

Ventajas e inconvenientes de los diversos sistemas de costes implantados en los hospitales españoles

PEDRO MONGE LOZANO*

El crecimiento constante del gasto sanitario, nos ha impulsado a conocer la realidad hospitalaria de España. En este artículo, sólo presentamos una pequeña parte de nuestra investigación, concretamente nos limitamos a analizar si, realmente, en los hospitales españoles se utiliza alguna «herramienta» que sirva de ayuda a la Contabilidad de Gestión, para la gestión eficiente de los recursos sanitarios.

En la segunda parte de nuestro estudio, mucho más extensa, presentamos las ventajas e inconvenientes de cada uno de los sistemas de costes, basándonos en las opiniones dadas por directores o gerentes hospitalarios, sobre los mismos.

Palabras clave: hospitales, contabilidad de costes, gastos sanitarios, gestión hospitalaria.

Clasificación JEL: I10.



COLABORACIONES

1. Introducción

Como cualquier otra empresa del sector servicios, el hospital se desenvuelve dentro de un marco competitivo, por ello su gestión debe adaptarse a dicho marco con la idea de conseguir que la prestación de servicios se realice de forma eficiente. Los responsables de cada uno de los centros hospitalarios están obligados a plantearse, día a día, mejoras tanto en la organización como en las actividades desarrolladas por los profesionales que allí trabajan pues lo demanda la sociedad. Para ello, deben contar con un sistema de información que sea capaz de recopilar, analizar y transmitir toda aquella información necesaria para dirigir los servicios, permitir su control y adecuarlos a las nuevas oportunidades

que se les puedan plantear. Contar con un buen modelo contable que sea capaz de captar, medir y valorar los hechos contables que afectan al patrimonio es importante pero, como existe un proceso de elaboración que da como resultado un «producto» o servicio para ser ofertado a sus «clientes», se hace muy necesario la utilización de una contabilidad analítica o de costes que sirva de «herramienta» a la contabilidad de gestión. En nuestro trabajo vamos a reflejar si los hospitales españoles se basan en la contabilidad de costes para gestionar los centros, el programa o programas que suelen ser más comunes y las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos. Para ello, nos servimos de las respuestas dadas por directores y gerentes de hospitales, en un sondeo realizado tanto a hospitales públicos como privados. El nivel de error que manejamos en los resultados es de +/- el 8 por 100.

* Profesor Asociado de la Universidad de Huelva.

2. Utilización de la contabilidad de costes entre los hospitales españoles

Por las respuestas obtenidas en el sondeo, un 75 por 100 de los encuestados afirman contar con una contabilidad de costes mientras que el resto carece de ella. Los motivos aducidos, para carecer de dicha fuente de información, son los siguientes:

- Carecer de la información necesaria para poner en marcha una contabilidad de costes.
- No es obligatoria.
- No se cuenta con los medios humanos y materiales necesarios para su implantación.
- Casi mayoritariamente, en un porcentaje que alcanza el 72 por 100 de los hospitales que han respondido negativamente, son los privados los que carecen de dicha fuente de información.

3. Sistemas de costes más utilizados en los hospitales

La Tabla 1 ofrece una visión de los sistemas de costes más utilizados por nuestros encuestados. Sólo los tres últimos han sido elaborados por empresas privadas que lo comercializan, mientras que el resto han sido puestos a disposición de los hospitales por diversas entidades públicas encargadas de gestionar recursos sanitarios en una zona territorial determinada. De esta forma tenemos: el programa SIGNO que se debe a la iniciativa del Ministerio de Sanidad y Consumo, el GECLIF al Insalud, el COANh al Servicio Andaluz de Salud, el SCS al Institut Català de la Salut, el SIE a la Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana y el ALDABIDE al Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

En la misma Tabla 1 se puede apreciar que sólo el 32 por 100 de los encuestados ha dado el nombre concreto del programa que utilizan, el resto se limita a señalar que poseen uno propio elaborado expresamente para ellos. En este caso, son los hospitales privados los que mayoritariamente se han decantado por esta opción. Además, salvo el SIGNO I y el ALDABIDE, el resto de los programas elaborados por las entidades públicas, son utilizados tanto por hospitales públicos como privados.

El COANh está implantado en la totalidad de hospitales públicos de Andalucía y en un 6 por

Nombre	%	Hospitales Públicos	Hospitales Privados
SIGNO I.....	3	100%	—
SIGNO II.....	6	88%	12%
GECLIF.....	6	88%	12%
COANh.....	5	92%	8%
SCS.....	2,6	67%	33%
SIE.....	5,6	88%	12%
ALDABIDE.....	1,5	100%	—
PROPIO.....	43	33%	67%
FULL-COSTING.....	0,6	100%	—
ORACLE FINANCIALS.....	0,8	—	100%
GEN F2 DIMONI.....	0,9	—	100%

Fuente: Elaboración propia.

100 de los hospitales privados andaluces. Por su parte la Comunidad Valenciana cuenta con el SIE en la totalidad de los públicos, en el 20 por 100 de los privados y además, con adaptaciones, en un 5 por 100 de los privados de Cataluña. No sucede lo mismo en Euskadi ya que su programa, ALDABIDE, es de reciente creación y sólo lo tienen, hasta la fecha, el 60 por 100 de los hospitales públicos.

Por lo anteriormente comentado, el de menor aceptación es el SCS del Instituto Catalán de la Salud, pues aunque, prácticamente, todos los hospitales públicos llevan una contabilidad de costes, sólo un 30 por 100 lo utilizan de forma integra mientras que el resto utilizan su propio programa o adaptaciones del SCS. Lo mismo sucede en el 5 por 100 de los hospitales privados que utilizan este programa en Cataluña, que han realizado adaptaciones para su implantación.

Los tres últimos que forman parte del grupo de siete que se está analizando, tienen su origen en el proyecto SIGNO del Ministerio de Sanidad y Consumo. Comenzó su andadura en 1990 y desde esa fecha hasta el año 1997 ha ido evolucionando desde el SIGNO I hasta la versión actual GECLIF, del Insalud. Es, en conjunto, el más extendido entre las comunidades autónomas ya que no sólo lo poseen los hospitales de las diez comunidades que hasta el año 2002 tenían gestionados sus recursos sanitarios por el Insalud, sino también por las que no cuentan con sistemas contables propios.

4. Ventajas e inconvenientes

Aunque hemos analizado cada uno de los programas comentados en el epígrafe anterior y nos



COLABORACIONES

hemos formado una opinión sobre cada uno de ellos, obviamos hacer ningún comentario personal sobre los mismos. Preferimos reflejar en este trabajo las ventajas e inconvenientes que han dado los responsables hospitalarios sobre cada uno de los programas.

El criterio seguido en la encuesta ha sido el de plantear preguntas abiertas para que los propios gestores, con sus palabras, sean los que señalen las ventajas e inconvenientes. Cada una de las respuestas han sido analizadas e interpretadas, la mayoría de las veces, contactando con la propia persona que ha contestado el cuestionario. Ante las respuestas epistolares dadas por los encuestados, hemos conseguido reflejar en pocas palabras la idea fundamental. Además, ofrecemos unos comentarios, un poco más extensos de dicha idea, para que el lector tenga una visión mucho más precisa.

4.1. Sistema de control de gestión hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud (COANH)

Las ventajas e inconvenientes que vamos a relacionar están referidas a la primera versión diseñada en el año 1993 y no a la nueva comenzada en 1998. Son dos los motivos fundamentales por los que planteamos esta opción: el primero, es la fecha de realización de la encuesta que ha coincidido con la del diseño de nuevo programa y en segundo lugar, aún hoy día sólo se está aplicando, en fase de prueba, en algunos hospitales de Andalucía.

La inmensa mayoría de los encuestados, que utilizan el programa, en concreto el 92 por 100, encuentra tanto ventajas como inconvenientes y sólo un 8 por 100 no se definen.

Ventajas

- *Sencillo, simple y ágil.* La sencillez está referida tanto a la asimilación del programa, por parte del personal administrativo como a la información que suministra que la hace comprensible y accesible para los responsables y personal de los centros. Es simple porque su manejo carece de complicaciones y muchos de los datos ya vienen dados por el SAS y, por último, es ágil por-

que se ofrece la posibilidad de utilizar diversos coeficientes de reparto entre los centros de coste.

- *Flexible.* Permite adaptarse a las distintas disponibilidades de información de cada centro hospitalario y a las peculiaridades organizativas de los mismos.

- *Implantación generalizada.* Al poseerlo todos los hospitales del SAS, no sólo permite realizar comparaciones entre los centros de coste de un hospital sino entre los de otros hospitales, siendo posible también la comparación de datos globales entre hospitales.

- *Herramienta para la gestión de los centros.* Al calcular el coste de la actividad de los diversos Servicios, se pueden detectar posibles bolsas de ineficiencia que pueden ser corregidas por los responsables en cada uno de los hospitales.

- *Aplicación informática.* Al tratarse de una aplicación informática, simplifica en parte el trabajo del personal administrativo y se pueden obtener de forma rápida los informes necesarios.

De las cinco respuestas anteriores las que prevalecen frente a las demás son las dos primeras pues han sido las opiniones del 45 y del 27 por 100, respectivamente, de los encuestados.



COLABORACIONES

Inconvenientes

- *Poca fiabilidad.* Se utilizan muchos valores medios, cada centro imputa costes según criterios propios y el coste del personal suele imputarse con un error de +/- un 1 por 100, por lo que se producen datos no muy fiables para extraer conclusiones y realizar comparaciones.

- *Imputaciones en cascada.* No se contempla, por lo tanto, las interrelaciones entre los Servicios de un mismo nivel ni de niveles inferiores sobre superiores, además, es imposible registrar los autoconsumos.

- *Rígido y cerrado.* Las mejoras que se van produciendo en el programa no se implantan hasta que todos los hospitales han terminado de incorporar las anteriores y, además, no se le permite a los hospitales introducir información adicional, que por su dimensión y características, le puede ser más útil para su gestión.

- *Necesidad de mucha información.* Algunos hospitales todavía no tienen asumida la idea de

empresa y por lo tanto carecen de los cauces necesarios para obtener la información que necesita el programa.

- *Sistema incompleto.* El programa obtiene el coste por servicios y no por productos.

Las imputaciones de costes en cascada con el 45 por 100 y la poca fiabilidad con el 30 por 100 son las opiniones más generalizadas sobre los inconvenientes que presenta el COANh.

La Escuela Andaluza de Salud Pública (en adelante EASP), que es la encargada de desarrollar el nuevo modelo, añade al reparto de costes en cascada las dos deficiencias siguientes:

- La imposibilidad de realizar discriminaciones de costes por tipología de actividad (hospitalización y ambulatoria).

- Se elaboran indicadores por ámbitos de producción no permitiendo realizar análisis económicos particularizados (hospitalización sin intervención, interconsultas, cirugía con ingreso, consultas externas, etcétera).



COLABORACIONES

4.2. Modelo de contabilidad analítica del Institut Català de la Salut

De este modelo, conocido por las siglas SCS, no contamos con mucha información pues, como hemos señalado anteriormente, no es utilizado íntegramente por todos los centros y la mayoría, el 60 por 100, de los que lo utilizan no han opinado sobre el programa.

Ventajas

- *Permite las comparaciones.* La utilización por los hospitales permite disponer de datos homogéneos para conocer la eficiencia de la Red Hospitalaria de Cataluña.

- *Simple, práctico y sencillo.* El modelo es fácilmente asimilado por el personal que debe utilizarlo, se obtienen los datos suficientes para una buena gestión y la sencillez del modelo facilita unos datos comprensibles tanto por los responsables de cada centro como por el resto del personal.

- *Mide la eficacia de la actividad productiva.* El modelo permite relacionar la cantidad de factores utilizados en cada uno de los «productos» obtenidos.

- *Permite realizar pactos de actividad.* Cada uno de los centros finales posee su propia cuenta de explotación, permitiendo a los directores de los centros llegar a conseguir acuerdos con los clínicos sobre actividad y consumo en cada uno de ellos. Además se cuenta con datos suficientes para poder tarifar y facturar los diferentes procesos asistenciales.

- *Facilita la labor del personal administrativo.* El coste de la nómina se puede imputar directamente volcando los datos suministrados por la Dirección General de la Función Pública, los valores de las UBAs y URVs son suministrados periódicamente por el Servei Català de la Salut y el mismo modelo especifica los centros que se ven afectados al realizar el reparto en cada una de las fases.

Inconvenientes

- *No calcula el coste del «producto».* Mide la actividad de cada uno de los centros realizando una traducción a UBAs y se obtiene, lógicamente, el coste unitario de las mismas. Es difícil, por lo tanto, evaluar costes por líneas de actividad y por procesos asistenciales.

- *Se plantea la utilización de tres unidades de obra.* Esta posibilidad, a la hora del reparto entre los centros, imposibilita la homogeneización de datos entre hospitales.

- *Reparto de costes en cascada.* Al igual que en el COANh, no existe posibilidad de realizar imputaciones cruzadas ni recoger los autoconsumos.

- *Nivel de información alto.* Para que éste o cualquier modelo no distorsione los resultados debe contar con datos fiables, por ejemplo, si un facultativo trabaja en más de un centro, es necesario suministrarle correctamente el porcentaje de tiempo que ha dedicado a cada uno. Si ello no es posible, por falta de información, el modelo obtendrá unos resultados que no sirven para una gestión eficaz.

El 35 por 100 de las respuestas ha señalado la segunda de las ventajas, el 20 por 100, en ambos casos, la tercera y la cuarta. Respecto a los inconvenientes, sitúan en primer lugar los encuestados, con un porcentaje del 40 por 100 cada uno, el

reparto de costes en cascada y la necesidad de un nivel de información alto.

4.3. Sistema de Información Económica para la gestión sanitaria (SIE)

El 15 por 100 de los hospitales que lo utilizan, a tenor de las respuestas, sólo consideran ventajas del programa y el 85 por 100 restante nos comentan sus ventajas e inconvenientes.

Ventajas

- *Asequible y eficiente.* La aplicación informática es de fácil asimilación por el personal encargado de ponerla en práctica, además no es costosa pues el programa dispone de todas las funciones necesarias para realizar, de forma completa e integrada, todas las fases de distribución e imputación de costes.

- *Obtiene el coste por actividad.* Cada uno de los centros conoce el coste de cada una de las actividades que realiza así como la naturaleza de cada uno de los costes (personal, materiales, servicios exteriores, etcétera). Se puede hacer un seguimiento de la evolución del coste con lo que se pueden realizar presupuestos.

- *Elaboración de informes estructurales y de gestión.* El modelo suministra una serie de indicadores de gestión tanto para los centros estructurales como para los que elaboran un producto. Ello posibilita la confección de tarifas realistas que pueden aplicarse a los servicios no gratuitos, accidentes de tráfico y laborales, así como a la asistencia prestada a pacientes residentes en otros ámbitos geográficos, a los efectos de compensación mutua entre los diversos Servicios de Salud.

- *Permite la comparación entre hospitales.* La obtención de datos homogéneos entre los hospitales de la Comunidad posibilita la detección, por parte del ente gestor, de los menos eficientes y puede actuar en consecuencia. Además es posible la fijación de objetivos realistas dentro del contra-programa.

- *Posibilita la autogestión.* Cada hospital, a tenor de los informes que elabora el programa puede hacer un seguimiento de cada uno de los

centros de actividad y detectar las posibles ineficiencias que se produzcan.

Destaca sobre las demás, con el 29 por 100 de las respuestas, el calcular el coste por actividades y, en segundo lugar, con el mismo porcentaje del 24 por 100, los informes que elabora el programa y la posibilidad de autogestión de los centros.

Inconvenientes

- *La recogida de información.* Dada la diversidad organizativa y de funcionamiento de cada uno de los hospitales existe dificultad para capturar la información tal y como exige el programa.

- *Disparidad de criterios de asignación.* Al asignar costes entre los centros de actividad no existe un solo criterio con lo cual la comparación entre hospitales no es muy real ni veraz.

- *Retraso de la información.* Los informes de gestión se confeccionan trimestralmente, los indicadores de gestión semestralmente y los índices, tanto de casuística como funcionales, anualmente. Esto dificulta el seguimiento continuo por parte de los gestores de los hospitales.

- *Catalogación insuficiente.* Se han fijado unas URVs muy globales y no se ha profundizado lo suficiente, con lo cual se distorsiona la realidad a la hora de calcular el coste por proceso.

- *Sólo es válido en el ámbito de la Comunidad Autónoma.* La comparación de los resultados con los de los hospitales de otras comunidades no es posible ya que carecerían de homogeneidad.

La recogida de información y los diversos criterios de asignación son los principales inconvenientes que nos han señalado el 38 y el 31 por 100, respectivamente, de los encuestados.

4.4. Gestión analítica del Ministerio de Sanidad y Consumo (SIGNO)

La idea inicial de los responsables del Ministerio, era la de calcular el coste de cada uno de los servicios (SIGNO I) en los hospitales, tras lo cual, se formarían grupos de trabajo que analizarían los resultados y las posibles mejoras del programa. En una segunda fase se ampliaría la aplicación informática (SIGNO II) en la que se corregirían los errores de la primera y se calcula-



COLABORACIONES

ría en coste por paciente. Las encuestas demuestran que no todos los hospitales que han estado gestionados por el Insalud utilizan el programa y algunos hospitales, que sí lo poseen, todavía cuentan con el SIGNO I.

Nosotros en este epígrafe plantearemos las ventajas e inconvenientes del proyecto SIGNO en su conjunto ya que se trata de uno sólo que está dividido en dos fases.

Sobre el SIGNO existen opiniones muy diversas ya que un 18 por 100 no nos ha señalado nada, otro 18 por 100 sólo inconvenientes y el 64 por 100 las dos opciones planteadas en la encuesta.

Ventajas

- *Sencillo y eficiente.* Se trata de una aplicación fácil de entender por el personal encargado de su gestión y al mismo tiempo, en teoría, es eficiente pues su coste se suple con la información que va a suministrar.

- *Sistema común de medida.* Una utilización generalizada traería consigo la comparación entre hospitales y la detección de los menos eficientes.

- *Calcula el coste por productos y servicios.* Esto conlleva la posibilidad de elaborar tarifas más reales para cada uno de los productos.

- *Implicación de los clínicos.* Contar con costes reales por productos y servicios supone la posibilidad de implicar a los profesionales con la consiguiente descentralización en la gestión de cada uno de los servicios.

- *Rapidez.* Tener información rápidamente supone la posibilidad de realizar simulaciones y controlar las desviaciones que se puedan producir en los presupuestos.

La posibilidad de obtener el coste por productos y servicios es la ventaja más valorada, pues han coincidido el 45 por 100 de los encuestados. El 25 por 100 ven como ventaja la implicación de los clínicos en la gestión de los Servicios.

Inconvenientes

- *Reparto en cascada.* No es posible las imputaciones cruzadas ni recoger los autoconsumos.

- *Imputaciones no reales.* No se tiene en cuenta el peso real de las cargas de enfermería, el reparto

de la amortización es inadecuado y existe rigidez en el reparto del coste de los Grupos Funcionales, ya que sólo existe uno. Por lo tanto, los datos suministrados son poco fiables en su conjunto.

- *No es un sistema netamente contable.* Es un modelo mucho más estadístico que contable tanto en las imputaciones como en los informes que elabora.

- *Falta de información interna.* Al no existir coordinación entre las unidades existen muchos problemas tanto para determinar el *output* como para medirlo y ello conlleva problemas de imputación de costes.

- *Soporte informático inadecuado.* Los datos han de ser introducidos manualmente, no está conectado a un sistema informático central, trabaja bajo sistema operativo MS-DOS. Todo ello se traduce en una relación, producto obtenido/tiempo empleado, muy baja.

Las imputaciones no reales y el soporte informático inadecuado son los dos inconvenientes principales pues han obtenido, respectivamente, el 40 y el 26 por 100 de las respuestas.

4.5. Modelo de Gestión Clínico-Financiera (GECLIF)

Este modelo ha nacido para suplir las deficiencias del SIGNO y aún se encuentra en fase de implantación generalizada, por lo tanto, tal y como demuestra la encuesta, para la mayoría de hospitales, en un porcentaje del 65 por 100, que ya han realizado la sustitución, todo son ventajas y, por ahora, ningún inconveniente. No obstante, un 35 por 100, los primeros en incorporarlo, son los que nos han señalado ambas opciones.

Ventajas

- *Obtención de costes por proceso y paciente.* Ello facilita el poder obtener el coste por GRDs (Grupos relacionados con el Diagnóstico) y analizar posibles desviaciones con lo cual se puede llegar a realizar facturaciones basadas en ellos.

- *Obtención de cuentas de resultados.* La obtención de dichas cuentas por unidades y por agregación del hospital permite detectar posibles ineficiencias dentro de los hospitales y el ente



COLABORACIONES

gestor contaría con datos homogéneos para poder efectuar comparaciones entre hospitales.

- *Captura de datos automática.* Con ello se consigue rapidez y eficiencia. Además cuenta con la posibilidad de exportar los informes obtenidos a otras herramientas ofimáticas (excel, word, etc.) para su tratamiento.

- *Realiza análisis económicos y de actividad.* Ambos facilitan la labor de los gestores a la hora de analizar y corregir desviaciones.

- *Flexible.* Cualquier hospital por muy complejo que sea tiene la posibilidad de adaptarlo.

El 38 por 100 de los encuestados se han inclinado por la primera de las ventajas y en segundo lugar con un porcentaje del 19 por 100 cada una, la cuarta y quinta.

Inconvenientes

- *Necesita mucha información.* Los ficheros han de ser preparados y revisados periódicamente por el personal administrativo, el coste del personal se asigna en función de las horas trabajadas en cada Grupo Funcional, la amortización se asigna mensualmente en función del número de años de vida útil, etcétera. Muchos de los hospitales desconocen el precio de compra de los inmovilizados, la asignación real de los trabajadores y no son capaces de actualizar los ficheros por falta de información. La información que suministra el modelo es irreal y no sirve para la gestión.

- *Incompleto.* Para tratar la información que el GECLIF suministra es necesario exportarla a otras herramientas informáticas.

- *Varios criterios de imputación.* En el reparto primario, por ejemplo, existen varios criterios que cada hospital utilizará en función de la información que disponga. Esto imposibilita la comparación entre hospitales.

No existe un inconveniente que supere a los demás ya que cada uno de ellos ha obtenido el mismo porcentaje.

4.6. Modelo de gestión económico-financiera (ALDABIDE)

Es el modelo de más reciente creación e implantación y por ello el 50 por 100 carece toda-

vía de opinión y el resto suele señalar más ventajas que inconvenientes.

Ventajas

- *Sencillo.* El modelo es de fácil asimilación por el personal encargado de utilizarlo

- *Autonomía de los centros.* Son los propios hospitales los que lo gestionan y sólo está centralizada la normalización, definición de políticas y estándares.

- *Herramienta de gestión.* Ofrece información por Servicios y, en su día, por productos con lo cual se pueden analizar desviaciones y detectar ineficiencias con lo cual es una buena ayuda para la gestión de los centros.

- *Adaptabilidad.* Cada hospital definirá los servicios en función de sus necesidades y posibilidades.

- *Completo.* El proyecto ALDABIDE está integrado por una serie de utilidades para la gestión tales como: facturación, personal, compras, activos fijos, farmacia, contabilidad general, de costes, etc.

Prevalece sobre las demás, coincidiendo con la opinión del 40 por 100, el servir como herramienta de gestión, en segundo lugar, con un 30 por 100, ser un proyecto completo.

Inconvenientes

- *Información.* Los hospitales deben contar con buena información interna para que el proyecto suministre una información útil para la gestión.

- *No terminado.* Todavía está en fase de investigación y estará completo cuando sea capaz de calcular el coste de los «productos».

- *Coordinación.* Al estar formado por varias utilidades, debe existir una coordinación dentro del hospital para que los datos no se distorsionen.

- *Criterio de imputación.* En función de sus posibilidades, cada hospital imputará los costes entre servicios utilizando uno de los que el modelo ofrece.

- *Criterio de reparto.* El criterio para repartir costes entre centros finales es el de la estancia y no se tiene en cuenta la complejidad de los procesos.



COLABORACIONES

Los dos últimos inconvenientes, con un 40 por 100 de las respuesta cada uno son los principales inconvenientes del proyecto.

4.7. Sistemas propios

Nos ha parecido conveniente incluir este epígrafe, en el que vamos a exponer las ventajas e inconvenientes del resto de los sistemas que están utilizando el 43 por 100 de los encuestados. Realizamos el análisis de una forma global y sin especificar ninguno en concreto ya que, salvo las excepciones señaladas en la tabla 1, no nos han suministrado nombres o marcas por no tratarse de programas comerciales sino que han sido elaborados para cada hospital, tal y como nos han señalado en la encuesta.

Ventajas

- *Adaptabilidad.* El programa se adapta a la estructura del hospital y no al contrario.
- *Simple.* Es fácil de asimilar y manejar, por el personal, sin necesidad de tener muchos conocimientos informáticos.
- *Completo.* Los datos son útiles para la gestión pues el programa es capaz de calcular costes por servicios, procesos y productos. Además, suministra informes claros y sencillos de entender por todo el personal.
- *Flexible y abierto.* Cada unidad, centro o servicio imputa sus costes lo más real posible utilizando: URVs, precios, porcentajes, etc., además, están preparados para incorporar cualquier mejora sin necesidad de cambiar de programa.
- *Rapidez.* La información que suministra el programa se obtiene con rapidez y sin un complejo proceso de elaboración.
- *Imputaciones cruzadas.* Cada centro, unidad o servicio posee datos reales pues el autoconsumo y las prestaciones recíprocas han sido tenidas en cuenta.

Estas seis ventajas forman parte de la opinión del 78 por 100 de los encuestados que poseen sistema propio y que son los que nos han señalado, alguna destaca sobre todas ellas, pues ha coincidido con el 40 por 100 de las respuestas, la flexibilidad y sencillez como la ventaja que más valoran de sus sistemas de costes.

Inconvenientes

- *Información.* Todo sistema de costes necesita una información fiable para que los resultados sean los correctos. Realmente, en la mayoría de los casos, esto no sucede debido a la poca implicación de los profesionales.
 - *Laborioso.* La mayoría de los programas requiere la introducción de datos de forma manual con la consiguiente carga para el personal administrativo.
 - *Incompleto.* Los hospitales que no han actualizado sus sistemas de costes son incapaces de calcular el coste por procesos y productos, por lo tanto poseen programas antiguos y lentos.
 - *Inexacto.* Se utilizan coeficientes de reparto entre centros que no reflejan la complejidad de cada proceso.
 - *No integrado.* Para la presentación de los datos es necesario realizar un trabajo extra ya que los programas no son capaces de realizarla y al no estar integrados con otras aplicaciones, la conversión no resulta fácil.
 - *Lento.* Los resultados no se tienen en el momento que se necesitan y, por lo tanto, las decisiones se toman siempre en pasado.
- Sólo el 68 por 100 de los encuestados, con programas propios, han señalado inconvenientes y son los que aparecen resumidos en el listado anterior. El 76 por 100 han coincidido en que son laboriosos, incompletos y que necesitan mucha información.

Aunque, mayoritariamente, los hospitales españoles prefieren utilizar sus propios sistemas contables para calcular costes, sólo un 12 por 100 parecen estar contentos con el programa ya que sólo señalan ventajas, un 2 por 100 sólo ve inconvenientes y un 66 por 100 las dos opciones. El 20 por 100 restante no se definen y han dejado en blanco las preguntas. Con lo cual, todavía falta mucho para que un programa agrade a la mayoría y pueda aplicarse, de forma generalizada, a estas empresas tan complejas.

5. Conclusiones

Es importante que los entes gestores sanitarios hayan dado un paso adelante, para dotar a los



COLABORACIONES

hospitales que gestionan de unas herramientas que puedan resultar eficaces para conseguir la eficiencia en los hospitales, de hecho, mayoritariamente son los hospitales privados los que carecen de tales herramientas. Pero, por las respuestas obtenidas de los encuestados, parece ser que no todos los hospitales públicos las utilizan correctamente y algunos ni las utilizan.

Las respuestas dadas en el punto 2, para justificar el carecer de programas de costes, salvo una de ellas, no nos parecen convincentes y creemos que son intrascendentes. Decir que no es obligatoria o que no se cuenta con los medios humanos y materiales necesarios para su implantación nos parecen que son dos cuestiones para ser meditaciones por parte del Insalud y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

En cambio, carecer de la información necesaria para poner en marcha una contabilidad de costes sí es preocupante, ya que a nuestro entender esta respuesta encierra algo más y es que también se carece de la información necesaria para que un sistema de costes pueda suministrar datos fiables.

El problema creemos que está centrado en la profesión médica, que no tiene conciencia de que la eficacia en la atención del enfermo no está reñida con la eficiencia a la hora de prestar los servicios necesarios. Los «clínicos», dentro de un hospital no permiten injerencias sobre temas relacionados con el control del gasto y además son ellos los que tienen en su mano tanto el *input* como el *output*. Por lo tanto, se hace muy necesario, dentro del sector hospitalario, un cambio de mentalidad de los profesionales de la medicina.

Otro de los problemas es la gran diversidad de programas existentes que dificultan la comparación de datos entre los hospitales. Como hemos demostrado, nadie está conforme con el que tiene incluso los hospitales con programas diseñados para ellos. Además, cada programa efectúa de forma distinta la asignación de costes y casi ninguno obtiene un coste real por paciente.

En este caso, el problema radica en el «producto» que se elabora dentro del hospital ya que no es homogéneo pues dos pacientes con la misma enfermedad no consumen la misma cantidad de recursos. Una buena aproximación a la definición del producto son los denominados Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDRs) pero, más que «productos», son líneas de productos.

Para concluir, nos parece muy necesario que las Administraciones Sanitarias se sienten en una sola mesa y consigan entre todas ellas un sistema de coste único, que sea válido para toda clase de hospital y para los centros de Atención Primaria que también lo necesitan.

Bibliografía

1. AECA (1997): *La Contabilidad de Gestión en los Centros Sanitarios*. Ed. Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas. Madrid.
2. CALZAS, A.; GARCÍA, I.; GOICOETXEA, J.; RUIR, F.J.; MOYANO, A.; PABLOS, A.; PÉREZ, J.M. y ROSADO, M. (1997): *Programa de Control de Gestión Hospitalaria (COANh)*. Ed. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Sevilla.
3. ERRASTI, F. (1996): *Principios de Gestión Sanitaria*. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid.
4. GENERALITAT VALENCIANA (1995): *Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria*. Ed. Conselleria de Sanitat y Consum de la Generalitat Valenciana. Valencia.
5. INSALUD (1996): *Gestión Analítica Hospitalaria. Proyecto SIGNO*. Ed. Instituto Nacional de la Salud. Madrid.
6. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (1995): *Model de Comptabilitat Analítica en els Hospitals de L'ICS*. Ed. Institut Català de la Salut. Barcelona.
7. RUIZ FERRÁNDIZ, U. (Coord) (1991): *Gestión Analítica. Hacia la Contabilidad Analítica en los Hospitales*. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
8. TEMES MONTES, J.L. y GIL REDRADO, J. (1996): *Sistema Nacional de Salud*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana de España. Madrid.
9. TEMES MONTES, J.L.; PASTOS ALDEGUER, V. y DÍAZ FERNÁNDEZ, J.L. (1997): *Manual de Gestión Hospitalaria*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana de España. Madrid.



COLABORACIONES

Indices del Boletín de Información Comercial Española



*Las publicaciones de
Información Comercial Española
constituyen el medio más adecuado
de estar al día en los temas
imprescindibles para la gestión y el
análisis de la economía y del comercio*

**Información y venta: Paseo de la Castellana, 162-vestíbulo
28071 Madrid. Teléf.: 349 36 33 - Fax: 91 349 36 34**

www.revistasICE.com