{ URV/día} \times 10,79 \text{ días (EM)} \times 0,13 \text{ € (URV de enfermera)} = 124.76 \text{ €}$
Auxiliar	$48,12 \text{ URV/día} \times 10,79 \text{ días (EM)} \times 0,09 \text{ € (URV de auxiliar)} = 44.20 \text{ €}$

En costes de material, cada paciente de EPOC tuvo un coste promedio de 64,64 €.

Tabla III. Coste promedio de materiales consumidos en el proceso EPOC

Enfermera	$39,71 \text{ URV/día} \times 10,79 \text{ días(EM)} \times 0,13 \text{ € (URV de enfermera)} = 54.18 \text{ €}$
Auxiliar	$10,76 \text{ URV/día} \times 10,79 \text{ días (EM)} \times 0,09 \text{ € (URV de auxiliar)} = 10.46 \text{ €}$

Siendo el coste promedio total de Enfermería 233,61 €.

Tabla IV. Coste promedio total (tiempos y material) en el proceso EPOC

Enfermera	29.774 pts (178,95 €)
Auxiliar	9.096 pts (54,67 €)

DISCUSIÓN

Si tomamos como referencia el gasto promedio de un paciente de EPOC según el sistema GRD (1.445,18 €), el gasto de Enfermería imputado a través de nuestros planes supone el 16 % del total; debiendo señalar que nuestros registros de actividad actualmente no contemplan el “tiempo gris”, lo que supondría un gasto adicional por paciente aproximado del 2%.

Cada estancia tiene una imputación de costes indirectos (Limpieza, Administración, Seguridad, Mantenimiento, Lencería, Cocina, etc.) que suponen un 53,26 % del total.

El 30% restante corresponden a los costes de otros profesionales y de pruebas diagnósticas.

Buscando la contrastación de nuestros datos hemos encontrado, primero, dificultades derivadas de la diversidad en el lenguaje: acciones, actividades, intervenciones, Unidades Relativas de Valor (URVs), Unidad Ponderada de Cuidados⁴ (UPC), así como datos muy diferentes. Centrándonos en el proceso EPOC existe un estudio reciente del cálculo de los costes tanto en urgencias como por ingreso hospitalario en la Ciudad Sanitaria Universitaria de Bellvitge⁵. Este estudio concluye que el coste promedio de una urgencia (por EPOC) es de 25.707 ptas y el coste promedio del ingreso es de 402.765 ptas. Estas cifras están muy alejadas del peso otorgado por el Sistema GRD, tomado de referencia para nuestro estudio; y aunque es verdad que los conceptos son distintos y hacen difícil la comparabilidad, sí que podemos decir que el porcentaje de costes de enfermería resultaría bajo e irreal si tomáramos como referencia los resultados de este estudio.

Pero a pesar de las dificultades reconocidas, que radican fundamentalmente en “la cuestión clave” para disponer de un sistema de costes ABC: La selección y clasificación de las actividades que se realizan, lo que se denomina “diccionario de actividades”, pensamos que es un sistema cercano a la realidad y que puede ser útil para la gestión clínica y del proceso, sirviendo, además, como elemento de contrastación /complemento al sistema GRD; un Sistema GRD que en una investigación realizada en España ha reflejado ser un indicador poco fiable de los costes reales de la asistencia, ya que su escala de complejidad (la de los GRD americanos) no explica más allá del 19 % de la variabilidad de los costes⁶; pero además cuando se utilizan los pesos locales⁷ el nivel de ajuste al coste real solamente asciende hasta el 40 %.

Parece por lo tanto que la utilización de criterios externos (pesos GRD) resulta insuficiente; pero es que además, estos métodos de imputación de costes a los procesos seguirán sin reflejar los distintos problemas por los que el enfermo posiblemente ha necesitado atención, problemas sobre los que, además del médico, han trabajado tanto enfermeras como otros profesionales (psicólogos, trabajadores sociales), que con sus decisiones clínicas influyen en la eficiencia del proceso asistencial, y por lo tanto en los costes.

El modelo ABC reconoce estos cambios, y además permite algo tan importante en los hospitales como poder implicar a los agentes de gasto, a los profesionales, en las políticas de mejora de la calidad y de la eficiencia; aspecto que según estudios realizados por la OMS (Copenhague, 1998) no resulta frecuente: “los profesionales no conocen los resultados derivados de su actividad profesional”⁸.

CONCLUSIONES

Aunque son más los posibles resultados nos gustaría terminar el artículo con dos frases célebres, la primera que nos recuerda que:

“La cooperación es la convicción plena de que nadie puede llegar a la meta si no llegan todos”.

Y una segunda de Benjamín Franklin (que dice):

“Cuida de los pequeños gastos; un pequeño agujero hunde un barco”

Podemos concluir que nuestros Planes de Cuidados Estándar pueden ser un Sistema de imputación de costes (plausible al menos) para esas “pequeñas cosas” (cada actividad) que las/os enfermeras/os hacemos día a día y que además *puede ayudarnos a todos a tomar*

conciencia de cual es nuestra meta y a ver qué agujero podemos evitar en ese barco en el que todos navegamos que es el Sistema Público.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.sanjuandedios-oh.es/betica/paginas/jorenf>.
2. Fernández Díaz JM. La gestión de costes ABC: Un modelo para su aplicación en hospitales. Gestión y Evaluación de costes sanitarios. Vol 3- Número 2- Abril-Junio 2002: 125-133.
3. <http://www.nipe.enfermundi.com/normas/proceso.htm>.
4. Cots F, Castells X, Mercadé L, Torre P, Riu M. Risk Adjustment: beyond patient classification systems. Gac Sanit 2001; 15 (5): 423-431.
5. Muñoz Mella MA. Peña Cristia MM. Estrategia de aproximación al coste de cuidados por paciente. Determinación de la UPC (Unidad Ponderada de Cuidados). Todo Hospital. 1996 (128):43-50.
6. Serra M. Romero, I.; Escarrabill, J.; Soley. Aproximación a los costes por proceso en la EPOC. Programa de Gestión médica. VIII Symposium sobre enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 14-16 de Marzo de 2002
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.
8. <http://www.um.es/eglobal/1/01d03.html>.

ISSN 1695-6141

© **COPYRIGHT** Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia