

DETERMINANTES DE LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTABLE EN LO HOSPITAL EMPRESARIAL PORTUGUES

Amélia Ferreira da Silva, Escola Superior de Tecnologia de Fafe

RESUMEN

Con el objetivo de mejorar el grado de eficiencia de las instituciones hospitalarias, en el año 2002, el Gobierno Portugués transformó treinta y cuatro hospitales en treinta y un Hospitales-empresa. Este cambio en los modelos de gestión utilizados generó nuevas necesidades de información, que motivaron que se procediera a la reestructuración del sistema de información y control de gestión. Sin embargo, el principal problema subyacente a esta reestructuración está en la necesidad de que los profesionales de la salud realmente integren la información contable con la información clínica en sus procesos de toma de decisiones. Nuestro trabajo está basado en un estudio de caso y tiene como objetivo aclarar las siguientes cuestiones de investigación: ¿Los profesionales de la salud utilizan la información económico-financiera disponible? Y ¿Cuáles son los factores que condicionan la utilización de dicha información?

PALABRAS CLAVE: Nueva Gestión Pública, gestión hospitalaria; información contable, información clínica.

ABSTRACT

In 2002, trying to improve the efficiency level of Portuguese hospitals, the Government transformed 31 Hospitals into Anonymous Companies. This change in the management models generated new information necessities, leading to the reorganization of the information system and management control. Underlying to those changes of the information systems, it is the necessity of the health professionals to integrate the economic and clinical information on their decisions. Our work is based in a case study and the the main objective is to answer the following questions:

Do the health professionals use the information available economic-financier?

Which are the determinants of the use of this information?

KEYWORDS: new public management, hospital management, accounting information, clinical information.

I. INTRODUCCIÓN

A finales de la década de los 70, la Nueva Gestión Pública (NGP) se impone como una corriente dominante de la reforma de la Administración Pública de los países desarrollados. En consecuencia, los sistemas de información de las entidades públicas en las que se introducen modelos de gestión empresarial de la administración pública sufren profundas reestructuraciones. Sin embargo, por las especificidades inherentes al

buen “cuidado de la salud” fue solo recientemente que el sector de la salud se ha visto afectado por las reformas enmarcadas en el modelo de la Nueva Gestión Pública.

En Portugal, particularmente en el subsector hospitalario, la transformación de treinta y cuatro Hospitales Públicos del sector público administrativo (SPA) en treinta y un Hospitales, S.A., que representan aproximadamente el 50% de la red de Hospitales Públicos, constituyó la medida más emblemática de la influencia de la corriente de la NGP en la reforma del Servicio Nacional de Salud. Con la intención de apoyar y supervisar la implantación de los Hospitales S.A. se creó un grupo de trabajo -Unidad de Misión. Una de sus funciones fue la reestructuración de los sistemas de información económico-financiera, mediante la introducción del cuadro de mando (tableau de bord), promoción de prácticas de benchmarking entre los Hospitales, S.A. y la creación y publicación de un informe de los Hospitales, S.A., en el que se presentan diversos indicadores de actividad de los diferentes Hospitales SA y se ordenan en un “ranking” en función del “índice global de eficiencia”, si bien hasta el momento solo se identificaron los diez mejores. Dadas las especificidades de los servicios prestados en el hospital público, la independencia clínica inherente al acto médico y las estructuras organizativas dominantes en la institución hospitalaria, el poder de decisión acerca del consumo y la utilización de los recursos dentro de los hospitales públicos esta repartido, esencialmente, entre médicos, los enfermeros jefes y el consejo de administración.

Paralelamente a esto, existe una amplia aceptación de la idea de que la contabilidad – sus prácticas y su papel – sólo puede ser entendida como parte de los contextos políticos, económicos, sociales y culturales en los que opera (CHUA, 1986, LAWRENCE, 1997; HOPWOOD, 1984, KAPLAN, 1983). En este sentido, a lo largo de las últimas décadas la contabilidad de gestión en los servicios de la salud ha sido objeto de un esfuerzo de investigación continuo de forma que su problemática en el contexto de la salud está bien documentada a nivel internacional (ARNABOLDI, 2004; LOWE, 1997; LESLIE, 1994; KURUNMAKI, 2003, LAPSLEY, 2001, PETERSEN, 2001, CHUA, 1994; AIDEMARK, 2001). Se trata de un tema que ha sido muy debatido y que puede ser descrito como un “área problemática, llena de controversia y tensión” (SCARPARO, 2004). Inspirado en esos estudios, nuestro trabajo está motivado por la voluntad de explorar la realidad portuguesa en relación a utilización de la información económico-financiera en el contexto hospitalario, materia en que la investigación a nivel portugués esta todavía muy poco avanzada.

La reestructuración de los sistemas de información de los Hospitales SA y su respectivo seguimientos fueron concebidos por la Unidad de Misión. Recientemente, en un estudio realizado con la finalidad de evaluar la experiencia detenida con la creación de los Hospitales SA en las dimensiones de: eficiencia; equidad; acceso; calidad, GOUVEIA (2006) destacaba la necesidad de mejorar el sistema de información económico-financiero interna y promover su integración en los procesos de decisión de los directores clínicos y, con base en las evidencias empíricas obtenidas, concluía que, a pesar de la complejidad de las cuestiones financieras con que se enfrentan actualmente los Hospitales, se impone la necesidad de mejorar significativamente el grado de formación y experiencia de los funcionarios de los departamentos financieros. Salvo este trabajo, hasta al momento no se conocen otros estudios que traten sobre la utilización efectiva de la información económico-financiera, es decir, por quién y con qué finalidad se utilizada dicha información dentro del hospital-empresa y cuáles son los factores que condicionan su uso.

Con el propósito de contribuir al esclarecimiento de estas cuestiones hemos realizado un estudio de caso en uno de estos hospitales: el Hospital de Son Gonçalo de Amarante. A partir de la revisión de la literatura consultada sobre evidencias de experiencias relativas a la reestructuración y utilización de los sistemas de información económico-financiera en hospitales de otros países y considerando las particularidades de la reforma reciente llevada a cabo en los hospitales públicos portugueses, dentro de la cual se inserta la empresarialización de los Hospitales públicos, hemos procedido a realizar un análisis de algunos de los factores que, en nuestra opinión, pueden condicionar la utilización de la información contable por los profesionales que gestionan los recursos en el hospital-empresa portugués.

La utilización de la información económico-financiera en el hospital-empresa es un tema reciente en contabilidad, en relación al cual hasta el momento hay escasa investigación, particularmente en el contexto portugués. Se trata, pues, de un trabajo necesariamente exploratorio, que emprendemos con el objetivo de intentar responder a las siguientes cuestiones: 1º) La información económico-financiera disponible es utilizada realmente por parte de los profesionales que tienen poder de decisión sobre la utilización de recursos dentro del hospital-empresa, en particular los médicos y los cargos de jefatura (director clínico, enfermero jefe y administradores)? 2º) ¿Cuáles son los factores que condicionan la utilización de esa información? 3º) ¿Con qué finalidad es utilizada dicha información? 4º) ¿En caso de no se utilizan, cuál es el motivo?

II. Desafíos a la gestión hospitalaria y la importancia de los factores culturales e el papel de la contabilidad en el ámbito de los nuevos modelos de gestión hospitalaria

El campo de las organizaciones hospitalarias está lejos de ser uniforme, existiendo diferencias sustanciales de país a país y dentro de cada país. Los factores que más presionan a los hospitales de los países desarrollados hacia el cambio están claramente identificados (EDWARDS, 2004; McKEE, 2004). Para McKEE (2004), cualquiera que sea la estrategia de respuesta seguida por los hospitales, la inversión en las personas es esencial. Los cambios de fondo son traumáticos y las reducciones a gran escala de la capacidad de los hospitales afectan adversamente al personal restante, especialmente a aquellos que son transferidos a otros servicios. Este fenómeno se ve exacerbado por las deficiencias en la comunicación, pero una gestión de calidad puede suponer la diferencia. Según el citado autor, el cambio requiere un nuevo planteamiento de la relación entre gestores y clínicos de forma que sean capaces de trabajar juntos. En muchos países se ha mantenido el acuerdo tácito de que los gestores no deben, de forma alguna, interferir en el trabajo clínico de forma que cualquier intento de cambio ha tenido enorme resistencia. Inversamente, aquellos clínicos que lideran proyectos innovadores y convierten su práctica en más efectiva han mostrado su desagrado con las barreras burocráticas frente al cambio.

Los estudios recientes sobre el cambio en las organizaciones públicas han estado influenciados por la llegada del Nuevo Institucionalismo y por la idea de la “trayectoria dependiente” (MARCH y OLSEN, 1989, p.167-168; NORTH, 1996, p.1000). La evolución e interacción entre las organizaciones y el entorno que las rodea da lugar al desarrollo de un conjunto de rutinas y prácticas que son institucionalizadas a través de normas, reglamentos y procedimientos. Estas normas y rutinas definen la participación de los distintos miembros de la organización, sus reglas de actuación, las sanciones a aplicar por las desviaciones en el comportamiento y la influencia del ritmo de cambio en la organización (OLSEN, 1991, p.131). Se trata de estructuras que forman

parte de la cultura organizativa y moldean los valores, creencias e intereses de los agentes que participan o interactúan en las organizaciones (MARCH y OLSEN, 1989, p. 53-55). Cada organización tiene su historia y su línea de desarrollo dependiente en el tiempo (SCOTT, 1995, p.135), pero el proceso de cambio en las organizaciones públicas parece apoyar la idea del rumbo dependiente. En otras palabras, el que se produzca la reforma depende de la determinación y voluntad política en la actuación al nivel de las características estructurales que influyen la cultura de una organización y, consecuentemente, el comportamiento de las personas que la integran. (ARAÚJO, 1999, p.71)

En efecto, las resistencias de orden cultural son las más importantes y las más difíciles de rebasar. De forma que el análisis de la viabilidad de cualquier nuevo modelo de gestión hospitalaria pasará, necesariamente, por la ponderación de los factores ambientales externos, como el entorno económico, social, cultural y político, así como por el análisis de factores culturales internos tales, como los vínculos existentes entre los valores culturales dominantes y la distribución de poder dentro de la organización, procurando identificar los choques de culturas potenciales que pueden generar conflictos paralizantes que impidan que el cambio se realice.

El área de la salud, como cualquier otra área de la vida social, es un espacio de juego continuo para el poder y el control (KURUNMAKI, 1999). Existen evidencias claras y diversos fundamentos sobre el hecho de que las instituciones de la salud están, en la mayoría de los casos, dominadas por la cultura médica, en cuanto a clase profesional. En un estudio sobre los niveles de remuneración y los respectivos modelos de pago a médicos, CAMPOS (1983) concluye que “en cada país hay elementos culturales comunes que atribuyen al médico una aura de respetabilidad y de poder social que cruza regímenes político-económicos y formas de remuneración diferentes” Esto lleva a POLLITT (1992, p.9) a afirmar que la profesión médica es una especie de caso especial, en la medida en que, por una variedad de razones históricas y políticas ha ostentado un grado de autonomía anormalmente elevado. De igual forma, SMITH (1976, 2-3) cae en la cuenta del excepcional estatus con el que surgió la profesión médica, estableciendo incluso un paralelismo entre el deber social del médico el del padre: el médico se debe servir a todos los que le necesitan y la incapacidad para pagar no es una razón válida para negarse a prestar sus servicios. En consecuencia, la ley lo reconocía como un tipo de servidor de la comunidad no oficial y lo excluía de las reglas comunes del mercado. Para asegurar la adecuación del servicio, se decretó una línea legal especial para los médicos, según lo cual podían cobrar diferentes honorarios en función de la situación de los pacientes. Esto quebró la conexión pecuniaria entre el servicio de los médicos y su recompensa.

Dado que en las instituciones del sector de la salud tradicionalmente ha predominado, una cultura clínica que persigue unos valores a veces alejados de los económicos, todas las reformas que impliquen el refuerzo de la presencia de gestores y la utilización de instrumentos de gestión empresarial en los hospitales han generado reacciones de resistencia al cambio, planteado el debate sobre la necesidad de interpretar comportamientos y aproximar motivaciones de grupos profesionales con culturas diferentes. En opinión de HOPWOOD (1992, p.130), “las formas tradicionales de operar en las organizaciones sanitarias han delegado en los profesionales médicos un inmenso poder, tomando basados con base en su propia formación profesional y códigos de conducta, sin tener presente un plan económico o administrativo. En las reformas más recientes, esta cultura médica se está cuestionando e intentando sustituirla por otra, a lo que los médicos están poniendo fuertes resistencias”. En este sentido, el Presidente de la Asociación de Administradores Hospitalarios ha declarado su esperanza de que “los nuevos modelos de gestión hospitalaria contemplen un aspecto fundamental y

condicionador de todos los cambios que se pretenden introducir: alteren substancialmente la distribución del poder dentro de los hospitales públicos” (DELGADO, 2002).

En cualquier caso, EDWARDS (1992) plantea que los gestores deben crear climas organizacionales que comprendan y respeten la necesidad de los médicos de practicar medicina de acuerdo con las normas profesionales establecidas. En este contexto, SUCCI (1999) señala que algunos hospitales están siguiendo activamente una estrategia de integración de los médicos en su gestión y estructuras de gobierno. Así, en un estudio llevado a cabo sobre las estrategias seguidas en los hospitales de los Estados Unidos, la autora encontró evidencia estadística de que el principal efecto de la implicación de los médicos en la gestión y el gobierno de los hospitales no está relacionado con una mejor eficiencia del hospital, sino con una menor eficiencia. Estos resultados son consistentes con los de estudios previos que demostraban que los hospitales presentaban mayores niveles de costes y menores márgenes operativos cuando había un mayor número de médicos implicados en la gestión e integrados en la estructura financiera del hospital.

Las últimas reformas del sector de la salud, en particular los producidos en el ámbito del subsector hospitalario, recalcan la necesidad de intentar aproximar a los profesionales de la salud a los profesionales de gestión, implicándolos en la construcción de una cultura organizativa común donde el énfasis deje de estar en los aspectos clínicos o en los aspectos económico-financieros, para pasar a estar, en la combinación ambos como un medio para compatibilizar la escasez de recursos disponibles con los principios de universalidad y equidad en el acceso a los servicios de la salud. Los profesionales de la salud han de alcanzar un equilibrio entre la autonomía clínica y la obligación rendir cuentas. Para que esto efectivamente suceda, “las organizaciones hospitalarias necesitan desarrollar un proceso de *desaprendizaje* que desafíe barreras culturales y de comportamiento” (SCARPARO, 2004).

La empresarialización de los hospitales públicos, enmarcada en el ámbito de la Nueva Gestión Pública, aumentó la presencia de profesionales de gestión dentro de los hospitales públicos lo que, a su vez, trajo consigo el énfasis en el control de costes y la utilización de nuevos modelos de control de gestión que proponen la evaluación, interna y externa, del rendimiento a través de una multiplicidad de indicadores, tales como el nivel de eficiencia, eficacia, economía y productividad. En este contexto, el aumento de las necesidades y diversidad de información de carácter económico-financiera, tanto para apoyar la toma de decisiones como para controlar la gestión del hospital, aparece como una consecuencia natural.

A esta conclusión llegó HALMA (2005) al estudiar el proceso de transformación que atraviesan las instituciones hospitalarias de Estonia. Al intentar evaluar la influencia de factores contingentes, internos y externos, en el sistema de información contable, el autor encontró datos que demuestran que la contabilidad de costes y de gestión están fuertemente influenciadas por la necesidad de información más detallada – particularmente información sobre el desempeño – a nivel de los diferentes departamentos clínicos y del hospital como un todo.

No obstante, hay estudios que revelan que los profesionales de la salud tienden a resistirse y no aceptar los nuevos modelos de control de gestión, lo que dificulta la utilización e integración de la información económico-financiera en sus decisiones, teniendo como consecuencia potencial su alejamiento en relación a las restricciones financieras a que se enfrenta la institución. En el Reino Unido, JONES (1997) encontró evidencias de que los directores clínicos no se sienten cómodos el simbolismo del sistema de control formal asociado a la

contabilidad. A este respecto, MADDOCK (1998) comenta que la gestión del rendimiento de naturaleza no clínica es considerada por los médicos como un ataque a su profesión. Tal convicción puede llevar a la falta de confianza en la gestión y a la disminución de su participación en las nuevas estructuras organizativas. (ROBBINS, 2004) De igual forma, KURUNMAKI (2003) nos habla de las dificultades de implementación de la gestión presupuestaria en el contexto de las organizaciones que prestan cuidados de la salud relacionadas con “la no integración de los profesionales de la salud en el proceso de gestión financiera”, tendencia constatada en otros países de la Europa Occidental

Según ROBIN (2003), con el número, escala e intensidad de las reformas emprendidas en el ámbito de la Nueva Gestión Pública, la profesión médica ha sido identificada por algunos investigadores como altamente resistente a “la contabilización de los cuidados de la salud”. A este respecto, el autor sugiere que la resistencia a la contabilidad por parte de los médicos es un fenómeno reciente y está asociado a la eventual interferencia de la información contable en la actividad clínica, factor que distingue a las reformas más recientes de las anteriores.

En opinión de CHUA (1994), debe destacarse el hecho de que se abre un amplio y diferente espacio para la contabilidad en las instituciones de la salud, lo cual tiene un efecto significativo no solo en la difusión de los sistemas de control de costes sino también sobre la forma en que los políticos, los lobbies, los consultores y los profesionales de la salud y gestores que trabajan con la industria hospitalaria analicen las actuaciones relacionadas con los cuidados de la salud, afectando igualmente a la presión ejercida sobre las políticas sanitarias. En este sentido, el autor nos habla de una “nueva” contabilidad de la salud que pone el énfasis en el control y contención de coste, en contraste con la “vieja” contabilidad que servía a propósitos tales como el cálculo del coste de reembolso de gastos sanitarios y el informe financiero. Teniendo como base la realidad de USA, el autor analiza de forma integrada los conceptos, la implementación y los efectos de la contabilidad en el ámbito del proceso de cambio de las prácticas y el lenguaje de la salud a las prácticas y lenguaje de la economía y la contabilidad. A este respecto, resalta la idea de que la difusión de las prácticas contable en los sistemas de control de costes e iniciativas de reforma del sector de la salud a nivel mundial ha sido muchas veces una cuestión de fe, en la medida en que dichas iniciativas se han constituido con base en una retórica de racionalidad, eficiencia y economía de “mercado libre”, pero con muy poca evidencia sobre su capacidad de alcanzar estos objetivos.

Sin embargo, la problemática del control de coste y de la integración de la información interna sobre costes en la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud es un tema ampliamente estudiado a nivel internacional (ARNABOLDI, 2004; LOWE, 1997; LESLIE, 1994). Por ejemplo, en Japón la observación y el análisis de las prácticas de la contabilidad en los hospitales Japoneses llevada a cabo por ARAI (2004) reveló que la mayoría de los hospitales generalmente eran reacios a la implantación de la contabilidad de costes debido, principalmente, a la relación coste-efectividad de las medidas propuestas y a la indiferencia del cuerpo médico. Por otro lado, los estudios llevados a cabo por ABERNERTHY (2004) en los hospitales italianos indican que la delegación de autoridad en los gestores clínicos no sólo tiene un impacto favorable en la utilización de la información contable para la toma de decisiones y control de gestión sino también tiene un importante efecto en su conciencia sobre la problemática del control de costes.

En esta línea, KURUNMAKI (2000), en el contexto de la NGP en el sector de la salud en Finlandia, habla de la necesidad de una “profesión híbrida” capaz de sintetizar la respuesta de los profesionales de la salud a la

necesidad de integrar la información contable en sus decisiones. Este fenómeno está caracterizado como una apropiación de los conocimientos técnicos del área de la contabilidad por parte de los médicos finlandeses, lo que contrasta con el alejamiento de la clase médica que se observa en el Reino Unido, donde los profesionales médicos se han resistido a la introducción de prácticas contable en su área de dominio, y donde, a su vez, los contables mantienen el control sobre esas mismas prácticas. La autora analiza estas diferencias con base en la idea de que las fronteras de competencia de la contabilidad de gestión son cambiantes y sus prácticas son transferibles de forma que es posible su adopción por determinados grupos profesionales, como los médicos, sugiriendo que este fenómeno de apropiación de los conocimientos depende de la fuerza y capacidad de los movimientos corporativos y asociativos al imponer el reconocimiento de la contabilidad de gestión como un área de conocimiento autónomo y legítimo.

Sobre la situación escocesa, SCARPARO (2004) relata una realidad compleja donde los profesionales de la salud tuvieron que reinventarse ellos mismos como gestores, consiguiendo evitar los intentos de atribuirles responsabilidades financieras directas. La colaboración con gestores no representó una amenaza a la “asimilación de la gestión” en la toma de decisiones clínicas, por el contrario ayudó a los profesionales de la salud a mantener su control sobre el “dominio clínico”. Además, la autora encontró apoyo a la idea de que el proceso de compartir conocimientos entre profesionales de la salud y los gestores puede reducir la oposición de los profesionales de la salud a implicarse en las prácticas de la contabilidad. Los gestores pueden entender mejor los aspectos y necesidades clínicas y los clínicos pueden experimentar las prácticas de la contabilidad sin asociarlas al papel de instrumentos para una reducción de costes que se les impone. Sin embargo, KILPATRICK (1998) encontró un escenario que presenta inconsistencias en relación al modelo de comportamiento de los clínicos en los hospitales escoceses: por un lado, los profesionales de la salud exhiben ansiedad y objeciones frente al uso de las prácticas de gestión, incluyendo información sobre costes, en la medida en que temen por su libertad clínica. Por otro lado, los autores evidencian que los médicos abordan las cuestiones de la utilización de los recursos y del cálculo de costes, a veces en colaboración con los economistas, en el grado en que están libres de la influencia de los gestores. Estos estudios producen evidencia de que “los médicos no están en contra la contabilidad en sí misma, pero sí están en contra de la intromisión de los gestores en aquello que consideran un área reservada a los profesionales médicos.

DAVID (1994) analiza los sucesivos fallos producidos en los intentos de imponer la gestión presupuestaria en el Servicio Nacional de la Salud inglés y llega a la conclusión de que cualquier modelo de gestión debe tener como condición previa la implicación de médicos y enfermeros y que, además, la información obtenida debe ser percibida por los médicos y enfermeros con relevante para su trabajo.

Por otro lado, RICHARDSON y CULLEN (2000, p.355) comentan que el éxito del proceso de modernización del sector de la salud que presiona para la adopción de comportamientos empresariales va a depender, en gran medida, de la personalidad del gestor. Así, los autores analizaron el impacto que han tenido las ideas de la NGP y la actitud ante la Contabilidad en los departamentos de patología clínica de dos hospitales en el Reino Unido, concluyendo que existen diferencias notables en ambos contextos en relación a la actitud hacia las prácticas de gestión a adoptar, entre las cuales la contabilidad está fuertemente implicada, motivadas para el estilo de gestión. En este sentido, EDWARDS (2004) recomienda que aquellas entidades, como el gobierno, que exigen la “rendición de cuentas” de los servicios de la salud deben asegurarse de que el proceso de planificación

y gestión del rendimiento no suponga un incremento de la tensión sino que, por el contrario, proporcione espacio a los médicos y gestores para acordar objetivos partidistas.

Sobre las reformas de los sistemas de contabilidad en los hospitales de Suecia, AIDEMARK (2001) hace referencia al éxito en la implementación de presupuestos clínicos como contrapunto al fracaso de la introducción simultánea de un sistema de mercados internos. El autor atribuye dicho éxito a un contexto de disciplina presupuestaria, en el que la idea de proporcionar equilibrio entre entradas y salidas de recursos fue difundida por toda la organización y respetado por sus miembros.

En el ámbito de las reformas desarrolladas en Nueva Zelanda en el sector de la salud, LAWRENCE (1997) comenta que, a pesar de las diversas mejoras introducidas, el sistema de codificación y información mantiene un bajo nivel de utilidad para la gestión debido al sentimiento de que las personas encargadas del diseño del sistema de información estaban convencidas de que sabían mejor que los propios médicos cuál es la información útil para sus decisiones. De este modo, se generó un antagonismo de los profesionales contra aquello que se percibe como un sistema de control diseñado externamente y que se considerado inadecuado e ilegítimo. Por otro lado, el autor considera que no era el momento oportuno para introducir un nuevo sistema de información y que debería haberse esperado hasta que el hospital se familiarizase con el lenguaje de los negocios, la economía y la contabilidad. En este contexto, concluye que la razón para la adopción o rechazo de la información contable y del propio sistema de contabilidad es sociopolítica, no técnica. Técnicamente, era posible introducir una contabilidad financiera y un sistema de costes sofisticados. Pero los sistemas de “rendición de cuentas” y las estructuras de significación, legitimación y dominio han de ser trabajadas antes de que el sistema de contabilidad se introduzca.

En relación a la información financiera producida por los portugueses, en particular en Hospitales SA, GOUVEIA (2006) comentaba el siguiente:

- Nos parece que pocos hospitales consideran y utilizan la Contabilidad analítica como un instrumento fundamental de gestión fundamentalmente debido a que generalmente la información es producida tardíamente y no siempre es presentada a los Directores de Servicio. Éstos no son confrontados periódicamente con la información económica de su departamento acompañada de valores de referencia, extremadamente útiles para la evaluación de su rendimiento económica y el desarrollo de una Contabilidad analítica por paciente es una práctica rara o inexistente.
- Existe una clara correlación entre el Índice Global de Eficiencia y el nivel de formación académica y la experiencia de los funcionarios de los departamentos financieros. Los hospitales que tienen departamentos financieros más fuertes obtienen mejores resultados a través de una gestión más eficiente. Por otro lado, cuando introducimos como variable explicativa el número de funcionarios que integran el departamento financiero comprobamos que influye negativamente en el resultado final.

De lo expuesto anteriormente, resalta la idea de que el funcionamiento adecuado de un hospital surge del equilibrio entre la eficiencia y efectividad clínica y la eficiencia y efectividad económica. Esta perspectiva presupone la comunicación interna entre los diversos niveles de gestión del hospital y la discusión de la relación causa-efecto de los indicadores de rendimiento (HALDMA, 2005). Frente a lo expuesto, llegamos a formular la hipótesis de que la concepción de un modelo de control de gestión que implique a los profesionales de la salud

en la definición de los objetivos y las medidas de control respectivas favorece la aproximación entre los profesionales de gestión y los profesionales de la salud, disminuye la tensión entre ambos grupos profesionales y puede favorecer la implementación de la estrategia de la institución y el logro de los objetivos. En definitiva, tal y como defiende MADDOCK (1998), el futuro depende de la capacidad de los profesionales y gestores para reconocer mutuamente el valor del otro y negociar relaciones más equilibradas.

En resumen, el análisis de la problemática de los desafíos que las reformas en la sanidad plantean a la gestión de los hospitales nos conduce inevitablemente a abordar la relación médico-gestor planteándonos diversas cuestiones que se corresponden a títulos de artículos publicados a lo largo de la última década: Médicos y gestores: ¿un problema sin solución? (EDWARDS, 2003); ¿Qué es lo que médicos y gestores pueden aprender unos de otros? (SMITH, 2004); ¿Cómo controlar a los profesionales de la salud? (POLLITT, 1992); ¿Pueden ser heridos los médicos? HILGEMAN (1998)

III. Análisis empírico de la utilización de la información contable en uno hospital empresarial portugués

1. El tipo de estudio

La investigación sobre los efectos de la introducción de nuevas prácticas de contabilidad de gestión en las instituciones de salud presenta, según CHUA (1994), dificultades de tres órdenes:

- Existen pocos estudios sobre la situación anterior, lo que dificulta la comparación del antes y después de la reestructuración de los sistemas de información contable.
- La reestructuración de los sistemas de información contable está integrada en una reforma más amplia de los sistemas de salud, donde actúan una multiplicidad de factores, lo que dificulta el aislamiento de los efectos de la introducción de nuevas prácticas de contabilidad de gestión de los restantes factores.
- En un contexto de déficit presupuestario y recesión económica, las ideas de eficiencia y racionalidad económica se vuelven tan poderosas que cualquier argumento contrario se enfrenta con enormes resistencias.

Desde el punto de vista técnico-científico, es más importante el esclarecimiento de lo que pasa en la realidad de esta nueva área, es decir, conseguir analizar el resultado de las prácticas de contabilidad que sucesivamente han sido implantadas. Para ello, el único recurso razonable pasa por el análisis crítico de los estudios publicados y por la observación directa del objeto de estudio. Se trata, por tanto, de investigar en el objeto de estudio las consecuencias efectivas (“el efecto”) que resultan exclusivamente de la aplicación *previa* de determinadas medidas (“variables independientes” o “determinantes”).

Así, el método de estudio de caso se presenta como una alternativa metodológica para la exploración de nuevos fenómenos y es aplicado y defendido por diversos autores como un instrumento que permite explorar nuevas relaciones teóricas y cuestionar las viejas teorías (AHRENS y DENT, 1998; BLANCO, 2002; KEATING, 1995).

Para la recogida de datos hemos utilizado la técnica de la entrevista con base a un cuestionario que plantea preguntas abiertas y preguntas cerradas, precedido de una entrevista semidirectiva con el Presidente del Consejo

de Administración, del análisis de diversos documentos contables internos y externos y de diversas reuniones con el Responsable de la contabilidad y con el Administrador Ejecutivo. El hospital elegido para el estudio de caso fue el Hospital de Son Gonçalo de Amarante (HSGA). Es uno Hospital que presenta un conjunto de factores que presionan a favor de una gestión especialmente crítica de los recursos, llevándonos a pensar que hay una mayor sensibilidad a los principios de racionalidad económica en la toma de decisiones, lo que asociamos a una mayor necesidad de información económico-financiera, es decir, presenta un contexto organizativo favorable a la promoción de su utilización.

2. Cuestiones de estudio

En cuanto al grado de conformidad del entrevistado con los principios orientadores de la reforma que afectan directamente al funcionamiento interno del hospital, planteamos las siguientes hipótesis:

HIPOTESIS 1: Existen de diferencias en el grado de aceptación de la misión de cariz empresarial del Hospital Público en función de si el sujeto utiliza la información económico-financiera o no la utiliza.

HIPOTESIS 2: Existen diferencias en el grado de aceptación de la evaluación externa del Hospital Público en función de si el sujeto utiliza la información económico-financiera o no la utiliza.

HIPOTESIS 3: Existen diferencias en el grado de aceptación de la publicación de los resultados obtenidos en la evaluación externa del hospital público en función de si el sujeto utiliza la información económico-financiera o no utiliza dicha información.

HIPOTESIS 4: Existen diferencias en el papel y responsabilidad de los profesionales de la salud en relación con la actividad económica de los hospitales en función de si el sujeto utiliza la información económico-financiera o no la utiliza.

HIPOTESIS 5: Existen diferencias en el grado de aceptación del principio de financiación en función de la producción dependiendo de si el sujeto utiliza la información económico-financiera o no la utiliza.

HIPOTESIS 6: Existen diferencias en el grado de aceptación de la atribución de la administración hospitalaria a los gestores profesionales en función de si el sujeto utiliza la información económico-financiera o no hace uso de la misma.

Con respecto a la apreciación del sujeto frente a los efectos económicos y financieros derivados del proceso de empresarialización en el propio HSGA, se trata de analizar si:

HIPOTESIS 7: Existen diferencias en la apreciación de los efectos económico-financieros derivados de la empresarialización en el HSGA en función de si el sujeto utiliza la información económico-financiera o no la utiliza.

En relación con la apreciación del sujeto frente a la calidad del sistema de información del HSGA se intentará comprobar si:

HIPOTESIS 8: Existen diferencias en la apreciación cualitativa del sistema de información en función de si el sujeto utiliza la información económico-financiera o no la utiliza.

En cuanto a la percepción del propio sujeto sobre su nivel de conocimiento sobre los conceptos e indicadores clínicos y económico-financieros utilizados en los documentos contables, analizamos la siguiente hipótesis:

HIPOTESIS 9: Existen diferencias en el grado de comprensión de los conceptos e indicadores clínicos en función de si el sujeto utiliza la información económico-financiera o no la utiliza.

HIPOTESIS 10: Existen diferencias en el grado de comprensión de los conceptos e indicadores económico-financieros en función de si el sujeto utiliza la información económico-financiera o no la utiliza.

En relación al perfil profesional de los sujetos, exploramos la siguiente cuestión:

HIPOTESIS 11: Existe una asociación entre el ejercicio del cargo de jefe y la utilización de la información económico-financiera.

Finalmente, nos propusimos identificar la finalidad con que se consulta la información económico-financiera y los motivos para no consultar los documentos contables.

3. Caracterización de la muestra

La muestra es constituida por cuarenta y dos (42) sujetos que desarrollan actualmente su actividad profesional en el Hospital de Son Gonçalo de Amarante (HSGA). En relación a las funciones desempeñadas en el HSGA, 16,7% son directores de servicio clínico, 47,6% son médicos, 28,6% ejercen la función de enfermero-jefe y 7,1% son miembros del consejo de administración del hospital.

4. Procedimiento

Los primeros datos sobre el HSGA de Amarante fueron recogidos entre Febrero y Marzo de 2004 a través de la consulta de los documentos de rendición de cuentas de los años 2002 y 2003, del contrato-programa de 2003 y del Plan de Negocios y la Memoria de los Hospitales S.A. de 2003. La recogida y análisis de estos datos estuvo acompañada de diversas reuniones informales con el responsable del área financiera y con uno de los Administradores Ejecutivos. Estas reuniones proporcionaron una visión global de la estructura organizativa del HSGA, de los procesos de cambio en curso y, particularmente, de la reestructuración del sistema de información a nivel económico y financiero. Con base en la información recogida se realizó un análisis exhaustivo de los diferentes documentos contables producidos internamente y de los respectivos destinatarios directos.

En Mayo de 2004 tuvo lugar la entrevista con el Presidente del Consejo de Administración. Esta entrevista era esencialmente exploratoria, por lo que apenas se trataron temas y cuestiones directivas. La entrevista fue grabada integralmente y posteriormente enviada por escrito. Para explorar eventuales hipótesis de estudio y contextualizar el análisis de los resultados, realizamos a un análisis cualitativo de su contenido.

Tras la definición de las cuestiones de estudio, se procedió a la construcción del instrumento, esta primera versión completa del cuestionario fue sometida a la apreciación del Presidente del Consejo de Administración del HSGA y del adjunto del Encargado de Misión y, simultáneamente, testamos el cuestionario en 6 sujetos – un gestor hospitalario y cinco médicos. De esta fase, resultaron algunos ajustamientos.

La realización de las entrevistas se inició entre septiembre y octubre de 2005 y culminó en febrero de 2006. Durante este período se realizaron aproximadamente doce visitas al hospital con una duración media de cuatro horas. Como principales inconvenientes encontrados a la obtención de información podemos señalar la escasa disponibilidad de tiempo por parte de los entrevistados, su preocupación por la confidencialidad de sus respuestas y la poca receptividad hacia este tipo de colaboración. Al final del proceso obtuvimos las siguientes tasas de respuestas que se reflejan en el gráfico: 88% director de servicio clínico; 51% médicos; 100% enfermero-jefe; 60% consejo de administración.

Para el tratamiento estadístico de los datos, recurrimos al programa SPSS for Windows 11,5.

De la pregunta 1 a la 10, una vez que las variables a analizar se apartan de la normalidad y atendiendo al tamaño de la muestra, recurrimos a test no paramétricos. De este modo, procuramos analizar las diferencias de resultados en las distintas variables (relativas a cada pregunta específica) en función de los grupos de usuarios y procedimos al cálculo del test de Mann-Whitney para muestras independientes.

Previamente intentamos constituir dos grupos: el grupo que utiliza la información económico-financiera y el grupo que no utiliza dicha información. La formación de los grupos fue hecha con base en la respuesta de los sujetos a la pregunta 14.1. Específicamente, el grupo de sujetos que no utiliza la información económico-financiera se definió con base en la no consulta, o consulta ocasional, de ningún documento contable. Por exclusión, el otro grupo (los sujetos que utilizan la información económico-financiera) fue establecido a partir de la consulta (desde regularmente a muy frecuentemente) de uno o más documentos contables. El grupo de sujetos que utiliza la información económico-financiera está constituido por 26 sujetos mientras que el otro está compuesto por 14 individuos.

Con respecto a la hipótesis 11, que analiza la asociación entre las variables “ejercicio de puestos de jefatura” (los que ejercen frente a los que no ejercen) y “uso de información económico-financiera” (los que la utilizan versus los que no la usan), se procede al cálculo del test Qui-cuadrado.

En lo que respecta a las cuestiones 12 y 13 hemos optado por usar medidas de análisis estadístico de tipo descriptivo: frecuencias y porcentajes respectivos.

Finalmente, para el tratamiento de las preguntas abiertas utilizamos el análisis de contenido temático para evidenciar las representaciones y juicios de los entrevistados a partir del examen de ciertos elementos que constituyen su discurso.

IV. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

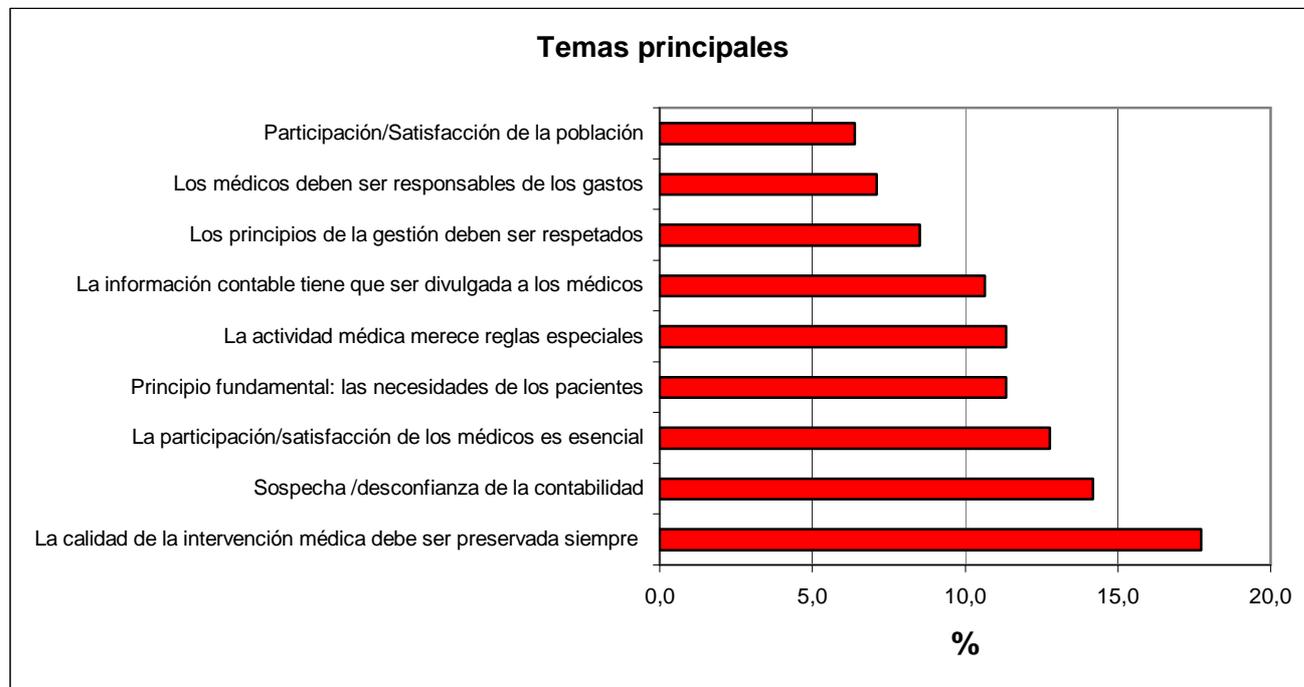
Teniendo como objetivo, por tanto, enriquecer la discusión sobre los factores que podrían estar en la base del conflicto más o menos explícito entre médicos y gestores, el estudio aquí presentado tiene dos desarrollos metodológicos complementarios, reflejados en el instrumento de evaluación que fue utilizado. Un de ellos se asienta en una entrevista de tipo cuantitativo y el otro corresponde, en lo esencial, a lo que se acostumbra a llamar en los estudios cualitativos “análisis de contenido”.

4.1. Análisis cualitativo

Existen perspectivas bastante diversas sobre este tipo de investigación científica, cuyas bases teóricas han sido propuestas hace casi cien años y que recurre esencialmente al llamado raciocinio inductivo (PHILIPP, 2000)¹. La verdad es que especialmente en los últimos años han surgido nuevas contribuciones que valoran este tipo de entrevista, sobre todo en las ciencias sociales, y aconsejan su utilización tanto como metodología exclusiva como complemento de reflexión introductoria a los estudios cuantitativos. Ahora bien, para una investigación que pretenda comprender la postura de los médicos hacia la contabilidad, la entrevista cualitativa es la indicada.

Como hemos señalado anteriormente, nuestro estudio se realiza en un hospital regional que puede ser clasificado, en términos de la población servida, como semirural. Esa unidad de salud es responsable de una población aproximada de ciento cincuenta mil usuarios, prestando asistencia en las especialidades médicas principales. Para ello, cuenta con un cuerpo clínico de aproximadamente cuarenta y dos médicos. La gestión obedece al modelo empresarial.

El análisis de los datos siguió la metodología habitual en este tipo de entrevista (DENZIN y LINCOLN, 1994), procediéndose al estudio de los respectivos textos computarizados, recurriendo a la codificación, localización, exploración y arreglo de frases y palabras significativas. Es decir, se procuró convertir los textos originales en unidades significativas, repitiendo diversas veces la lectura del texto original y utilizando un programa informático de apoyo, siempre que sea indicado. De ese trabajo resultaron un conjunto de temas que fueron organizados secundariamente en nueve motivos principales. En la siguiente figura se representan gráficamente los temas seleccionados aparecen gráficamente presentados de acuerdo con la respectiva frecuencia.



Desde nuestro punto de vista, este trabajo demuestra que el discurso médico retoma frecuentemente el conflicto subyacente en la medicina actual que resulta de la confrontación entre las elevadas expectativas,

¹ En artículo no fechado

antiguas y personales, de los clínicos (probablemente reforzadas por la vivencia de una experiencia formativa fuertemente competitiva y de gran exigencia personal a la que ya se referían Foster y Anderson, en 1978) y las prácticas de gestión que, en opinión de los médicos, amenazan transformar los actos clínicos en simples números, uniformizando procedimientos “por abajo” y transformando el “noble arte” en una tarea repetitiva y monótona. Por tal motivo, como si hubiese un recelo de adulteración de lo esencial de sus vidas, la defensa de la calidad de la intervención médica y de la obligatoriedad del reconocimiento de las especificidades del trabajo clínico aparece como una constante en todos los escenarios en que los médicos aceptan participar.

El rechazo / descalificación de la contabilidad, que en la gráfica aparece con una importancia sólo sobrepasada por las exigencias de preservación de la calidad de los actos médicos, no es, de hecho, una postura constante ni parece estar basada en principios sólidos. Surge cuando la contabilidad aparece asociada a un “tercero” que fácilmente es visto como un intruso poco informado sobre el contexto de las situaciones clínicas y que se inmiscuye en el binomio “médico – paciente” imponiendo limitaciones de tiempo o profundidad al estudio de los casos que necesitan de tratamiento. Del resto, la gráfica muestra como, de un modo generalizado, los médicos parecen estar claramente disponibles para estrategias de apropiación los conocimientos contables esenciales.

No están totalmente claros los motivos que llevan a los médicos a valorar tanto los puntos de vista de los usuarios. Ahora bien, es lícito suponer que tal posición puede resultar de las convicciones humanistas que muchos asocian a la clase médica.

Los temas identificados podrían ser entendidos como representantes, al menos en una parte significativa, de una especie de última línea defensiva, utilizada por los médicos con el objetivo de impedir alguno de los cambios propuestos por la gestión de los establecimientos de salud. Tales posicionamientos no son específicos de los médicos y podrían darse en cualquier profesión, siempre que surgen propuestas de cambio que pueden ser entendidas como una amenaza a los derechos básicos del profesional. Entre tanto, los datos demuestran que la necesidad de la contabilidad es muy reconocida.

En lo que respecta al análisis cualitativo, la conclusión más importante de nuestro estudio podría ser la de que los médicos aceptan, en lo esencial, los principios de la gestión contable desde que son llamados a participar como actores legítimos y son respetados sus deseos profundos de desarrollar una medicina que ellos mismos puedan considerar “de calidad”. Nuestro estudio no permitió profundizar en lo que significa esa “medicina de calidad”, lo que constituye una de sus limitaciones más obvias.

Otra conclusión resultante es nuestra convicción (basada en los datos obtenidos) de que el estrés en la relación entre los médicos y los gestores puede ser disminuido productivamente si se adopta por ambas parte un discurso libre de observaciones moralistas indebidas y preconceptos mutuos mal fundamentados. Lo esencial es profundizar en el conocimiento de las personas implicadas y establecer políticas y prácticas que integren lo máximo posible de sus legítimas aspiraciones.

4.2. Análisis cuantitativo

Nuestro estudio tenía como finalidad responder a las siguientes cuestiones:

1º) ¿Los profesionales que tienen poder de decisión sobre la utilización de los recursos dentro del hospital-empresa, en particular los médicos y los cargos de jefe (director clínico, enfermero director y administradores), utilizan la información económico-financiera disponible?

En el caso en estudio apenas el 65% de estos profesionales afirmaban consultar los documentos contables. Cuando se analizan los grupos de profesionales se constata que el 72% de los que ejercen cargos de jefe consultan los documentos, frente a una tasa del 50% de los médicos que no ejercen cargos de jefe. No obstante, el test del Qui-cuadrado, realizado con el objetivo de determinar la asociación entre el cargo de jefe y el uso de información contable, reveló la inexistencia de una asociación estadísticamente significativa entre las variables. En todo caso, los datos encontrados van en el mismo camino que los obtenidos en otros estudios internacionales, que revelan un bajo nivel de consulta de la información económico-financiera por los profesionales de la salud.

2º) ¿Cuáles son los factores que condicionan la utilización de la información económico-financiera?

El siguiente cuadro sintetiza los resultados obtenidos en las variables analizadas como potencialmente explicativas de la diferencia entre el grupo de usuarios de la información económico-financiera y el grupo de no usuarios de dicha información:

<i>Variables</i>	<i>Grupo</i>	<i>Z</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
Aceptación de la misión de cariz empresarial del Hospital Público	No usuarios	-,688	124,500	,518 (n.s.)
	Usuarios			
Aceptación de la evolución externa del Hospital Público	No usuarios	-,345	171,000	,769 (n.s)
	Usuarios			
Aceptación de la publicación de los resultados de la evaluación externa	No usuarios	-2,542	89,000	,016*
	Usuarios			
Reconocimiento del papel y responsabilidad de los profesionales de salud en la actividad económica de los Hospitales	No usuarios	-1,727	115,500	.112 (n.s)
	Usuarios			
Aceptación del financiamiento del hospital en función de la producción	No usuarios	-2,507	82,000	,018 *
	Usuarios			
Aceptación de la administración hospitalario por los gestores profesionales	No usuarios	-,957	127,500	,369 (n.s)
	Usuarios			
Apreciación de los efectos económico-financieros de la empresarialización en el HSGA	No usuarios	-1,798	112,000	,093 (n.s)
	Usuarios			
Apreciación cualitativa del sistema de información del HSGA	No usuarios	-,160	139,500	,882 (n.s.)
	Usuarios			
nivel de comprensión de los conceptos e indicadores clínicos	No usuarios	-1,095	117,500	,296 (n.s)
	Usuarios			
Nivel de comprensión de los conceptos e indicadores económico-financieros	No usuarios	-1,752	112,000	,093 (n.s.)
	Usuarios			

*p <0,05

Al intentar explorar los factores que condicionan la utilización de la información económico-financiera se constata que sólo para las variables *Aceptación de la publicación de los resultados de la evaluación externa* y *Aceptación del financiamiento del hospital en función de la producción*, el grupo de usuarios de la información contable presenta diferencias estadísticamente significativas frente al grupo de los no usuarios. Los primeros tienen mayores niveles de concordancia con los dos principios fundamentales subyacentes a la Nueva Gestión Pública, donde se enmarca la empresarialización de los Hospitales: la publicación de la evaluación externa y el

financiamiento en función de la producción. Estos resultados sugieren que tal vez sea necesario informar mejor a los profesionales de salud sobre los procesos de reforma en curso.

Para los restantes factores potencialmente explicativos, no se revelan diferencias significativas, en el caso de las variables *Apreciación de los efectos económico-financieros de la empresarialización en el HSGA* y *Nivel de comprensión de los conceptos e indicadores económico-financieros*, podemos hablar de la existencia de *tendencias*. En el primer caso, opinamos que el reconocimiento de los beneficios potenciales de la empresarialización del HSGA puede estar en el origen de una tendencia de mayor apertura a una nueva cultura empresarial. En el segundo caso, nos extrañamos de los resultados obtenidos, pues se esperaba una clara diferencia entre los dos grupos, dado su nivel de conocimiento de los indicadores económico-financieros presentados en el cuestionario. Por eso, nos arriesgamos a avanzar con una explicación para aquello que consideramos un distorsión de la realidad: juzgamos que los sujetos que consultan los documentos tienen criterios de evaluación de su nivel de conocimiento de los indicadores económico-financieros más exigentes que aquellos que no los consultan. Los que consultan los documentos se enfrentan frecuentemente con sus “*limitaciones*” a nivel del dominio de los conceptos, teniendo por eso una base de evaluación más concreta y sólida que aquellos que no los consultan. Esta cuestión merece, por tanto, un estudio más profundo con otro tipo de instrumento.

En relación a los indicadores clínicos, es de destacar un bajo nivel de conocimiento del significado del “Índice de Casemix” que siendo uno de los factores ponderados en el esquema de financiamiento del Hospital, revela el alejamiento de los profesionales frente a una cuestión absolutamente central en el rendimiento desempeño económico-financiero de la institución. Esta constatación es reforzada por los resultados obtenidos con respecto al Índice Global de eficiencia Hospitalaria.

3º) ¿Con que finalidad se utiliza la información económico-financiera?

En cuanto a la finalidad de la consulta, la mas referenciada, especialmente en lo que concierne a los documentos Informe de Actividades de los Hospitales S.A. y el Presupuesto de Servicio, fue la de apoyar una decisión en el ámbito de las funciones de los sujetos. En cuanto a la *Tableau de Bord*, documento en relación al cual se esperaba una elevada tasa de consulta con la finalidad de apoyar la toma de decisiones, el motivo más indicado fue la evaluación del desempeño de la Administración del Hospital. No obstante a lo esperado, los datos obtenidos están en perfecta sintonía con los objetivos subyacentes al *Tableau de Bord*, ya que se trata del principal documento de base en el proceso de *benchmarking* entre los Hospitales, S.A.

4º) ¿En caso de no utiliza la información económico-financiera cuál el motivo?

Con respecto a las causas de la no consulta, nuestro estudio reveló que el principal motivo apuntado es el hecho de que los documentos no están disponibles. Estos resultados, ahora perceptibles debido a la confidencialidad de los datos, contrastan con el discurso del Presidente del Consejo de Administración, que revelaba seguir una filosofía de comunicación y compartir la información. Además, este motivo es a veces indicado en relación a documentos de acceso público, lo que revela el desconocimiento de los sujetos en relación a la publicidad de la información. En todo caso, la cuestión de la disponibilidad se mantiene ya que se espera que la información se distribuya espontáneamente a quien la necesite y no que los sujetos la busquen deliberadamente.

El análisis de la correlación entre las variables independientes revela que una parte importante de las variables introducidas en nuestro estudio presenta coeficientes de correlación excelentes/aceptables. Con todo, en un futuro perfeccionamiento del instrumento utilizado deberían ser revisadas algunas de las variables o por la menos estudiadas reformulando alternativas a las cuestiones. Por ejemplo, entre las variables de aceptación del financiamiento en función de la producción y el reconocimiento del papel y responsabilidad de los profesionales de la salud en el rendimiento económico-financiero del hospital existe una elevada correlación, con un valor de $P=0,0002$, por lo que se plantea la cuestión de la pertinencia de colocar las dos cuestiones simultáneamente en una futura profundización de nuestro trabajo.

A los datos de que disponíamos se aplicó una regresión logística en un intento de evaluar las “odds ratio” de las distintas variables presentadas y establecer un modelo explicativo de la variación. El análisis mostró que el porcentaje de desviación en la variable dependiente explicado por el modelo es de apenas el 12,6862% (R-Cuadrado).