

VISIÓN DEL CONSUMO DE RECURSOS EN UNA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

Mariano UBÉ SANJUÁN

*Dpto. de Economía y Dirección de Empresas
E. U. Politécnica de Teruel (Universidad de Zaragoza)*

SUMARIO: I. Introducción. II. Factores esenciales. III. Coste hospitalario. IV. Algunas reflexiones. V. Bibliografía.

RESUMEN: El documento que nos ocupa plantea la problemática de la obtención del coste generado en las organizaciones hospitalarias. Tras una justificación del carácter empresarial de la mencionada entidad, se esboza la necesidad del conocimiento del consumo de recursos como cuestión de supervivencia. Al final, se revelan ciertas reflexiones, motivadas por la dificultad existente para acometer el proyecto y el innegable beneficio obtenido.

Palabras clave: coste, producto, consumos, servicios, estructura.

I. INTRODUCCIÓN

Hasta hace pocos años, era de plena vigencia la creencia de considerar los hospitales públicos como estructuras peculiares, cuyo único objetivo era la mejora del estado de salud de sus pacientes, sin la observancia de otros matices añadidos. La impregnación de tal espíritu era tal que resultaba frecuente escuchar frases tales como "la salud no tiene precio", "no hay que pensar en el dinero", o, por supuesto, "esto es

un hospital y no una empresa”. Todas ellas reflejaban el sentir general de que lo único que importaba era el tratamiento al paciente, y al decir “lo único que importaba” se está indicando que cuestiones ciertamente cruciales quedaban situadas en situación de riesgo de marginación. Aspectos tales como criterios de eficiencia, que supusieran conseguir esa mejora de salud del paciente mediante la optimización de los recursos disponibles, no ocupaban precisamente un lugar destacado. Era la intención más loable del mundo –mejorar la salud–, y, precisamente, por ser tan loable, tal vez –repi-to, tal vez– enmascarase otros aspectos que debieran ser de obligada consideración. La grandeza de la empresa que se tenía delante ocupaba todo el plano de visión, impidiendo ver el resto de árboles que, si bien no tan frondosos pero sí existentes, también poblaban el bosque.

Pero con el paso del tiempo llegó el cambio de mentalidad. El prisma de visión fue cambiando, poco a poco, pero con paso firme. En la actualidad, prácticamente nadie discute que, en efecto, el máximo rango de importancia en un hospital lo adquiere el objetivo de curar enfermos, pero existen otros aspectos también relevantes que no es menester descuidar. Habrá que procurar la sanación de tales pacientes, pero de forma que los recursos curativos existentes en el hospital, tales como material fungible, instalaciones, maquinaria especializada..., sean optimizados en su aprovechamiento, de manera que esas mismas disponibilidades nos sean útiles para curar más y mejor.

No debemos caer en el error de identificar como motivo de guía el criterio “dinero”. Por el contrario, deberá ser el criterio “eficiencia”, es decir, procuremos la consecución del objetivo inicialmente trazado con un nivel alto de calidad. Y en este punto comenzaría la cuestión acerca de este último concepto. Entenderemos calidad como un óptimo servicio al paciente, pero mediante un también óptimo consumo de recursos. Recuerdo que una de las varias veces que escuché el consabido “la salud no tiene precio”, alguien respondió “la salud no, pero la medicina sí”.

Tras esta breve introducción, en la que se ha pretendido reflejar el cambio producido en la filosofía hospitalaria, al considerar, además de su propósito primordial de mejorar la salud, el aspecto de optimización de recursos, en un segundo epígrafe del presente documento se presentará al hospital como organización empresarial que ofrezca soporte a la argumentación anterior, atendiendo a sus recursos humanos, instalaciones..., y, por supuesto, productos y proceso productivo.

Una vez expuesto tal carácter empresarial cobra mayor sentido si cabe el prestar atención al coste. Por ello, en el epígrafe tercero denominado Coste hospitalario, se reseña la generación en el hospital de una serie de costes, según consumos de factores productivos, necesarios para conseguir su objetivo final. Se comenzará por analizar en qué consisten los mencionados consumos, cuál es su cuantificación y dónde se generan, para posteriormente intentar repercutirlos al producto hospitalario. Todo ello desembocará en unas líneas de recapitulación final: qué pasos deberán darse

después, si deseamos aprovechar todo el potencial que se desprende del proceso de obtención de coste hospitalario.

II. FACTORES ESENCIALES

Se presentan en este apartado, en consonancia con la filosofía de actuación expuesta en el epígrafe introductorio, aquellas características o factores esenciales presentes en la organización hospitalaria y que configuran su carácter empresarial, si bien no exento de matices diferenciadores específicos de la empresa pública y con la idiosincrasia particular del objetivo de sanación del paciente.

Así pues, si nos referimos a algo tan típicamente empresarial como son los recursos humanos, estaremos refiriéndonos a parte fundamental integrante de la organización hospitalaria. En la clasificación clásica de factores de producción, se trata del factor trabajo. Componente productivo primordial y característico, los recursos humanos hospitalarios se encuadran en la pirámide característica clásica: alta dirección, mandos tácticos, mandos operativos y operarios, con ciertas peculiaridades.

Considerando el hospital como unidad independiente, la alta dirección quedaría constituida por su equipo directivo. Conviene realizar referencia a la consideración de la independencia comentada, pues, advirtiéndolo al Sistema Nacional de Salud como empresa, cada uno de sus hospitales vendría a ser entidad dependiente, resultado de una estructura ramificada. Salvando esto, consideraremos al hospital a efectos empresariales como ente autónomo, si bien muchas de sus decisiones están sujetas a la matriz central. Pero esto sería tema de otra posible discusión: la autonomía real de funcionamiento de los hospitales públicos, concepto de vigente actualidad al amparo de la normativa existente sobre nuevas formas de gestión de hospitales públicos –en esencia, referencia a fundaciones y consorcios– y facultad para transformación en ente fundacional por parte de las gerencias de hospitales.

Constaría también de mandos tácticos, inmediatamente por debajo de su cúpula directiva, tales como Jefes de Servicio o Supervisores de Área. En un rango inferior, tendrían su lugar mandos operativos, tales como otro tipo de jefaturas o supervisiones, en contacto directo con el operario o trabajador base, ya fuera médico, enfermera o administrativo. En lo que atañe al personal de enfermería, es obligado referirse a Guillies (1994) (1), quien realiza una completa exposición de las características organizativas respecto a este colectivo.

Es de destacar la extrema complejidad en lo que a estructura organizativa de personal se refiere, como así recogen Asenjo y Bohigas (1989) (2). En la empresa que nos ocupa coexisten decenas de categorías profesionales diferentes, con formación muy distinta y atribuciones dispares: desde titulados superiores universitarios (médicos fundamentalmente, si bien también farmacéuticos, ingenieros y otros), titulados medios (diplomados en enfermería, fisioterapeutas, técnicos de otro tipo), personal

administrativo, personal de oficios distintos (fontaneros, electricistas, cocineros...)... Todo ello aportará una idea de la diversidad existente, con la traducción inevitable a la complejidad organizativa.

La organización no estará exenta de la existencia de los factores clásico productivos denominados tierra y capital. Se realiza referencia a los bienes materiales existentes, en concreto el inmovilizado. El hospital consta de instalaciones específicas para ejercer su actividad tales como instalaciones quirúrgicas, plantas de hospitalización destinadas a la estancia de enfermos ingresados, incluso instalaciones para realizar las consultas médicas según las distintas especialidades, a aquellos pacientes externos o no ingresados, por citar las que antes nos vienen a todos a la mente al pensar en estos temas. Pero además no releguemos al olvido otras superficies, tales como los talleres existentes para la realización de actividades del típico mantenimiento industrial o aquellas ubicaciones necesarias para la lavandería, costurero, cocina, distintos almacenes... y, en general, todas aquellas actividades relacionadas con el factor hostelerero dentro de la organización hospitalaria.

En el interior de la obra edificada se albergará mobiliario y material inventariable común y también aparataje específico. No existirán cadenas de montaje, pero sí existe maquinaria tan específica como analizadores de sangre, centros de hemodiálisis, mamógrafos, ecógrafos y un sinfín de aparataje especializado. También el interior de la obra civil dará soporte a aquellos bienes que deban sacrificarse en el transcurso de la normal actividad del hospital. Además de algo tan renombrado como los medicamentos dispensados por la farmacia hospitalaria, estamos refiriéndonos a las existencias del denominado material fungible, necesario para los cuidados del enfermo e intervenciones quirúrgicas, legión de productos de tamaños, precios y aplicaciones variadas, desde sondas nasogástricas hasta jeringuillas, al margen ya de los productos típicamente hosteleros, como sábanas, uniformes o víveres, o bien de aquéllos clásicamente dependientes del lógico mantenimiento, como un tubo fluorescente o una abrazadera.

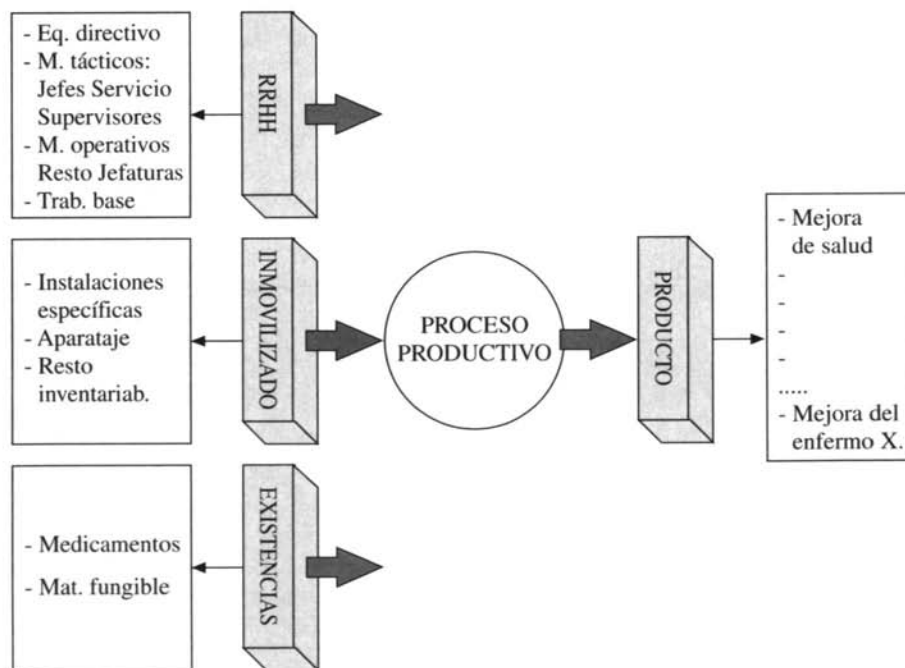
Llegados a este punto, hemos efectuado un breve apunte sobre recursos humanos, instalaciones, maquinaria, material fungible, pero habrá que plantearse qué finalidad es la que rige la existencia de los factores mencionados. Es decir, todo ello... ¿para qué?, ¿cuál es su objeto? Con ello, estamos preguntándonos sobre cuál es el producto de esta empresa sanitaria. Globalmente, ya se hizo la mención al principio del presente documento: la mejora del estado de salud del paciente, hasta llegar a un nivel que se considere aceptable en función de diversos condicionantes clínicos. Pero si descendemos a un nivel de mayor particularización, habrá que apreciar varias acepciones de producto, según recoge, entre otros, Navarro (1996) (3).

Supongamos que al hospital llega un paciente con una dolencia concreta. Y supongamos también que a este paciente en cuestión se le realiza una serie de pruebas para diagnosticar su enfermedad y una serie de tratamientos para remediarla. Y, con-

tinuando a nivel de suposición, resultará lógico que, una vez sanado, perciba el alta por el hospital. Así pues, la sanación de ese paciente específico sería un producto concreto de la empresa hospitalaria. Por extensión –y siendo puristas–, cabría distinguir tantos productos distintos como pacientes diferentes son tratados. Ahora bien: resulta conveniente adoptar una postura intermedia. A medio camino entre una concepción en cierto modo simplista –identificar único producto como mejora de salud– y otra acepción llamémosle escrupulosa –asumir tantos productos como pacientes distintos–, existe todo un abanico, que trata de identificar y catalogar los distintos posibles productos que se ocasionan en la empresa hospitalaria, tales como estancias de enfermos, consultas de pacientes, etc. Respecto a ésto, solamente mencionar que en los últimos tiempos cobra fuerza la idea de entender como producto cada una de las patologías tratadas, existiendo por lo tanto una relación de las mismas, clasificadas por una normativa internacional en lo que se conoce como Grupos Relacionados de Diagnósticos, en siglas GRDs, como ya anticipó Casas (1991) (4).

A modo de esquema aclaratorio, se expone en la “Figura 1” lo comentado en los párrafos precedentes.

Figura 1. Síntesis Combinación Factores Productivos en Organización Hospitalaria



El esquema anterior podría encajar en el concepto de empresa como sistema según Bueno (1994) (5), donde se exponen unas entradas al mismo (fuerza de trabajo, materiales y energía, dinero y bienes de equipo), un proceso de transformación y unas salidas (productos, dividendos e impuestos), si bien con ciertas peculiaridades de la empresa hospitalaria según se recogen al final de este apartado. Por otro lado, una vez esbozados factores de producción y producto posible conseguido, es de rigor exponer que la existencia de los factores productivos está justificada por su participación en el proceso que lleva a conseguir los productos finales, ya se consideren como tales estancias, patologías, grupos de éstas u otro criterio. En esencia y en un esquema tremendamente escueto, el proceso productivo comprendería aquellas acciones ejercitadas sobre una Entrada (“paciente X enfermo”) para conseguir una Salida (“paciente X sanado”), renunciando a las diversas variaciones existentes –paciente trasladado a otro centro, por ejemplo– con vistas a lograr una mayor claridad expositiva. Básicamente, si describimos este proceso productivo, el comienzo radicaría en la admisión del paciente para ser hospitalizado o visto en consulta para continuar con las pruebas adecuadas a efectos de emitir un diagnóstico y proseguir con las acciones adecuadas a efectos terapéuticos, destinadas a sanar propiamente, todo ello en presencia simultánea de acciones complementarias típicamente hosteleras (limpieza, comida...) Todo ese proceso no podría llevarse a cabo sin la colaboración de los factores productivos tratados anteriormente.

Así pues, realmente estamos en condiciones de poder extrapolar las consecuencias de la cultura empresarial hacia la empresa hospitalaria, si bien con ciertas peculiaridades inevitables. Ya hemos visto las especificaciones en materia de personal e instalaciones, equipos y proceso. Habría que añadir otras salvedades: cuenta de resultados, marketing empresarial, instrumentos de gestión... Respecto a esto, muy por encima señalaremos que el objetivo en la empresa hospitalaria pública no va a ser la maximización del beneficio contable que se desprenda de la cuenta de resultados. Ha habido controversia a la hora de definir el mencionado objetivo; pero hoy parece existir consenso en el expresado varias veces a lo largo del presente texto, entendiéndolo como el ejercicio de la prestación sanitaria pública si bien optimizando los recursos existentes, algo tremendamente concentrado que podría encerrar horas de discusión.

Además, continuando con las particularidades aludidas, la demanda y la oferta existentes también discrepan de las típicamente empresariales. En un lugar donde sólo existe un hospital, ¿el paciente enfermo puede elegir a dónde dirigirse? Ciertamente, se daría una situación de monopolio. Y no sólo si existiera un único hospital, sino que la actual estructura sanitaria encauza al paciente hacia el hospital adscrito aunque existan varios en la ciudad. Además, la demanda de sus servicios no viene motivada en situación de voluntariedad desde el usuario, sino que el mismo es solicitante generalmente a su pesar, cuando no tiene más remedio. Todas estas peculiaridades ayudaron a conformar antaño la idea al principio mencionada: la resistencia a considerar al hospital como empresa.

Con todo lo visto, estamos en condiciones de afrontar el problema de supervivencia de la organización hospitalaria, en directa relación con el consumo de recursos ejercido. Tras haber hecho un recorrido por sus atributos más esenciales, una vez comprobado que estamos en condiciones de afirmar la estructura como empresa de la misma, estamos dentro de contexto para poder afrontar el tema de los costes hospitalarios.

III. COSTE HOSPITALARIO

Hasta que la concepción del hospital como empresa de servicios –con las particularidades aludidas– cobró realidad manifiesta, no vamos a decir que era, en cierto modo, “de mal gusto” hablar de costes, pero lo cierto es que era un tema al que se le observaba de reojo y con no mucha simpatía, cuando no se catalogaba como fuera de lugar, todo ello considerando al hospital público. De ahí el intento en el epígrafe anterior de reflejar la estructura hospitalaria como configuración de empresa de servicios.

Obviamente, este paso ya lo había dado la empresa privada. Ella conocía muy bien la importancia del coste del producto a la hora de fijar un precio y obtener un beneficio. Esto era su modo de vida y su ley de supervivencia. Debía ofrecer un producto competitivo en coste y en calidad y sus esfuerzos se orientaban en esta línea. Según Iruretagoyena (1994) (6), la contabilidad de costes intentaría informar sobre los aspectos de eficacia de la actividad productiva, es decir, la relación entre la cantidad de factores empleados y los productos obtenidos.

Respecto al hospital público, ¿por qué iba a preocuparse de aquéllo que no le concernía? Su misión estaba clara. Como se comentó en un principio, sus esfuerzos se debían orientar hacia la consecución del objetivo único de mejora del estado de salud de sus pacientes, sin la observancia de otros matices añadidos. No se consideraba el averiguar qué recursos consumía una intervención de apendicitis o una implantación de prótesis de cadera, puesto que regía el argumento de que la salud carecía de precio y, en consecuencia, no entendía de costes ni magnitudes economicistas, expresado este último matiz bajo un prisma no ciertamente amigable. Como no podía ser de otro modo, se produjo el cambio que cabía vaticinar en la filosofía de fondo. El hospital no poseía todos los recursos económicos del mundo para conseguir sus propósitos. Sólo disponía de cierto equipo de personal médico y de enfermería -entre otros estamentos-, unas instalaciones concretas y ciertos recursos financieros cuantificados para adquirir sus medicamentos y material para intentar conseguir su misión, entre otras cosas. Por tanto, se conformaba como indispensable la idea de racionalizar el consumo de aquellos recursos, mientras procedía intentar optimizar los mismos para mejorar el grado de cumplimiento de su objeto de existencia, la mejora de salud. Y una manera de comenzar era prestarle al coste una atención que no se le había prestado.

El inicio iba a ser no mediante grandes avances, pero con firmeza. Se comenzaría por averiguar dónde se generaban los costes hospitalarios. Por extraño que pueda resultar bajo nuestra perspectiva actual, había que desterrar la idea del hospital como caja negra, que genera una serie de costes en su funcionamiento general, para acoger la concepción de que tales consumos se generaban en un lugar concreto de la mencionada estructura. Ya no iba a resultar válido el exponer que el hospital costaba cierta cantidad monetaria, sino que tal magnitud económica se había originado en cierto departamento o tal sección. En esencia, resultaba preceptivo identificar cada coste, en qué consistía y dónde se generaba. Ni que decir tiene de la inestimable ayuda de la contabilidad analítica para estos menesteres. Como muestra del interés en la temática, la administración organiza una serie de encuentros para debatir este aspecto en las organizaciones sanitarias, desde el año 1993, tales como las Jornadas de Evaluación y Gestión de Costes Hospitalarios y Sanitarios (7), (8).

Realizando su finalidad, restableciendo la salud perdida o atenuando el dolor, como se mencionó en el epígrafe anterior, existe un proceso consistente –a grosso modo– en un diagnóstico, prescripción de tratamiento, desarrollo de un proceso de hospitalización en su caso y un alta. En los mencionados pasos, se produce un consumo de recursos –humanos y materiales– que iban a componer el coste de esa empresa, como veremos a continuación. Tales recursos, al pasar a formar parte integrante del proceso productivo, quedan inutilizados o transformados, con el objeto de que pueda obtenerse el servicio final. Los medicamentos, víveres, material sanitario desechable... han sido sacrificados. Parte de las instalaciones, equipos, utensilios... sufren un desgaste físico y la mano de obra ha sido empleada, resultando consumida en cierta forma para otra actividad distinta. Así, denominaríamos coste a ese consumo de bienes y servicios iniciales necesario para conseguir el objeto final. Pero no será suficiente con el concepto en cuestión: resultará preceptiva una cuantificación del coste, es decir, expresado no en horas/hombre o en kg de víveres, sino en unidades monetarias para que pueda ser medido homogéneamente.

Siguiendo a Guadalajara (1994) (9), a grandes rasgos podríamos distinguir los siguientes elementos del coste de un producto. Habría una primera clasificación, distinguiendo consumo de recursos humanos y consumo de recursos materiales. El primero se referiría exclusivamente al coste de personal (consumo de horas/hombre en el producto en cuestión, cuantificado en unidades monetarias) y el segundo a todo lo demás. Dentro del consumo de recursos materiales, cabría distinguir el consumo de material desechable o fungible, artículos susceptibles de almacenamiento y que se van agotando en función de las necesidades de cada sección del hospital. Sería el consumo de material sanitario de reposición, reactivos, material radiológico, medicamentos, víveres... Otro gran bloque sería el consumo de servicios exteriores, como pueden ser el suministro de electricidad, agua, subcontrataciones con empresas externas... Un tercer bloque lo constituirían las amortizaciones del inmovilizado: la pérdida de valor por uso, obsolescencia... de instalaciones y edificios, maquinaria,

mobiliario... Y ya para terminar, cabría considerar un bloque de gastos generales: tributos, sanciones... Resulta indudable el enfoque simplificado que se muestra, susceptible de ser detallado.

Una vez mentalizados de la tarea a emprender, comenzaríamos por definir estructuras de funcionamiento, tal que nos permitiera conocer el coste de nuestro producto. Por tanto, expondremos en primer lugar una serie de requisitos imprescindibles, para continuar con una somera descripción del proceso de funcionamiento. Finalmente, se reseñan los resultados obtenidos del proceso en cuestión.

En un primer apartado, serán de rigor ciertos requisitos básicos en el hospital, antes de que el sistema comience a funcionar aportando la información solicitada. En primer lugar, es necesario dotar al hospital de la estructura necesaria. Para ello, se muestra preceptiva la definición de los centros de coste del hospital, como aquellas unidades mínimas capaces de generar éstos. Normalmente, tales centros de coste se articulan en varios niveles, en forma de estructura ramificada. Se definen centros de coste básicos, los cuales se agrupan en centros de coste mayores, que -a su vez- vuelven a agruparse en unidades aún más amplias, hasta llegar al hospital como tal. Las unidades básicas más pequeñas estarán dotadas cada una de sus propios recursos humanos, localización física y un código identificativo y serán aquéllas sobre las que recaiga cada coste que se produzca. La finalidad es que cada coste que se genere se asigne inequívocamente a una de estas unidades básicas. Por ejemplo, si se consume un material determinado, ese consumo será un coste de la unidad que efectivamente lo ha consumido, por ejemplo, de la unidad de Radiología.

Usualmente, resulta común el denominar a tales unidades de coste como Grupos Funcionales Homogéneos (Gfhs). Tales Grupos se agrupan formando un Servicio Funcional y varios Servicios Funcionales integrarán lo que usualmente se denomina un Área Funcional. Estas integran el hospital propiamente dicho. El Instituto Nacional de la Salud remitió orientaciones precisas al respecto, como así se expone en sus publicaciones “Coste por Proceso” (1995) (10) y “Gestión Analítica Hospitalaria - Proyecto Signo-” (1996) (11), entre otras.

A continuación, una vez estructurado el hospital en Gfhs, deberá articularse un sistema de información adecuado, es decir, una estructura formal que recoja, procese y distribuya los datos pertinentes que ayuden a la toma de decisiones, datos tanto asistenciales como económicos, medidas de actividad de cada Grupo Funcional Homogéneo y medidas de los consumos que van aconteciendo. Siguiendo a Wilson (1992) (12), para cualquier empeño en el área de control de costes será esencial contar con un sistema de información como medio de aportar ésta a cada nivel de dirección. Con la mencionada estructura ya implementada, se está en el punto de partida en lo que al proceso de funcionamiento se refiere.

El proceso de funcionamiento en cuestión es susceptible de ser desagregado en varias etapas, a efectos de conseguir una mayor claridad expositiva. En un primer

paso, se deberá asignar costes directamente a cada centro de coste básico. Mediante tal adjudicación de cada uno de los distintos consumos de recursos generados en el hospital al Gfh que lo originó, ningún coste deberá quedar sin asignar a un centro de coste. A título de ejemplo, el coste del personal de la Unidad de Enfermería de la planta 4ª se asignará el Gfh “Unidad de Enfermería Planta 4ª”.

A continuación, deberán distinguirse centros de coste emisores de los no emisores. Centros emisores serán aquéllos que van a repartir sus costes entre los demás centros, a fin de llegar a totalizar los consumos en lo que posteriormente denominaremos servicios finales. Ejemplo: el personal asociado a la unidad de Cocina va a ser un centro de coste emisor, pues repartirá sus costes entre sus servicios peticionarios.

Después, deberá acontecer un proceso de reparto de costes desde los centros emisores hacia los demás, lo que denominaríamos proceso de cascada analítica. El reparto se efectuará en virtud de unos criterios de reparto homologados a nivel nacional. Ejemplo: el personal de la Unidad de Cocina repartirá sus costes entre los demás Gfhs proporcionalmente a los menús encargadas por éstos otros.

Posteriormente, en otro ámbito de actuación, se deberá distinguir entre los servicios funcionales –como agrupación de centros de coste básicos– aquéllos que se consideran finales. Según normas de homologación, serán Servicios Finales aquéllos que definen la actividad principal del hospital. Se trata de los departamentos clásicos asistenciales, tales como Traumatología, Cirugía... Los servicios no finales vendrían a dar soporte a los finales, estarían en condiciones de facturarles sus costes, bien directa o bien indirectamente. No finales serían, por ejemplo, Radiología –pues trabaja bajo pedido de lo que solicitan otros servicios– o el departamento de Contabilidad Analítica, necesario para el funcionamiento de la organización.

Restará agrupar los distintos centros no emisores en los Servicios Finales. En este proceso, se producirá una agregación de los centros de coste que componen un servicio final. A título de ejemplo, señalaremos que el servicio final de Nefrología vendría dado por los Gfhs de la Unidad de Enfermería de Hemodiálisis –proceso específico que se atiende dentro de Nefrología– y por otras unidades de coste también pertenecientes al servicio de Nefrología, pero que no se ocupa de Hemodiálisis.

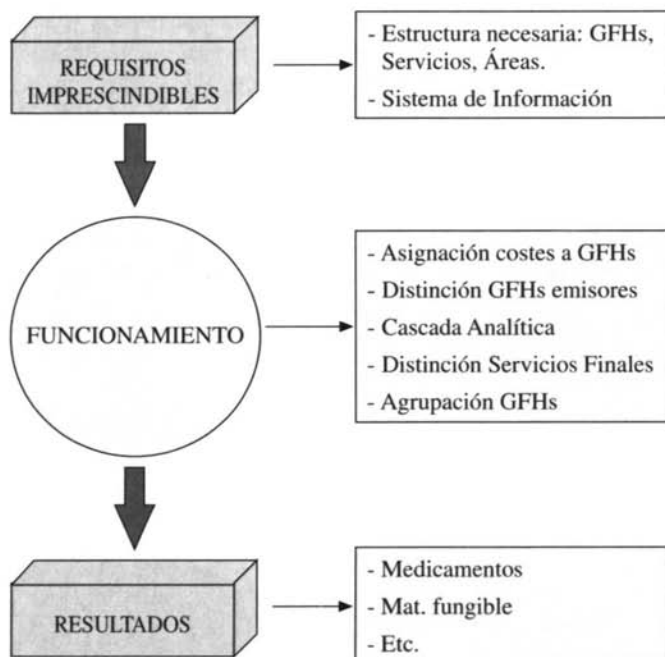
Reseñados los pasos recientemente mencionados, en base a la agregación anterior se consigue conocer el coste de cada Servicio final, una vez repercutidos todos los gastos. La suma de los costes de los Servicio finales nos dará el coste del hospital en el periodo de tiempo considerado. Con todo ello, se obtienen los costes por servicio, distinguiéndolo en una serie de conceptos: personal, suministros, energía, amortización, alimentación, logística, mantenimiento, radiología,...

Realizando un cruce de esta información económica con la información asistencial del servicio final, podríamos obtener costes por unidad de producto. Si tal unidad es la estancia, obtendremos el coste de cada estancia generada. Si la unidad de pro-

ducto fuera “el tratamiento de la patología X”, tendríamos el coste de tal patología. Esta sería una línea avanzada de trabajo. Actualmente, se trabaja en cruzar la mencionada información económica con la casuística -diversidad de patologías- tratada en el servicio. Con ello se consigue el coste por GRD (Grupos Relacionados de Diagnóstico), descartando los costes de no hospitalización (procesos que no implican el ingreso del paciente en la entidad) y siendo necesaria una adecuada base de datos de la tipología tratada de pacientes, para así tener una adecuada visión de las patologías tratadas y codificadas. Fundamentalmente, dos caminos en este aspecto. Uno, calculando el coste total medio por GRD, a partir del coste del servicio o del hospital, y de la ponderación según pesos específicos de los GRDs. O bien, calculando el coste real por paciente para calcular, a posteriori y por agregación, el coste del GRD, según los pacientes que lo integran, tarea ésta harto compleja.

A título gráfico, es posible apreciar el proceso de Obtención del Coste Hospitalario en la figura 2, según se muestra seguidamente.

Figura 2. Obtención Coste Hospitalario



IV. ALGUNAS REFLEXIONES

Una vez visto todo lo anterior, podemos deducir que no se trata de tarea fácil el acometer los cambios necesarios para establecer un sistema de contabilidad analítica.

ca hospitalaria que nos permita conocer el consumo de recursos por cada uno de los servicios integrantes del hospital. Habrá que, ciertamente, reestructurar el hospital con la definición de los centros de coste indispensables para el nuevo sistema, además de mentalizar al personal en sus diferentes estratos de que los consumos de recursos no son algo accesorio y marginal, sino que, suponen un inconveniente importante a la hora de realizar la finalidad última del hospital ya comentada. Así pues, se desprende de la dificultad que entraña el conocimiento del coste hospitalario.

No obstante, si la organización es capaz de avanzar en lo argumentado -y en caso contrario, la supervivencia estaría en tela de juicio-, se estaría en condiciones de obtener el coste por producto de la empresa hospitalaria. Se partió de la consideración del hospital como empresa para llegar al cálculo del coste de su producto, todo ello motivado por la cuestión de supervivencia. No puede sobrevivir un empresa que no conoce en profundidad cuál es el coste de su producto. Y para llegar al conocimiento del mismo, ha sido necesario un cambio sustancial.

Una vez conocido el coste del producto, como paso siguiente acontecería el control de los mismos. Es decir, ese coste final y trabajosamente calculado del producto en cuestión, ¿cuál es su significado?, ¿es el que cabría esperar?, ¿cómo podríamos mejorarlo?. En definitiva, el soporte que presta el conocimiento del coste hospitalario hacia la toma de decisiones, está fuera de toda discusión. Más aún, podemos concluir que se configura como herramienta indispensable en la gestión de la organización hospitalaria. El sistema aportaría una información esencial para cualquier organización empresarial, tal como es el conocimiento del origen de sus costes según departamentos y su posterior repercusión en su abanico de productos. Restará emplear tal conocimiento para continuar avanzando de cara a aprovechar de la mejor manera posible esos recursos que ahora sí que sabríamos donde se han consumido.

V. BIBLIOGRAFÍA

(1) GUILLIES, D.A., (1994); *Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas*; Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.; Barcelona; Masson-Salvat.

(2) ASENJO, M.A. y BOHIGAS, L.I., (1989); *Gestión hospitalaria*; Barcelona; Eurosystem, S.A.

(3) NAVARRO, L. et al, (1996); *Gestión de Instituciones Sanitarias*; Zaragoza; Mira Editores.

(4) CASAS, M., (1991); *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Experiencia y perspectivas de utilización*; Barcelona; Masson, S.A.

(5) BUENO, E. et al, (1994); *Economía de la Empresa. Análisis de las decisiones empresariales*; Madrid; Ed Pirámide.

(6) IRURETAGOYENA, M.T., (1994); *Contabilidad de Costes*; Barcelona; Ed. Planeta-Agostini.

(7) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, (1993); *Actas I Jornadas Evaluación y Gestión Costes Hospitalarios*; Hellín.

(8) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, (1994); *Actas II Jornadas Evaluación y Gestión Costes Sanitarios*; Oviedo.

(9) GUADALAJARA, N., (1994); *Análisis de costes en los hospitales*; Valencia; MCQ Ediciones.

(10) INSALUD, (1995); *Proyecto Coste por Proceso*; Madrid; INSALUD.

(11) INSALUD, (1996); *Gestión analítica hospitalaria (Proyecto Signo)*; Madrid; INSALUD.

(12) WILSON, R., (1992); *Manual de Control de Costes*; Bilbao; Ed. Deusto.