



## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

### **Determinación de Modelos de Costes de Centros Sanitarios Públicos**

Cost Models Determination of the Health Public Centers

**Autor:**

**Tutor/es:**

**Grado en Administración y Dirección de Empresas**

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

Curso Académico: 2012 / 2013

Sevilla, Mayo de 2013

# CONTENIDO

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1	SITUACIÓN ACTUAL DE LA ECONOMÍA ESPAÑOLA A NIVEL GENERAL .....	1
1.2	SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA SANITARIO .....	5
1.3	¿PARA QUÉ REALIZAR UN ANÁLISIS DE LOS COSTES EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL?.....	7
<b>2</b>	<b>TIPOS DE MODELOS DE COSTES.....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DEL CÁLCULO DE COSTES EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS ESPAÑOLES.</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DEL CÁLCULO DE COSTES POR PACIENTE. PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS Y METODOLOGÍA ABC.....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>NUEVO MODELO DE COSTES .....</b>	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>APORTACIONES Y OPINIONES DE PROFESIONALES CLÍNICOS .....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>26</b>
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>29</b>

## RESUMEN

El título del trabajo es El Sistema Sanitario Español y los Modelos de Costes.

Con este trabajo se ha realizado un estudio sobre la situación actual de España y del Sistema Sanitario. Además, se ha estudiado el concepto de Coste y los distintos modelos de costes existentes, así como los que emplean los centros sanitarios según sus exigencias, prioridades y características.

De esta manera, se ha podido evaluar la importancia de implantar modelos de costes en los centros sanitarios, y entender el concepto de ahorro, ingreso y gasto.

Además, se ha visto la relevancia del trabajo en equipo, donde la circulación de la información y la transparencia de los datos es uno de los factores más importantes.

Debido al estudio de los modelos de costes y de la situación de los centros sanitarios, en el trabajo se responden preguntas como ¿Por qué usar modelos de costes?¿Cómo usarlos?¿Mejora la eficiencia?

Como sugerencia, se plantea un nuevo modelo de costes más completo que puedan implantar el resto de centros sanitarios que no hacen uso de los mismos.

## SUMMARY

The paper's title is The Spanish Health System and the cost models.

With this paper it has been done a study about the actual spanish situation and about the health system. In addition, i have studied the idea of Cost and the different cost models, as the health centers use according to their request, priorities and qualities.

In that way, it has been done possible the assesst of the importance of institute cost models in the health centers, and is possible to understand the idea of saving, deposit and expense.

In addition, it has been seen the team work relevance, where the information's circulation and datums' transparency is one of the more important factors.

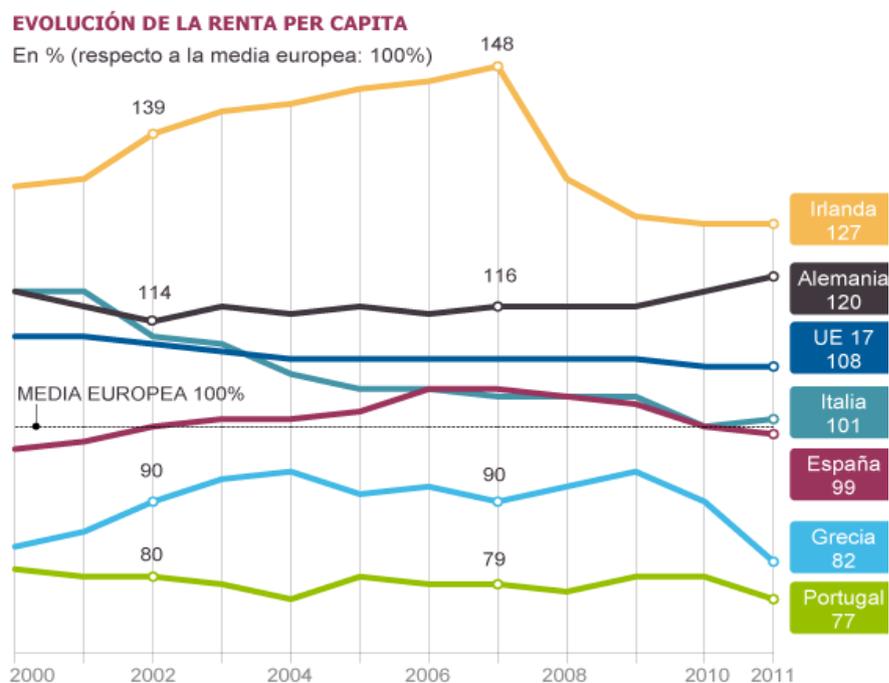
Because the cost models' study and the health centers' situation, in this paper there are answered questions like ¿why using prototypes of costs?¿how to use them?¿improves it the efficiency?

As a suggestion, it is set out a new cost model more complete who other health centers could institute.

# 1 Introducción

## 1.1 Situación actual de la Economía Española a nivel general

En los años anteriores al 2008, España experimenta un crecimiento económico, situándose por encima de la renta per. cápita media de la UE<sup>1</sup>.



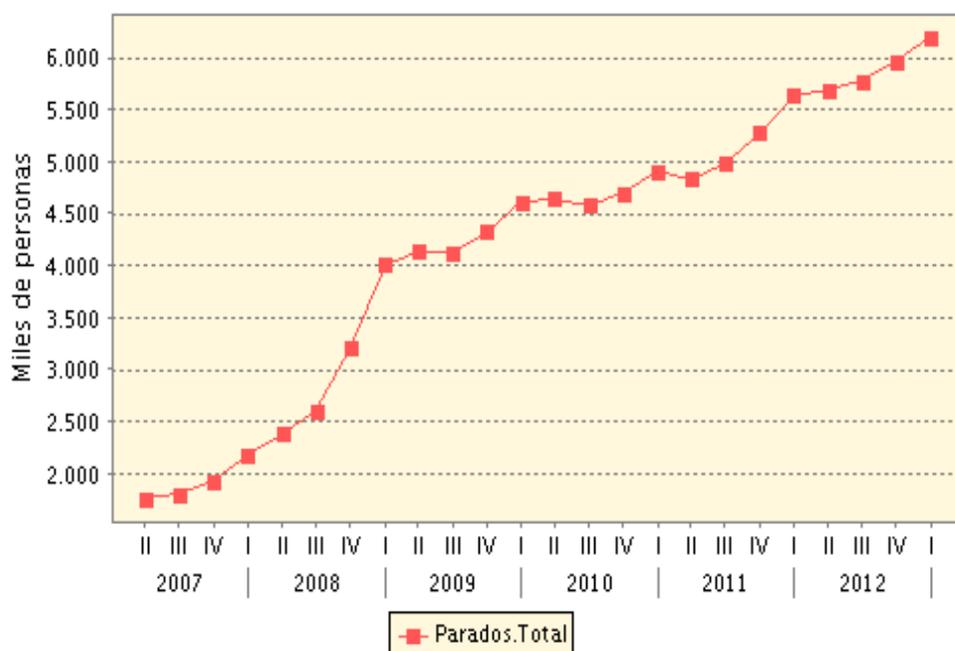
La situación de crisis económico-financiera en la que se encuentra España sumergida, surge en el año 2008 debido a factores mundiales que inciden en que afloren las causas de la crisis nacional, como es el caso del ajuste necesario que tuvo que realizar la industria de la construcción por el pinchazo de la burbuja inmobiliaria.

A partir de ahí, los créditos a las pequeñas empresas y familias por parte de los bancos, comienzan a disminuir, se llevan a cabo algunas políticas por parte del gobierno central, existe un elevado déficit público de las administraciones autonómicas y municipales, se deteriora la

<sup>1</sup> Datos recogidos en una noticia de El Economista, y que proceden de la Oficina Estadística de la Comisión Europea. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

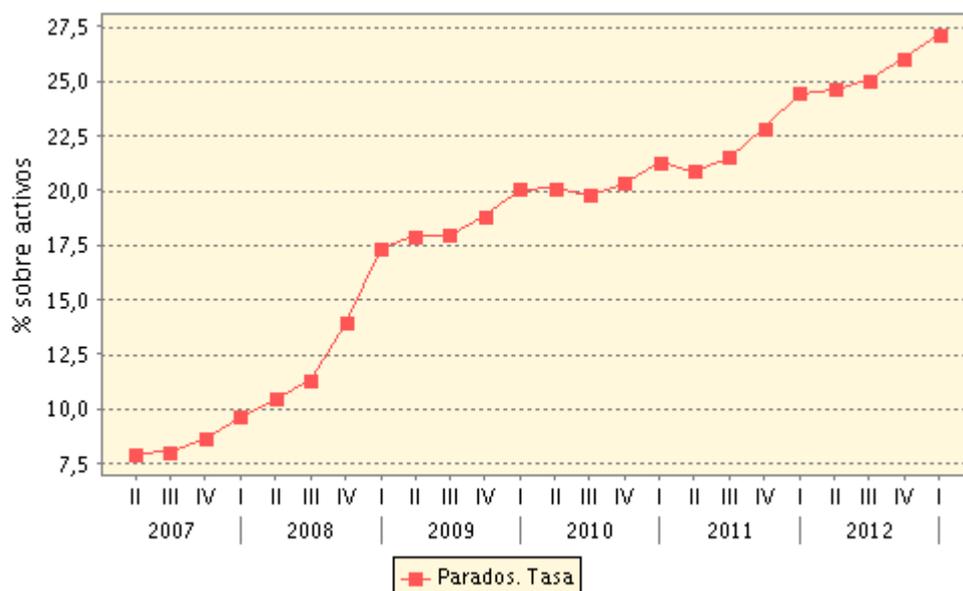
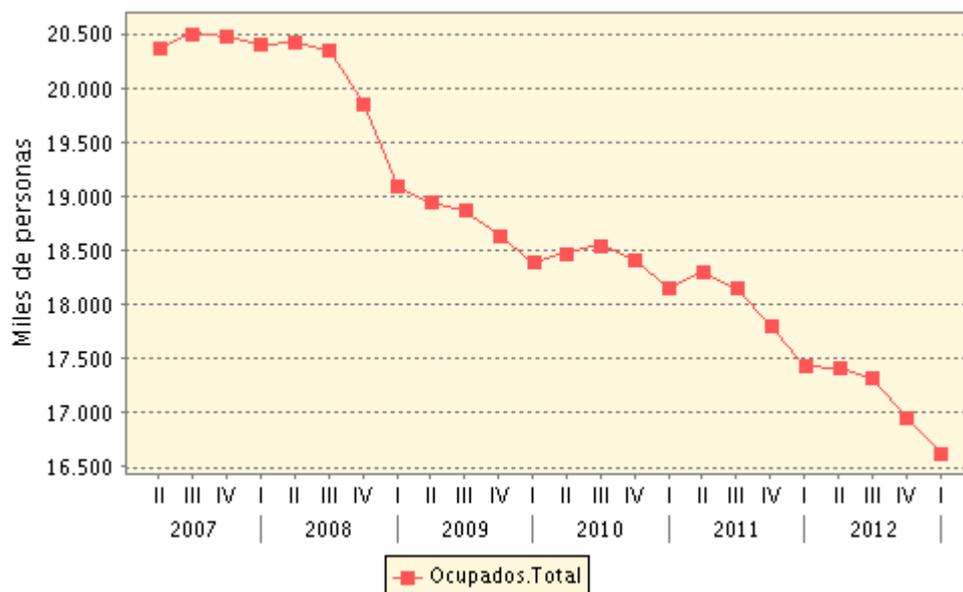
productividad y la competitividad, existe corrupción política y España es muy dependiente del petróleo. Todo ello ha contribuido al agravamiento de la crisis.

Se comienzan a tomar medidas para solventar la situación, pero el PIB sigue bajando y los resultados cada vez más, son negativos. Tiene lugar una caída de la actividad económica, aumenta considerablemente el desempleo, dado que en el año 2007 se registraba un índice de paro del 8.6% del total de la población activa, mientras que a finales del año 2012 el valor ascendía hasta un 26.02%, finalmente, el resultado del primer trimestre del año 2013 alcanza el valor máximo de los últimos tiempos, siendo del 27.16%<sup>2</sup> del total de la población activa<sup>3</sup>, 22.837.400 personas. También aumenta el gasto público a la vez que disminuyen los ingresos fiscales y aumenta la deuda pública, comenzando la necesidad de financiación.



<sup>2</sup> Datos procedentes de la Encuesta de Población Activa. [http://www.ine.es/prensa/epa\\_prensa.htm](http://www.ine.es/prensa/epa_prensa.htm).

<sup>3</sup> Personas de 16 o más años que durante la semana anterior a la que se realiza la entrevista, suministran o están en disposición para incorporarse a la producción de bienes y servicios. Se diferencian en población activa ocupada y población activa parada. [http://www.ine.es/prensa/epa\\_prensa.htm](http://www.ine.es/prensa/epa_prensa.htm)



Las consecuencias de la crisis se han extendido hasta la actualidad en el plano tanto económico, como político y social, ya que el aumento del desempleo en España ha provocado movimientos sociales encaminados a cambiar el modelo económico y productivo.

Dada la situación del país, se comienzan a llevar a cabo una serie de reformas para reducir el gasto público, aumentar la transparencia del Gobierno y de las Administraciones autonómicas y municipales, medidas para la sostenibilidad que impliquen un mayor ahorro, apoyo a las pequeñas y medianas empresas, así como la flexibilidad y competitividad de la economía para fomentar la creación de empleo.

Entre las medidas para hacer frente a la crisis se encuentran las siguientes:

1. Reforma laboral: se sientan las bases para un nuevo modelo de relaciones laborales, entre las que se encuentran favorecer el empleo de los trabajadores haciendo cambios en el sistema de formación, también fomentar la contratación y el empleo indefinido para promover el empleo, así como favorecer la flexibilidad de las empresas como alternativa a la destrucción de empleo dándole prioridad a los convenios de empresa.
2. También se encuentran la reforma del sector público, con el objetivo de reducir sus costes y de esta manera reducir el déficit público. Es preciso mencionar la regulación en el régimen retributivo de los directivos del sector público empresarial con reducción de las retribuciones, así como medidas para mejorar la eficiencia del empleo en el sector público.
3. Por otro lado se han llevado a cabo reformas para impulsar la actividad económica, aprobando medidas para la liberalización del comercio y de ciertos servicios, y planes de pago a los proveedores, así como medidas para fomentar el crecimiento de las exportaciones y el comercio exterior.
4. También se han realizado reformas en el sector transporte y en la justicia, tomándose medidas legislativas para agilizar el sistema judicial.

A pesar de la situación por la que está pasando el país, existen argumentos actuales por los que mantener una posición optimista.

A continuación, se puede ver un gráfico<sup>4</sup> que representa la evolución del déficit<sup>5</sup> o superávit público en España desde el año 1985, teniendo en cuenta las cifras de los ingresos y los gastos.

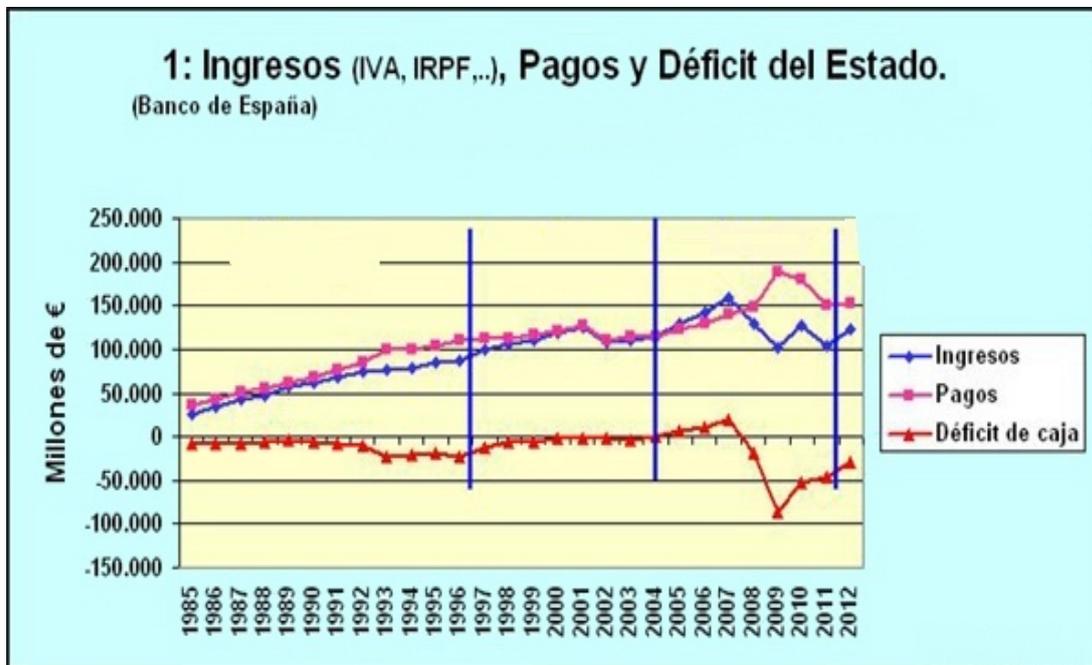
En dicho gráfico se aprecia una situación desfavorable en los últimos años, con un aumento considerable del déficit público, resultado de estos datos, en el último año se han tomado las

---

<sup>4</sup> Las fuentes del gráfico han sido el Banco de España, Tesoro Público, INE, EUROSTAT y Banco Central Europeo (actualizado el 22/4/2013).

<sup>5</sup> Implica una situación en la que la cifra de los gastos supera a la de los ingresos. Al denominarse público, hace referencia al originado por las Administraciones Públicas de un país, como son los Ayuntamientos, Comunidades Autónomas y el Estado.

medidas o recortes ya mencionadas anteriormente, así como reformas necesarias para sanear las cuentas y reducir el déficit. Entre dichas reformas se puede mencionar el aumento de los impuestos o la disminución de las retribuciones a los trabajadores públicos.



Parece ser que la situación actual se mantendrá aún durante un tiempo, a pesar de que las previsiones para finales del año 2013 y principios del 2014, son optimistas.

## 1.2 Situación actual del sistema sanitario

Como se ha mencionado anteriormente, la situación de crisis actual por la que lleva pasando España desde el año 2008, engloba a todos los sectores productivos de la sociedad.

En este caso, el tema tratado es el Sistema Sanitario, cuya trascendencia es bastante alta tanto en el ámbito social, porque aporta salud y beneficios a los ciudadanos, como en el ámbito económico, ya que absorbe bastantes recursos.

Actualmente, la deuda pública del Sistema Sanitario español alcanza los 16.000 millones de euros, lo que implica un Sistema de Salud bastante débil en la actualidad.

Por ello, en los últimos meses se han dado una serie de medidas, reformas y recortes en el sistema con la finalidad de reducir dicha deuda y hacerlo más eficiente.

Son dos los puntos básicos que se van a tratar, por un lado la reforma que está llevando a cabo el Gobierno con el objetivo de mantener e incrementar la calidad del servicio sanitario, así como disponer de sostenibilidad, sin que ello implique que los ciudadanos no gocen del derecho a un sistema universal, gratuito y con protección y asistencia de salud pública. Y por otro lado, se tratarán también los sucesivos desacuerdos por parte de la mayoría del personal clínico debido a los rumores de privatización de determinados centros sanitarios.

Este estudio dará lugar al análisis de los modelos de costes implantados en los centros sanitarios españoles, por qué se utilizan, para qué y cuáles son los distintos tipos existentes, así como las principales razones por las que algunos centros clínicos no se valen de dicha herramienta para aumentar su efectividad y eficiencia.

La Reforma<sup>6</sup> que está llevando a cabo actualmente el Gobierno, tiene varios objetivos, entre los que se encuentran:

- Universalizar la atención sanitaria, de manera que todos los ciudadanos tengan derecho a la protección y cuidado de su salud.
- Conseguir igualdad entre todos los ciudadanos, al menos en este sector, ya que todos tendrán derecho de manera equitativa, a las mismas prestaciones y a la misma cartera de servicios.
- Igualdad, calidad y gratuidad del servicio en todas las Comunidades Autónomas.
- Sistema sostenible y con un aumento en la eficiencia de la gestión.
- Mejora la atención sanitaria de todos los pacientes y promueve métodos de formación a todo el personal clínico.
- Además, se adapta a la línea de mejora de los Derechos establecidos por la Unión Europea.

---

<sup>6</sup> La fuente de la información ha sido obtenida de la página Web del Ministerio de Sanidad.  
<http://www.msc.es/gabinetePrensa/reformaSanidad>

Otro de los aspectos que se encuentra a la orden del día referente al Sistema Sanitario, es la privatización de algunos centros públicos.

**Pero, ¿Qué es la Privatización y en qué consiste? ¿Supone esto que la Salud es un negocio?**

Analizar todo lo que supone la Privatización es positivo ya que, posteriormente, habrá que defender o no el concepto, uso y aplicación de los modelos de costes, por lo que será de gran utilidad entender lo que está pasando en la actualidad.

Como se ha mostrado anteriormente, el Sistema Sanitario Español se encuentra en déficit, pero hay que partir de la base de que la gran mayoría de la población ha puesto de manifiesto su descontento con respecto a la lentitud de los servicios, así como la existencia de largas listas de espera. Consecuencia de esta ineficacia, se aumentaron las plantillas, por lo que aumentó el coste considerablemente. El resultado final es un sistema deficitario.

Una de las soluciones propuestas ha sido la cesión de la propiedad y la gestión a sectores privados, pero el descontento de los clínicos se ha puesto de manifiesto rápidamente.

Con esto se pretende reducir el déficit, a pesar de que se obtengan beneficios con el Sistema Sanitario, pero ¿en qué sector no existe negocio por muy público que sea?

Este tema será cerrado al final del análisis de los modelos costes, aportando opiniones e información por parte de algunos clínicos.

### **1.3 ¿Para qué realizar un análisis de los costes en el sistema sanitario español?**

Se ha realizado un estudio acerca de la opinión y experiencia de profesionales clínicos, tales como enfermeros, celadores y médicos, y dicho estudio se podrá apreciar al final del análisis de los modelos de costes utilizados por el sistema sanitario español.

Sin embargo, dichas opiniones e informaciones, no son definitivas para justificar, aunque sí para entender, por qué es necesario implantar modelos de costes como herramientas cuyos objetivos sean llevar a cabo actividades eficaces.

¿Por qué utilizar modelos de costes? ¿Por qué analizar los costes de un centro sanitario? ¿Se utilizan los recursos eficientemente? ¿Existe un exceso de gasto o un mal uso del material clínico? ¿Y de la mano de obra?

Para comenzar a responder a esas preguntas, se ha contado con la colaboración de varios especialistas relacionados con la medicina.

Casi todos han coincidido y han mantenido la misma postura, sí existe un exceso de gasto en materiales clínicos, pero por dos motivos destacados.

El primer motivo es que desde hace años, se justifica la colaboración con la industria farmacéutica haciendo uso en exceso de los materiales, por ejemplo, hacer que un determinado proveedor farmacéutico facture cierta cantidad al mes, conlleva beneficios para los médicos tales como regalos. Sin embargo, ese hecho con la crisis actual, se ha ido disminuyendo hasta casi desaparecer. Ejemplos de gastos sin necesidad mencionados por los voluntarios que se han prestado a colaborar, son el hecho de poner más grapas de la cuenta, tubos para intubar, gasas, guantes, y un largo etcétera.

El segundo motivo al que han hecho referencia está muy relacionado con la situación de déficit en sus cuentas por la que está pasando el sistema sanitario.

Para disminuir gastos, el material recibido es de peor calidad pero a un coste mucho más bajo. Se trata del uso de medicamentos y materiales genéricos, entendiéndose éstos como aquellos que tiene la misma fórmula que el de la empresa que lo comercializa, pero no está sujeto a su patente comercial.

Comprar éstos medicamentos, según los profesionales, supone un ahorro en el momento de la compra, pues son bastantes más económicos. Sin embargo, el efecto es más reducido, por lo que se ven en la obligación de usar más cantidad, con la consecuencia de que aumenta el gasto. Un ejemplo de este caso es el uso de un sedante genérico para un adulto, cuyo efecto es menor y se precisan de más dosis para conseguir el objetivo perseguido, lo que implica un mayor gasto.

Por otro lado, han podido aportar información acerca de la gestión eficiente o ineficiente por parte de la dirección. Añaden que sus empresas se ciñen a los marcados por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (es el caso de un ATS de ambulancias), ratificado por la Consejería de Salud. Su dirección obedece a las directrices que provienen de la Consejería, sin embargo, dichas directrices no suelen tener en cuenta el abuso de los recursos por parte de ciudadanos que

realmente y objetivando los problemas de salud, no sería necesario el envío de UVI móvil o ambulancia. De igual manera, hace referencia a la saturación de las puertas de urgencias de los hospitales, o a la atención recibida por médicos residentes que se encuentran en período de formación, y que solicitan infinidad de pruebas diagnósticas innecesarias para tener certeza del problema y pruebas en caso de denuncias.

¿Qué solución creen más conveniente los clínicos? Que existan buenos gestores que lleven a cabo una dirección eficiente, pero manteniéndose la calidad de los productos, ya que de lo contrario, el gasto seguirá aumentando.

Con esta información, aunque se detalle más explícitamente en las conclusiones finales, se puede decir que implantar modelos de costes tendrá resultados positivos para disminuir la probabilidad de ocurrencia de sucesos como el gasto excesivo de recursos.

## 2 Tipos de modelos de costes

Principalmente hay que partir de la distinción entre dos conceptos fundamentales como son gasto y coste.

El gasto es aquel que se origina con la adquisición de un bien, servicio o derecho, mientras que el coste es algo necesario para que la empresa obtenga beneficios, es decir, un recurso sacrificado o al que se renuncia para conseguir un objetivo específico.

El coste es siempre el de una actividad productiva, o de un producto o de un servicio que es consecuencia de la actividad productiva llevada a cabo por la empresa.

Disponer de sistemas o modelos de coste supone elaborar y procesar información adecuadamente, de manera que permita:

- Valorar las existencias para poder determinar el resultado contable.

- Otorgar información que sirva de soporte para adoptar decisiones.

- Proporcionar información para valorar la actuación de las unidades organizacionales y planificar las actividades futuras de la empresa.

### **Pero, ¿Qué es un modelo de coste<sup>7</sup>?**

Se trata de un conjunto de reglas y procedimientos para la acumulación contable, de manera que se obtenga información relevante para facilitar la toma de decisiones por parte de la dirección de la organización y para valorar la producción.

La importancia de los modelos de costes y su utilización como herramienta para gerentes, ha ido en aumento debido a la complejidad existente en multitud de procesos de producción.

La asignación de los costes supone la manera de obtener la información relevante para la toma de decisiones.

Existen varios modelos de costes según determinados factores a tener en cuenta:

---

<sup>7</sup> Contabilidad de Costes y Estrategia de Gestión. Carlos Mallo, Robert S.Kaplan.

- En función de la organización de la empresa

- Sistema de costes inorgánicos: Se trata de un modelo de costes en el que no se tiene en cuenta la estructura organizativa de la empresa, es decir, no se diferencia entre las fases de fabricación ni entre departamentos. Por lo que la asignación de costes va directamente al resultado final de producto.

En el caso de los centros sanitarios, se aplicaría un sistema de costes inorgánicos sin tener en cuenta cada parte del hospital que interviene en cuidar y tratar a un paciente como es el caso de traslado en ambulancia, gastos de enfermería, gastos de fármacos, entre otros. Es decir, se analizaría el resultado final obtenido por el clínico.

- Sistema de costes orgánicos: Se trata del modelo en el que se tiene en cuenta la estructura de la organización llegado el momento de imputar los costes, por lo que se establecen lugares en los que son localizados los costes antes de asignarlos al objetivo de costes.

Este sistema ofrece más información que el sistema inorgánico.

Como se podrá ver más adelante, este sistema de costes es el que se suele utilizar en los hospitales españoles, ya que se tienen en cuenta los distintos departamentos que conforman un hospital y que intervienen a lo largo de la enfermedad de un paciente. Entendiéndose como departamentos o actividades aquellas como traslados, gestiones de ingresos de pacientes, servicios de enfermería, gastos de medicamentos, etc.

- En función del tiempo en el que se lleve a cabo el cálculo

- Sistemas de costes reales o históricos: La determinación del coste se realiza cuando ya ha transcurrido el período de cálculo y se dispone de datos reales sobre el período analizado.

Este sistema trasladado al caso que se está estudiando, sería implantado cuando el paciente ha abandonado el hospital, ya que será cuando se disponga de toda la información necesaria y referente al período de tratamiento o ingreso del enfermo y

se conocen todos los gastos que ha requerido. Si el cliente aún estuviera en el hospital o en tratamiento, sólo se podrían conocer los gastos hasta el momento actual.

- Sistemas de coste estándar o predeterminado: Es un modelo de costes en el que el cálculo de los mismos se realiza para prevenirlos, es decir, sirve de base para comparar con otros contrastes y así tomar medidas correctoras.

- En función del tipo de proceso productivo

- Sistema de acumulación de costes por órdenes de trabajo: Se asignan y se acumulan los costes para cada trabajo (lote, unidad de producción, un contrato o un pedido). Este sistema es muy útil para los hospitales, fabricación de aviones, ingenierías, consultoras, entre otras.

Se realiza cuando las operaciones se hacen de acuerdo a las especificaciones del cliente, dado que cada trabajo es hecho a medida, y los factores de producción (mano de obra, gastos de fabricación y materiales) se acumulan.

- Sistema de acumulación de costes por proceso: Se acumulan los costes durante un periodo de tiempo y se distribuyen entre todos los productos fabricados en ese periodo. Se usa cuando la producción ocurre de forma continua y cuando se producen en serie productos estandarizados para existencias en el almacén.

- Sistema de costes ABC: Este método se basa en la idea de asociar los costes incorporables e indirectos a las actividades que añaden valor al producto. El coste final se formará con los costes directos y con los indirectos asociados a las actividades que añaden valor al producto. De esta manera nos permite gestionar mejor los costes a través de las actividades.

Ofrece mayor exactitud en el cálculo del coste de los productos, pero por otro lado requiere mayor información y es más costoso.

Proporciona información acerca del coste y desempeño de actividades y recursos.

### **3 Análisis cualitativo y cuantitativo del cálculo de costes en los hospitales públicos españoles.**

El problema en cuanto a la gestión del sistema sanitario español, viene dado por la crisis del Estado de Bienestar, esto implica que existe un aumento del gasto tanto en los hospitales como centros sanitarios públicos, y que determinados gerentes no son capaces de adaptarse a las necesidades ni de llevar una buena gestión de los mismos.

En España, el gasto del sector sanitario representa el 9,5% del PIB, según el Ministerio de Sanidad, por lo que es necesario llevar a cabo y usar modelos de costes para mejorar las prestaciones, la eficacia y la eficiencia de los recursos.

Para comenzar, es preciso señalar que cada vez más se tiende a la separación entre gestión y propiedad, sin embargo, es necesario que la segunda lleve a cabo un control de la primera. En los últimos meses, este ha sido el foco de debate del sector sanitario español, dado que muchos centros se han visto afectados, para opinión de muchos, por la privatización de la gestión, que no es lo mismo que la privatización del centro.

A lo largo de todo el trabajo, podrá aclararse dicho concepto, aunque para comenzar, hay que tratar los distintos modelos de costes utilizados por los hospitales públicos españoles, y posteriormente se tratará el problema que se viene dando en los centros con respecto a una buena y eficiente gestión.

Hay que partir del concepto de Hospital, entendiendo que éste es una organización cuyo objetivo principal es conseguir la salud de los “clientes”, que son los pacientes.

La actividad hospitalaria consiste en diagnosticar y tratar a las personas enfermas para sanarlas o mejorar sus dolencias, consiguiendo restablecer su salud.

Partiendo del concepto de hospital y del objetivo que se persigue en dicha empresa, es necesario conocer las distintas actividades que engloban la atención sanitaria, para luego poder conocer los distintos modelos de costes y comprender por qué algunos se utilizan más que otros según los centros sanitarios.

Las principales actividades que engloban un hospital o ambulatorio se pueden distinguir en dos áreas básicas, las principales y las de apoyo. Entre las principales se encuentran aquellas que engloban todo el proceso clínico de admisión y diagnóstico del paciente, la revisión, la estancia, etc.

Mientras que entre las de apoyo se consideran todos los procesos administrativos y hoteleros, como es el caso de limpieza, mantenimiento, servicio de habitaciones, planificación, personal, etc.

Debido a la variedad de actividades que se llevan a cabo en un hospital, para elaborar un modelo de gestión hay que identificar al sujeto, el producto de la actividad clínica y el coste que implica. Por lo tanto, un modelo de costes completo para un sistema sanitario deberá informar sobre:

- Los costes de cada centro de actividad.
- Coste unitario de cada actividad asistencial.
- Coste por proceso
- Coste de los pacientes por grupo homogéneo.
- Evaluar la gestión global
- Ayudar a establecer presupuestos.

Antes de conocer los distintos modelos de costes utilizados por los centros sanitarios españoles, se van a tener en cuenta los aspectos que dificultan la gestión de los hospitales.

Uno de estos aspectos es la existencia de multitud de variantes dentro de una misma enfermedad, según los pacientes, es decir, que personas con la misma sintomatología o enfermedad, pueden consumir distinta cantidad de recursos y necesitan distintos tratamientos, ya que todo depende de la edad, el avance de la enfermedad o la gravedad, entre otros casos.

Por otro lado, un aspecto que dificulta la gestión hospitalaria es la relación entre el médico y el paciente, siendo el clínico el que decide sobre los recursos que se van a utilizar según el paciente.

Se va a proceder con el análisis de los seis modelos de costes más utilizados por el sistema sanitario español. Cada sistema engloba una serie de ventajas e inconvenientes, por lo que se podrá apreciar que no todos se adaptan a las necesidades de un determinado centro, por ello cada hospital elige el que mejor cumpla con sus objetivos.

Los sistemas de costes en los hospitales españoles son:

- Sistema de Control de Gestión del Servicio Andaluz de Salud (COANh)
- Modelo de Contabilidad Analítica del Instituto Catalán de la Salud (SCS)
- Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria (SIE)
- Gestión Analítica del Ministerio de Sanidad y Consumo (SIGNO)
- Modelo de Gestión Clínico-Financiera (GECLIF)
- Modelo de Gestión Económico-Financiera (ALDABIDE)

Todos estos modelos tienen algunas características en común pero también tienen algunas carencias o discrepancias entre ellos.

Todos coinciden en su sencillez, es decir, que la información que aporten sea accesible y comprensible para todos los integrantes de un centro sanitario, ya sean gerentes, directivos hospitalarios o todo el personal.

Pero por otro lado, no todos coinciden en un lenguaje común, en ser flexibles o estar completos.

Sin embargo, cada centro lleva a cabo un modelo de costes con uno de estos sistemas porque se adaptará mejor a sus necesidades, al volumen de pacientes y trabajadores, y a las circunstancias de su hospital.

Los objetivos de usar un modelo de coste son poner en manos de cualquier sistema sanitario, una herramienta que le sirva para utilizar la información que circula en el centro sobre los gastos, y poder llevar a cabo una gestión eficiente y eficaz, es decir, realizar dicha gestión de manera similar a la existente en cualquier empresa privada, por lo que todos los modelos anteriormente mencionados, tienen dicho objetivo común.

El método de asignación de costes de los sistemas que se van a analizar, comienza por un reparto primario que consiste en los costes por naturaleza.

Al tener en cuenta la naturaleza, se miden los costes en función de la procedencia, es decir, del departamento en el que se origina, como por ejemplo puede ser la Farmacia o el Mantenimiento.

No todos los modelos están desagregados en los mismos costes por naturaleza, por lo que algunos están más completos, aunque todos tienen recogido el coste de personal, ya que se trata

de la partida más importante. Sin embargo, otros consideran los servicios exteriores o las reparaciones más importantes, todo depende del centro sanitario que sea.

Una vez se dispone de los costes por naturaleza, el siguiente paso es dividir los hospitales en centros, es decir, separar el hospital en las distintas unidades de producción que lo forman (actividades homogéneas), con sus respectivos productos cuantificables. Y finalmente, se clasificarán las divisiones del hospital en los centros correspondientes, que pueden ser, según el modelo, centros de coste, beneficio, estructurales, intermedios o finales.

Finalmente, se imputarán los costes a cada centro.

## **4 Análisis cualitativo y cuantitativo del cálculo de costes por paciente. Procesos Asistenciales Integrados y metodología ABC.**

Para entender el proceso de medición de costes que se lleva a cabo por paciente, es necesario disponer de toda la información que se pueda sobre las distintas actividades que se realizan en el centro sanitario, es decir, cuándo se realizan, a quién y por qué se realizan, qué coste supone y cuál es el resultado de implantarla.

Para calcular los costes por paciente se utilizan básicamente dos métodos:

- Gestión por Procesos Asistenciales Integrados, entendiéndose estos como la herramienta que incide en la mejora de la calidad en el momento de atención al paciente. Se trata de una forma rápida, ágil y eficaz en la que los profesionales se centran en un paciente desde el principio de su problema hasta el final con su determinada resolución, por lo tanto aumenta la calidad recibida por el paciente.

En definitiva, se trata de evaluar los costes que supone el Sistema de Procesos Asistenciales Integrados.

- Gestión Clínica, supone incorporar nuevos elementos como es el caso de evaluar la atención al paciente, mejorar la calidad a través de un enfoque integral y estructurado.

Como ya se ha explicado anteriormente, el método de Procesos Asistenciales Integrados supone un conjunto de actividades que realizan los clínicos de los hospitales y centros sanitarios, como es el caso de pruebas diagnósticas y tratamientos, con el objetivo de aumentar la salud y la satisfacción de los pacientes.

Este método es el utilizado por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Antes de incidir más y explicar adecuadamente el Método de Procesos Asistenciales Integrados, hay que decir que a pesar de utilizar los P.A.I, por otro lado, se llevan a cabo las Unidades de Gestión Clínicas como complemento para que los profesionales sanitarios dispongan de responsabilidad tanto en el ámbito sanitario como en el social, cuando tomen determinadas decisiones. Con este método, se obtendrá una mejora en los resultados finales a los pacientes en el trabajo diario.

Una vez expuesta esta introducción acerca de los Procesos Asistenciales Integrados, se va a dar lugar al estudio completo que implica dichos procesos.

Este método se inicia diferenciando el tipo de pacientes y las actividades previstas con su correspondiente secuencia. Para llevarlo a cabo, es necesario realizar y responder una serie de preguntas. ¿Qué y cómo queremos medir?

### ¿Qué queremos medir?

- Coste de las actuaciones clínicas.
- Coste de los flujos asistenciales según el tipo de pacientes.
- Coste por paciente en el Proceso Asistencial.
- Diferenciar los costes que se le atribuyen al paciente por la asistencia de los costes que provienen de la estructura del centro.

### ¿Cómo lo queremos medir?

- Según estándares de consumo y tarifas unitarias.
- Asignando probabilidades de que se realice cada actuación.
- Evitar el uso de costes medios para conocer el coste de cada paciente.

Para que dichas respuestas se den de manera eficaz, se propone el uso de un modelo denominado ABC, es decir, método de costes por actividades. En él, se realiza el cálculo de pequeños costes dividiendo las actividades. Cada actividad consume recursos, por lo tanto, hay que calcular los costes de cada actividad y las causas que conllevan a que tenga lugar dicha actividad.

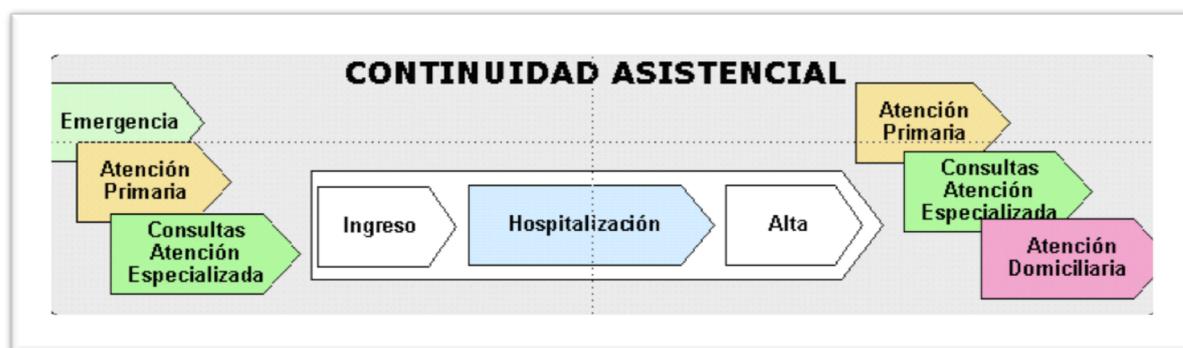
En definitiva, los Procesos Asistenciales Integrados suponen una manera de obtener los costes por paciente, según las distintas actividades que se lleven a cabo, analizando para cada una, los recursos consumidos para obtener un determinado resultado. De esta manera, se asegura la continuidad de la asistencia.

## 🚦 ¿Por qué es conveniente usar el Método ABC?

Dicho método aporta información por departamentos, de manera que se obtengan los resultados por áreas funcionales, lo que implica que se conozca dónde, cómo y por qué se gasta más y de qué manera pueden utilizarse los recursos más eficientemente sin disminuir la calidad.

Además, se puede solucionar un problema que proviene del uso de modelos de gestión por procesos asistenciales, ya que con el modelo ABC se pueden obtener los costes resultantes tanto de las patologías generales como de las específicas al tenerse en cuenta los centros de responsabilidad.

En definitiva, el modelo ABC se centra en los centros de costes para obtener información, lo que aporta resultados más explícitos.



En un Proceso Asistencial Integrado, existen varias fases para estimar el coste por paciente.

- 1) Definir el mapa de actividades
  - 2) Definir los estándares
  - 3) Estimar el coste del Proceso
  - 4) Analizar los resultados y su incidencia en el centro sanitario
- 
1. Definir el mapa de actividades supone conocer todas las actividades que se llevan a cabo de manera amplia y general, así como de todos los clínicos que forman parte de ellas. Se conocerá la secuencia de las actividades a través del Protocolo de actuación.

Posteriormente, se analiza el tipo de pacientes, y se determinan aquellos a los que se dirigirá el proceso y aquellos que quedarán excluidos, y se describirán todas las vías por las que tiene acceso el paciente al centro sanitario, así como las rutas por las que el paciente podrá recibir atención.

Por último, se analizan las actividades obteniendo información de dónde y a quién se realizan, cuándo y cómo se realizan, así como el motivo por el que se llevan a cabo. Y posteriormente, se agrupan en críticas (si son clave para obtener el resultado esperado), y no críticas si son de apoyo a las primeras.

Las actividades críticas son, por ejemplo, una consulta:

**A QUIÉN:** Al paciente

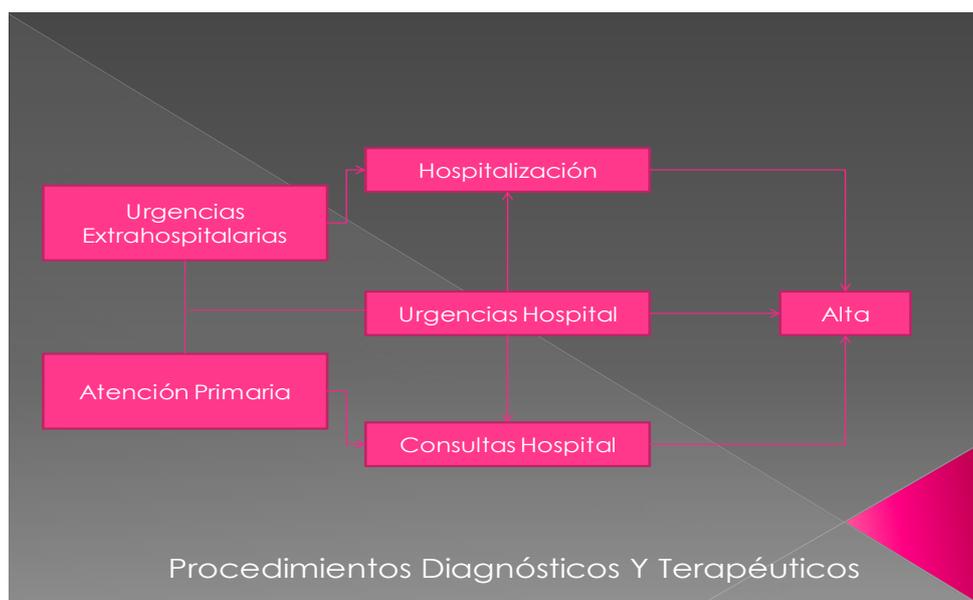
**DÓNDE:** En una consulta del centro sanitario, en un despacho.

**CUÁNDO:** En el momento que sea necesario por el paciente.

**CÓMO:** Con la asistencia de un determinado profesional, según él lo vea necesario.

**MOTIVO:** Dolencias o estado del paciente. Síntomas.

Por otro lado, las actividades no críticas son resultado de las primeras y generan consumos, como es el caso de radiografías, electrocardiogramas, hemogramas, análisis de orina, entre otros muchos casos.



2. El segundo paso conlleva realizar estándares, los más importantes son:

Identificar los costes por naturaleza, es decir, conocer cuáles son los recursos que se utilizarán sin incluir aquellos que no supongan relevancia para el coste total. Posteriormente, estandarizar la cantidad que se consume de dichos recursos.

Luego es necesario estandarizar la frecuencia con la que se suelen llevar a cabo las distintas actividades y definir la probabilidad de ocurrencia en el mapa de actividades. Por ejemplo, para valorar el consumo de recursos, se tendrá en cuenta tiempo de personal, como puede ser una enfermera dedicar 20 minutos y un auxiliar dedicar 15 minutos. Una vez conocida dicha información, se valora su coste según la frecuencia.

3. El tercer paso trata sobre la estimación del coste por proceso, es decir, el coste por las distintas actividades llevadas a cabo, el coste por el proceso al sumar el coste de todas las actividades que se han realizado, y el coste estructural, que incluye servicios comunes como limpieza, seguridad, lavandería, etc.

En esta fase se obtendrá el coste total por paciente del Proceso Asistencias Integrado, que será la suma del coste directo del proceso (actividades) y el coste por la estructura del centro sanitario.

## 5 Nuevo modelo de costes

Tras el estudio realizado y la información obtenida, se ha apreciado que existen diversos modelos de costes, y cada centro elige el que mejor se adapte a sus necesidades según factores como volumen de pacientes y profesionales clínicos, complejidad de los tratamientos y procesos que se llevan a cabo en el centro sanitario, o accesibilidad a los datos para la toma de decisiones.

Para crear un nuevo modelo de costes, es necesario formular varias preguntas.

### **¿Qué carencias tienen los modelos ya existentes?**

En el análisis anterior se ha podido ver que los seis modelos estudiados, COANh, SCS, SIE, SIGNO, GECLIF y ALDABIDE, son los utilizados por los centros sanitarios españoles y tienen en común la sencillez del mismo, a la vez que a algunos les faltan características que otro de esos seis modelos disponen.

Además, el nivel de desagregación de costes por naturaleza es distinto según el modelo, pues mientras que algunos tienen multitud de divisiones según la naturaleza del coste, otros son válidos para ciertos centros sanitarios con muy poca desagregación. Un claro ejemplo del primer caso es el modelo SIGNO, que dispone de ocho áreas de estudio para el análisis de costes por naturaleza, mientras que el modelo GECLIF, sólo dispone de tres.

### **¿Supone esto que unos son mejores que otros? O mejor dicho, ¿Qué unos son más eficaces que otros?**

Desde el punto de vista de los datos obtenidos, la implantación de un modelo con menos características y menos nivel de desagregación de costes por naturaleza no implica que no sea eficaz, pues como se ha dicho, depende de las necesidades y carencias que tenga un determinado centro sanitario, sin embargo, cuanto más completo sea el modelo, mayor número de actividades podrá evaluar de manera que se obtenga información para tomar medidas disminuyendo costes y haciendo el sistema sanitario más eficiente.

## **¿Cuál es la necesidad existente para que aparezca la idea de crear un nuevo modelo de costes?**

La necesidad que aparece, desde el punto de vista de este estudio, que quizás no sea el de un determinado centro sanitario, es la de obtener un modelo lo más completo posible que englobe todas las características positivas vistas y analizadas, que recoja toda la información necesaria para una toma de decisiones eficiente pero de manera clara, sencilla y con un lenguaje comprensible para todo el ámbito sanitario, de forma que se pueda hacer partícipe a todos los profesionales de la situación, positiva o negativa, y ayuden a la mejora del centro.

Además, la existencia de distintas alternativas ayudará a los gerentes a elegir otro modelo cuando crean conveniente si el que están utilizando no les supone la mejor asignación de recursos y una buena gestión de los costes.

## **¿Qué características tendría que tener, consecuencia de lo atendido anteriormente, el nuevo modelo de costes?**

Vistas y analizadas las características de los distintos modelos ya existentes, se podría decir que un modelo de costes “tipo” para todos los centros sanitarios, independientemente de sus necesidades y de las distintas enfermedades, asistencias y pacientes a los que sirvan, debería ser:

- Sencillo, claro y de lenguaje común
  - ¿Por qué? ¿Para qué?: Porque es la mejor manera de que toda la plantilla de un centro sanitario (enfermeros, auxiliares, médicos, gerentes, servicio de lavandería, hostelería, etc.), comprenda lo que se pide, la finalidad y cómo alcanzarla.
- Flexible, rápido, dinámico y abierto
  - Se pretende implantar un modelo de costes que se adapte a la información suministrada por un centro sanitario y a sus peculiaridades, incluyendo precisión y una buena capacidad de respuesta prescindiendo de la lentitud que puedan tener otros modelos debido a la complejidad de los mismos. Además, otra característica positiva es el hecho de que sea dinámico, de manera que permita incorporar innovaciones y se pueda adaptar a los avances clínicos.

- Eficiente<sup>8</sup>
  - Un modelo de coste eficiente supone que el coste de su implantación sea el mínimo, además de menor, con diferencia, a las ventajas y beneficios que de él se pueden obtener.

Por último, habría que tener en cuenta el nivel de desagregación de los costes por naturaleza, es decir, cuantas más áreas o departamentos de actividades se tengan en cuenta, mayor información se obtendrá, y mayor capacidad de incidir en dichas actividades para llevar a cabo una buena y eficiente gestión de los costes.

Por lo tanto, el nuevo modelo de costes debería incluir todas las características mencionadas anteriormente, de manera que sea lo más completo posible y se pueda adaptar a todos los centros sanitarios existentes, y además tenga en cuenta todas las actividades que se llevan a cabo en un hospital, sean clínicas o no, como es el caso de la amortización<sup>9</sup>, servicios exteriores, reparaciones y prestaciones, entre otras.

### **La pregunta final es, ¿supondrá una mejoría en la gestión de los centros sanitarios?**

Quizás convendría más preguntarse, ¿por qué no supondrá una mejoría en la gestión si el modelo está más completo?

Como se ha mencionado anteriormente, la implantación de un modelo de gestión de costes más completo, implica la existencia de mayor información relevante. Por lo tanto, disponer de un modelo de costes que incluya una amplia variedad de características facilita que se adapte a los centros sanitarios, según sus exigencias, necesidades y actividades que en ellos se llevan a cabo.

Como aportación final y desde el punto de vista de lo analizado, supondría una mejoría dado que según los estudios realizados y aportados acerca del cálculo de costes en los hospitales sanitarios españoles, aún existen centros que no tienen implantados modelos de costes en su gestión, y otros utilizan modelos especialmente diseñados para ellos, lo que hace referencia a la carencia de un modelo completo que se adapte a cualquier centro sanitario.

---

<sup>8</sup>

<sup>9</sup> Serie de operaciones que permiten la reconstrucción de un capital, sea cual fuere su naturaleza. Diccionario enciclopédico Salvat Alfa.

## **6 Aportaciones y opiniones de profesionales clínicos**

Como se mencionó anteriormente, se incluirían opiniones por parte de profesionales clínicos acerca de la gestión de los hospitales, de la calidad y del gasto excesivo de los materiales, así como de la privatización, que ha servido para entender un poco más la situación en la que se encuentra el sistema sanitario español en la actualidad.

La opinión general de los clínicos entrevistados ha sido común y coinciden en que hace unos años, el gasto de materiales sin justificar era mayor y con diferencia. Sin embargo, la situación de crisis ha influido en que existan cambios y añaden que la calidad de los materiales y recursos ha disminuido considerablemente, influyendo en una disminución del gasto existente.

## 7 Conclusiones

Es preciso señalar que la Sanidad afecta a toda la población española de manera equitativa por dos motivos fundamentales. El primero de ellos es que la financiación del sistema sanitario procede de los Presupuestos Generales, y el segundo es que en algún momento de la vida, todos necesitarán de los servicios sanitarios.

Por otro lado, hay que señalar que el presupuesto que se destina a la sanidad, aumenta cada vez más, por ello, la Unión Europea recuerda a todos los países la importancia de controlar sus gastos sin excluir la sanidad.

A pesar de todo y de que muchos centros lleven a cabo modelos de costes para una gestión eficiente y con menor gasto, todavía se está lejos de conseguir que los centros sean realmente eficientes. Esta conclusión se afirma porque se realizó una encuesta a una determinada muestra de hospitales españoles que fue publicada en la revista "Partida Doble", dedicada a la contabilidad, auditoría, estados financieros y administración de empresas, publicando los resultados. En la encuesta se les preguntaba a los gerentes o directores de los mismos si su centro se rige por un sistema de costes que haga más eficiente cada trabajo y la gestión del hospital y sus actividades. Los resultados, a pesar de ser positivos, demostraron que aún muchos hospitales no usan un modelo de costes en su gestión, y la proporción es de 200 hospitales de un total de 798 encuestados.

De entre aquellos que no llevan a cabo un sistema de costes, dieron varios motivos que, desde su punto de vista, consideran justificantes de dicha carencia, y entre los distintos motivos se encuentra el hecho de que la Contabilidad de Costes no es obligatoria, no existen medios, información o personal suficiente para su mantenimiento o implantación, o los modelos existentes no se adaptan a sus necesidades.

Sin embargo, tres son los problemas fundamentales por los que el 25% de los hospitales españoles no establezcan un modelo de costes como herramienta fundamental en la gestión del centro, y son los siguientes:

- 1) No existe homogeneidad entre los pacientes, es decir, cada paciente presenta para una misma enfermedad y síntomas, diferentes tratamientos y cuidados, por lo que disponer de un modelo de costes común para todos los hospitales que se adapte a dichas exigencias, es complicado.
  
- 2) Por otro lado, se encuentra la problemática de que en la mayoría de los casos, la dirección o gestión de los centros sanitarios es llevada a cabo por profesionales clínicos, que por defecto no tienen capacidad ni conocimientos suficientes para llevar una eficaz gestión del centro, ya que además, comparten la tarea de ejercer de médicos con sus labores directivas. Finalmente, se encuentran carencias en los dos aspectos ya que la dedicación a ambas labores no es plena.
  
- 3) Para terminar con los motivos por los que muchos de los centros sanitarios españoles no disponen de un modelo de costes como herramienta para una buena gestión, se encuentra el hecho de que el acceso a la información es compleja, ya que la mayoría de los clínicos no admite sugerencias. Esto afecta directamente a la implantación de un sistema de costes, pues sin información, no tiene sentido establecer un programa.

Es necesario incidir en el hecho de que muchos de los hospitales que no cuentan con esta herramienta para el control y gestión de los mismos, son privados. Además, la comparación entre hospitales según los resultados de sus modelos de costes, es muy complicada ya que no existe un modelo común, pero la existencia de diversos modelos de costes, implica que cada centro utilice el que más se adapte a sus necesidades según sus actividades.

Por otro lado, y tras las investigaciones llevadas a cabo, se cree que lo mejor para una gestión hospitalaria eficiente es que los directores o administradores del centro clínico, no sean profesionales médicos, pues el funcionamiento y crecimiento de cualquier empresa, tanto pública como privada, depende de una buena dirección y de una buena administración de recursos, que no tiene por qué repercutir en una peor calidad, sino que además, se pueden llevar a cabo inversiones en equipos y herramientas que mejoren el trabajo del clínico y los resultados a los pacientes.

Como conclusión final, sería necesario incidir notablemente en la participación por parte de todos, (profesionales clínicos, población que hace uso del sistema sanitario español, dirección y gerencia de los centros sanitarios), para que la aportación de la información en el momento de implantar un determinado modelo de costes, sea eficiente. Además, del buen funcionamiento del mismo, dependen todos los implicados, por lo tanto, el principal objetivo es concienciar a toda la población española, incluyendo profesionales clínicos y personal que presta servicios en los centros sanitarios como limpieza y hostelería, de que la sanidad y su correcto funcionamiento, depende de todos.

## 8 Bibliografía

- <http://www.datosmacro.com/deficit/espana>
- <http://www.msc.es/gabinetePrensa/reformaSanidad/home.htm>
- <http://misaludnoesunnegocio.net/quienes.php?p=3456&more=1&c=1&tb=1&pb=1>
- <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?opcion=buscadorGeneral&tipo=perfil&idioma=es&perfil=ciud&texto=proceso+ataque+cerebrovascular&servicio=&orden=F&inverso=N>
- <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/108298A8-2705-464B-A9A6-B110B633EADA/0/LASREFORMASDELGOBIERNODEESPAÑAESPAÑOLcongráficos.pdf>
- <http://www.ecofin.ull.es/users/ipinillo/costes/3.PDF>
- <http://www.expansion.com/2013/04/25/economia/1366873306.html>: En este enlace se ha podido encontrar información cuantitativa sobre el nivel de desempleo actual, su evolución en los últimos años, sobre la población activa española y sobre el número de empleados en la actualidad.
- [www.msc.es/organizacion/sns/.../InformeAnualSNS2010Resumen.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/.../InformeAnualSNS2010Resumen.pdf): Con este informe se ha podido tener acceso a datos y cifras sobre lo que el Sistema Sanitario representa para el PIB español.

- [revistacontable.wke.es](http://revistacontable.wke.es): En este enlace se ha podido conseguir información acerca de la importancia de esta revista para conocer datos contables de determinadas empresas. A través de ella, se ha accedido a documentos sobre los modelos de costes implantados por los distintos centros sanitarios españoles.
  
- Para la toma de información sobre la opinión y experiencia de los profesionales clínicos referente a la gestión de los centros sanitarios, se ha podido contar con entrevistas telefónicas, a través de respuestas por correos electrónicos y presenciales por parte del entrevistador y entrevistado.
  
- [http://economia.elpais.com/economia/2012/06/20/actualidad/1340187887\\_530440.html](http://economia.elpais.com/economia/2012/06/20/actualidad/1340187887_530440.html)
  
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
  
- [http://www.ine.es/prensa/epa\\_prensa.htm](http://www.ine.es/prensa/epa_prensa.htm)
  
- [http://www.farmaindustria.es/Farma\\_Public/index.htm](http://www.farmaindustria.es/Farma_Public/index.htm)

## ANEXOS

### **Anexo I. Entrevistas Cualitativas**

Las entrevistas cualitativas, aquellas realizadas a los profesionales clínicos y personas relacionadas directamente con la prestación de servicios sanitarios con la finalidad de obtener más datos y comprender la situación actual del sistema sanitario español, se han realizado de diversas maneras.

Algunas opiniones y datos de interés fueron aportadas hablando directamente con el entrevistado, de manera formal y justificando, con su experiencia, la información que daba.

Por otro lado, otras entrevistas se realizaron por teléfono y correo electrónico debido a la dificultad que implica la distancia geográfica. En estos casos, el entrevistador formuló unas preguntas que pudiera comprender el profesional clínico de manera clara y sencilla.