

## ***La Contabilidad de Costes en los Hospitales de EE.UU. La Problemática de la Asignación de los Costes***

Monge, Pedro

**Pedro Monge Lozano**  
Profesor de la Universidad  
de Huelva, España.  
[monge@uhu.es](mailto:monge@uhu.es)

Recibido: 03-10-03  
Revisado: 24-11-03  
Aceptado: 15-12-03

El presente artículo se basa en las conclusiones obtenidas de una investigación dirigida a los hospitales de EE UU. Queremos que el lector se haga una idea de la función que cumple la Contabilidad de Costes en los hospitales de dicho país y también las dificultades con las que se encuentran los gestores hospitalarios a la hora de utilizar las bases de reparto de costes entre los diversos centros de responsabilidad del hospital. También incluimos las soluciones y alternativas que dichos gestores utilizan para solventar los problemas que día a día se les presentan a la hora de calcular los costes de los "productos".

El artículo está dividido en siete epígrafes, que comienza con una introducción y termina con una serie de conclusiones. Además en el resto, se analiza la organización interna de un hospital, el sistema de coste más común entre los hospitales, las unidades de obra, la forma de efectuar el reparto entre los centros y el software más utilizado por el sector hospitalario.

**Palabras clave:** Hospitales, EE.UU., contabilidad, costes, unidades de obra, software.

**RESUMEN**

This work is based on the conclusions obtained from an investigation directed to the USA hospitals. We want that the reader becomes an idea of the function that fulfills the Cost Accounting in the hospitals of that country as well as the difficulties which have the hospital managers at the time to using the cost distribution bases between the diverse hospital responsibility centers. Also we included the solutions and alternatives that these managers use to resolve the problems, which day-to-day appear at time of calculating the "product" costs.

This paper is divided in seven epigraphs, which begins with an introduction and finishes with conclusions. Besides in the rest, we analyze the hospital internal organization, the common cost system between the hospitals, the work units, the form to carry out the distribution between the centers and the software more used by the hospital sector.

**Key words:** Hospitals, USA, accounting, costs, work units, software.

**ABSTRACT**

## 1. Introducción

El título que le hemos dado a nuestro trabajo, da una idea del contenido que vamos a tratar en los siguientes epígrafes. El artículo pretende que el lector conozca los sistemas de coste más utilizados en los hospitales de EE. UU. y, al mismo tiempo, de una forma somera, los problemas que surgen al efectuar la asignación de los costes, así como las soluciones, dadas por los gestores hospitalarios, a dichos problemas, si es que tienen solución.

Todo lo que vamos a exponer seguidamente, salvo el punto 2, se basa en un trabajo de investigación que comenzamos en el año 1999. En dicho año, confeccionamos una encuesta dirigida a gerentes de hospitales con la idea de conocer de primera mano la realidad hospitalaria en los EE. UU.

Las preguntas estaban agrupadas en tres bloques: con el primero queríamos conocer las características de los hospitales (tipo de hospital, finalidad, número de camas, presupuesto, etc.) con el segundo, el modo de calcular el coste de los "productos" y las "herramientas" que se utilizan así como los problemas y las soluciones que surgen a la hora de seleccionar las unidades de reparto entre los centros. El tercer bloque de preguntas, iba dirigido a conocer la forma de realizar la planificación estratégica y las técnicas que suelen emplearse.

En este artículo, sólo nos centramos en el bloque segundo y en sólo una parte de las conclusiones ya que la totalidad, sobrepasa en extensión, los límites impuestos por la revista para la presentación de artículos.

Antes de comenzar hemos de advertir que seleccionamos, para la investigación, una muestra de hospitales de cada uno de los Estados, que

daba un nivel de confianza del 95% y que todas nuestras conclusiones poseen un error de +/- el 12%.

## 2. Organización Interna

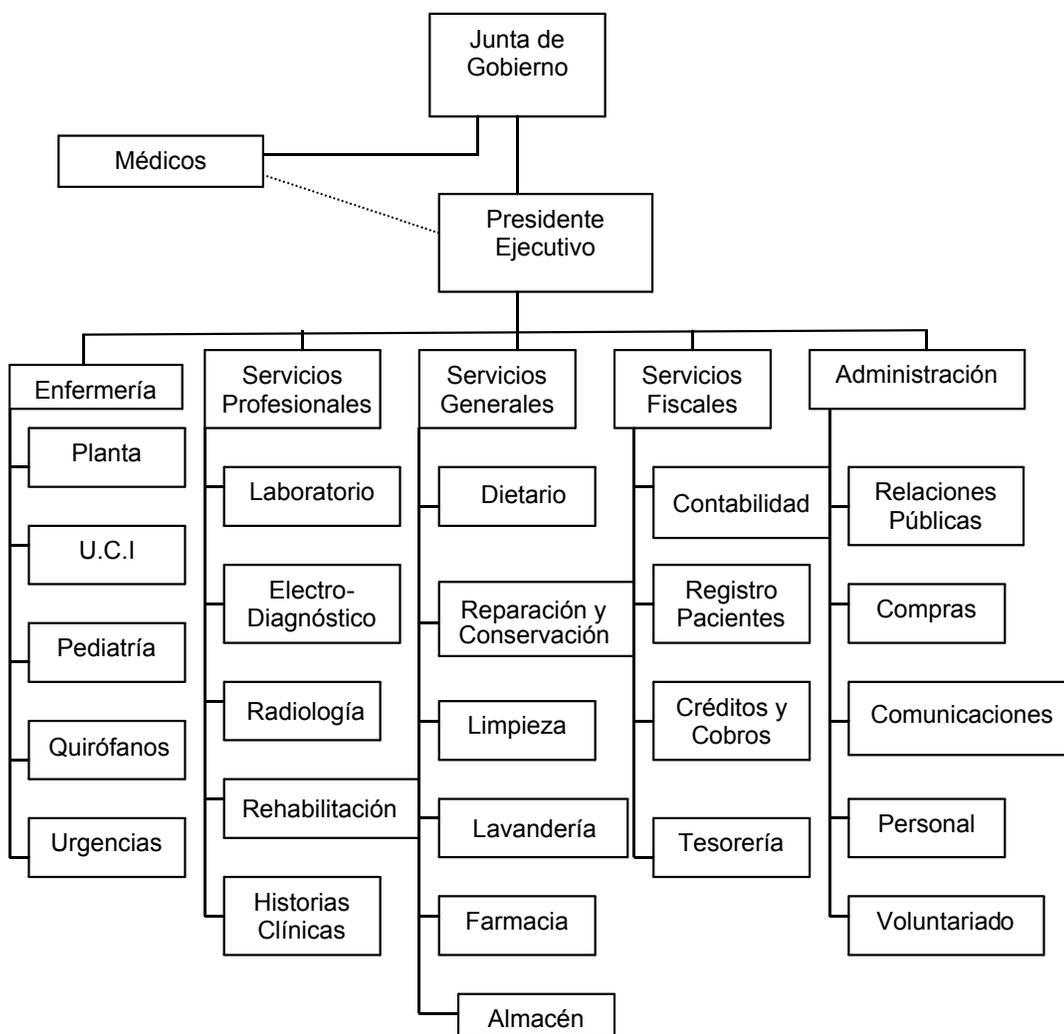
Tradicionalmente, los hospitales de EE.UU. están internamente organizados en tres grandes líneas de autoridad: médicos, administración y equipo de gobierno. Este último, en los hospitales benéficos, está compuesto por personas que ocupan puestos importantes dentro de una determinada comunidad o que poseen grandes industrias o negocios y que, años atrás, mantenían la viabilidad del hospital con la aportación de fondos. Hoy día, cada vez más, dicha viabilidad se consigue con la financiación mediante préstamos con bajos tipos de interés. Los no benéficos poseen un consejo de administración formado, mayoritariamente, por los propios accionistas ya que son ellos los propietarios del negocio.

La administración de un hospital ha sido reconocida como profesión desde comienzos de 1900, siendo la American College of Healthcare Executives la que agrupa a esta clase de ejecutivos. Está integrada por profesionales ajenos a la profesión médica que han surgido a consecuencia de la gran escalada de los gastos así como la gran complejidad para conseguir financiación. Cada vez más los administradores están realizando un mayor control y grandes esfuerzos para implicar a los médicos en la difícil tarea de controlar los gastos.

El papel de un médico dentro del hospital se centra en tener la responsabilidad sobre el apropiado cuidado de los enfermos, decidir el ingreso o su tratamiento externo, las pruebas que han de realizársele, la medicación que debe administrarse, etc. Las relaciones entre el hospital y el médico

pueden estar reguladas por tres tipos de contratos: de exclusividad (whole time), a tiempo completo (full time) y a tiempo parcial (part time). En el primer caso las horas semanales dedicadas al hospital oscilan entre 50-70 y su actividad, al ser empleados del hospital, se centran no sólo en la atención de los enfermos sino que realizan funciones tanto administrativas como docentes y de investigación. Este tipo de contrato imposibilita, al médico, para la práctica de la medicina de forma privada.

Un médico “full time” puede ser parte de la plantilla o estar contratado, dedica, al hospital, entre 40-50 horas semanales y pueden ejercer su profesión de forma independiente. Su actividad se centra en la atención a los enfermos y la docencia. Por último, los “part time”, al igual que los anteriores, ejercen su profesión de forma privada y en el hospital están menos de 40 horas. No forman parte de la plantilla ya que su relación es meramente contractual y sólo tienen la misión de prestar la atención necesaria a los enfermos de un hospital.



**Gráfico 1. Organigrama del hospital**

Fuente: Loma Linda University Medical Center.

En el organigrama del hospital, los médicos se sitúan como un órgano staff y salvo que sean sus propietarios o trabajen en hospitales públicos, no forman parte de la plantilla. La excepción está en determinados especialistas como patólogos, radiólogos, anestesistas los cuales, al prestar servicios de apoyo a los enfermos ingresados, sí forman parte de ella. Los médicos de urgencias, por su trabajo tan importante y fundamental dentro de un hospital, también forman parte de este grupo.

Aunque en la figura 1 hemos reflejado la estructura general de un hospital, debemos advertir que no todos los hospitales están organizados de la misma forma ni poseen todas y cada una de las unidades, ya que ello depende de su tamaño, servicios que presta, la forma de gestión, etc. No obstante nos da una idea aproximada de los pilares básicos de este tipo de organizaciones.

En lo alto del organigrama está la Junta de Gobierno (Governing Board) cuya misión es la gestión de los recursos y para ello elaboran objetivos generales, políticas a seguir, aprueban presupuestos y planifican las actividades del hospital. La gestión diaria del hospital está en manos del Presidente Ejecutivo (Chief Executive Officer, en adelante CEO) y la organización de los servicios médico-quirúrgicos la tiene el Director Médico (Chief of Medical Staff), ambos actúan por delegación de la Junta y trabajan de una forma coordinada.

En los grandes hospitales es imposible que el CEO pueda supervisar todas las actividades del hospital, por ello, existe una división del hospital en secciones en las que a la cabeza se sitúa un vicepresidente que actúa por delegación del CEO, respondiendo ante él y la Junta de cualquier irregularidad que se produzca. Cada una de las secciones, a su vez, está dividida en departamen-

tos y éstos en unidades o centros de responsabilidad y cuya gestión está en manos de una persona que es responsable, primero ante el director del departamento y después ante el vicepresidente.

### **3. La Contabilidad Financiera y de Costes**

Los hospitales de EE. UU., para poder competir en el mercado, necesitan una buena información ya que ésta adquiere una importancia vital para la toma de decisiones sobre la marcha y el futuro del hospital. La contabilidad tanto financiera como de gestión son las herramientas básicas utilizadas por los gestores para todo el proceso de planificación, presupuestación y toma de decisiones. A priori esta última, como es de uso interno, no está sujeta a ningún tipo de formalismo ni obligación legal de confeccionarla, pero es tan grande el poder de las aseguradoras Medicare, Medicaid, Blue Cross, etc., que obligan a los hospitales a presentar anualmente un informe de los costes de la institución en un determinado formato, si quieren, en un futuro, seguir contando con los ingresos procedentes de sus asegurados.

La contabilidad financiera, en cambio, sí es obligatoria, fundamentalmente por el tema fiscal y muy necesaria para el suministro de información al exterior: inversores, bancos, proveedores e incluso asociaciones, utilizan los datos suministrados por ella para obtener información. De hecho, para conceder una acreditación por parte de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (en adelante, JCAHO), entre otros requisitos, exige de los hospitales que cumplan con dicha obligación.

Existe un Plan General Contable confeccionado por el Dr. Seawell<sup>1</sup> y su equipo, publicado en el año 1994, en el que se recogen una serie de

---

<sup>1</sup> El Dr. L. Vann Seawell, entre otros méritos, es profesor emérito de Contabilidad en la Universidad de Indiana y miembro de la HFMA.

normas, principios, cuadro de cuentas y estados financieros para ser utilizado por las empresas sanitarias. La idea de su confección partió de la Health Financial Management Association (en adelante, HFMA) con el propósito de actualizar el elaborado por la American Hospital Association (en adelante AHA) en el año 1966 y también que sirviera, para que en un futuro, pudiera incorporar modificaciones y mejoras.

Las normas, constituyen la primera parte, han sido dictadas por la Financial Accounting Standards Board (en adelante, FASB) y en ellas se recogen una serie de objetivos que se pretenden alcanzar; las características que debe reunir la información contable; identificación y contenido de los estados financieros y las principales masas patrimoniales que lo forman. En una segunda parte se especifican una serie de principios, generalmente aceptados, elaboradas por la American Institute of Certified Public Accountants (en adelante, AICPA), que versan sobre la forma de registrar los hechos contables y confeccionar los informes anuales.

La tercera parte comprende el cuadro de cuentas, dividido en nueve grupos, cada uno de ellos está subclasificado en varios grupos que contienen una serie de cuentas. Por último, en la cuarta se incluyen las cuentas anuales que se componen del Balance de Situación, Estado de Pérdidas y Ganancias y el de Cash Flows.

Para calcular el valor de la depreciación de los edificios, instalaciones, equipos, etc.; la AHA, desde el año 1973, viene editando y revisando cada quinquenio una guía en la que se relacionan los activos inmovilizados que forma parte de los hospitales y la estimación de los años de vida útil de cada uno de ellos. No es una norma de obligado cumplimiento, pero es necesaria a la hora de confeccionar los informes que se envían a Medicare. Además, la HCFA incluye la amortización, a la hora de calcular las cargas a pagar por la presta-

ción de servicios a los asegurados de Medicare, basándose en dichos años de vida útil. Por lo tanto su conocimiento es fundamental a la hora de planificar y confeccionar presupuestos.

#### **4. Sistemas de Coste**

Hoy día con la presencia del Managed Care y del Prospective Payment System (en adelante, PPS), coincidimos con Baker (1999), en considerar muy importante, para los hospitales norteamericanos, contar con un buen sistema de costes por varios motivos. Primero, la información suministrada es básica para compararla con los ingresos recibidos de las compañías aseguradoras. Segundo, para la firma de contratos con futuras compañías de seguros. Tercero, proporciona información sobre la eficiencia de los departamentos, unidades o productos que permiten realizar las oportunas correcciones. Cuarto, los costes de un determinado año pueden ser comparados con los de otros para analizar y tratar de corregir desviaciones. Quinto, es fundamental para la preparación y confección de presupuestos. Sexto, permite tomar decisiones sobre determinados servicios, si es mejor prestarlos con personal propio o por medio de contratados. Por último, se puede realizar una planificación de futuro sobre inversiones en equipos, expansiones o reducciones de servicios, etc.

Nuestros encuestados así lo entienden ya que 93% de los hospitales considera a la Contabilidad de Costes como una parte del sistema empleado para la toma de decisiones, contando con análisis estadísticos, de mercado, previsiones sobre inflación, tipos de interés, etc. que sirven de refuerzo a dicho proceso. El resto la consideran como fundamental y básica, siendo utilizada como la única referencia válida para realizar presupuestos, planificar, etc.

Según señalan Finkler y Ward (1999) la forma común de obtener el coste de los productos, ya que es la exigida por Medicare para la confección de los informes que deben ser enviados periódicamente por los hospitales, es la que consiste en asignar, en un primer reparto, todos los costes directos<sup>2</sup> a cada uno de los centros. Posteriormente, en un segundo reparto, el acumulado en cada uno de los Centros de Coste (que son los centros generales o de mantenimiento y de apoyo) es repartido, mediante un determinado sistema de coste, entre los Centros de Beneficio (que pueden denominarse centros finales).

No obstante, sabemos que desde los años 80 se viene aplicando en la industria, sobre todo norteamericana, el sistema del coste basado en las actividades (Activity Based Costing System, en adelante ABC), según el cual, son éstas las que consumen recursos y también las que se asignan a los productos. Este sistema tiene la ventaja de poder eliminar las distorsiones o errores que se producen a la hora de asignar los costes indirectos<sup>3</sup>. Creemos, al igual que la mayoría de los autores analizados, que el ABC se adapta perfectamente a los hospitales por la sencilla razón de que todos los "productos", lo que consumen realmente son las actividades que se desarrollan dentro de cada uno de ellos.

El ABC, como se ha señalado, se basa en que son las actividades las que consumen recursos, por lo tanto, hay que desglosar en cada empresa cuáles son las actividades que se realizan. Una vez que ya están definidas, todos los costes por naturaleza se asignan de forma directa a las diferentes actividades con lo cual, una vez terminado el reparto, cada una de ellas posee un coste acumulado. A cada actividad se le asigna un inductor de coste o coeficiente de reparto (metros cuadrados, kilogramos de ropa, horas máquina,

etc.). Seguidamente, se obtiene el coste unitario de cada inductor de coste y luego, de forma directa, cada producto recibe un coste igual al resultado de multiplicar el número de inductores utilizados por su coste unitario.

Nuestra siguiente pregunta precisamente está enfocada en conocer si son muchos los hospitales que ya utilizan dicho sistema. El resultado es que la mayoría siguen utilizando el modelo tradicional y sólo 13% ya han incorporado el ABC. A los que no utilizan el ABC, hemos preguntado si sólo tienen en cuenta, al realizar las asignaciones, los costes tanto directos como indirectos o sólo los primeros y la conclusión ha sido que, mayoritariamente, en un porcentaje de 56%, utilizan ambos tipos de coste. Ello quiere decir que los hospitales estadounidenses utilizan, de forma mayoritaria, el sistema de costes completos.

Consideramos que en EE. UU. sería muy conveniente, dada la gran presión que sufren los hospitales por parte de las compañías de seguros, que utilizaran de una forma generalizada el ABC pues pensemos que en este tipo de empresas los costes indirectos son muy elevados y, si para su asignación se utilizan como bases de reparto, por ejemplo, las horas de cuidados, el número de tests, etc.; los departamentos con reducido número de productos reciben una asignación mucho menor de costes que otros con un elevado número. Pensemos también lo problemático que sería decidir la supresión de una determinada unidad o servicio, por no ser eficiente, sobre la base de un estudio con datos distorsionados.

## **5. Centros de Coste y Centros de Beneficio**

Hemos de aclarar que no todos los departamentos en un hospital están divididos en unidades, por lo tanto, en los que no exista esta división, constituyen centros de responsabilidad. Todos los

---

<sup>2</sup> Los costes directos son los que pueden ser claramente asignados a una unidad de referencia (producto o centro). Por ejemplo, el coste del personal asignado a un centro es un coste directo para el mismo.

<sup>3</sup> Los costes indirectos son los que no están asignados a una sola unidad de referencia. Por ej., los costes de limpieza, lavandería, etc.

centros de responsabilidad incurren en gastos y algunos son los responsables de generar ingresos, con lo cual podemos clasificarlos, desde un punto de vista contable, en dos grandes grupos: centros de coste y centros de beneficio.

Los primeros, denominados por autores tales como Gapenski (1999), Cleverley (1989), Baker (1998), Finkler y Ward (1999) nonrevenue centers, lo forma una serie de centros que prestan servicios a todo el hospital o sirven de apoyo tanto a los centros anteriores como a los de beneficio. Son, por lo tanto los que soportan una serie de costes y no generan ingreso alguno ya que no prestan servicios directos a los pacientes. Un primer grupo comprende una serie de centros que tiene como misión el mantenimiento del enfermo (limpieza, mantenimiento, lavandería, etc.) y, el segundo, sirve de apoyo tanto al anterior como al resto (seguro, impuestos, administración, etc.).

De otro lado están los denominados, también por los mismos autores anteriores, revenue centers, que soportan los costes propios y de otros departamentos, pero, como contrapartida, son los que generan ingresos para el hospital. Lo forman una serie de centros cuya función es la prestación directa de servicios tanto de cuidados, como de tratamiento, diagnóstico y de rehabilitación

(enfermería, laboratorios, farmacia) y otros que sólo tienen como misión el tratamiento de los enfermos. Estos últimos suelen estar separados, también desde un punto de vista contable, por especialidades médicas o bien, por Categorías de Diagnósticos Mayores (Major Diagnostic Categories, en adelante MDCs). A la hora de calcular el coste por procesos, cada una de éstas, se desglosa en Grupos Relacionados con el Diagnóstico (Diagnosis-Related Groups, en adelante DRGs).

Seguidamente vamos a relacionar una serie de centros que reflejan la división del hospital que, desde el punto de vista de la contabilidad de costes, es más común entre ellos. Cada uno de ellos tienen asignados una o varias bases de reparto, extraídas de nuestra investigación empírica y colocadas según las preferencias de nuestros encuestados.

### 5.1 Centros de Coste

El primer grupo, recogido en el Cuadro 1, está formado por todos los centros cuya misión es el mantenimiento del enfermo, son muy necesarios en un hospital, pero no forman parte de la actividad fundamental y última que consiste en el restablecimiento de la salud perdida.

#### Cuadro 1

##### Centros de mantenimiento

Nombre	Unidades de reparto
Alimentación	Número de menús, pacientes
Reparación y conservación	Metros cuadrados, órdenes de trabajo
Lavandería	Kilos, unidades
Limpieza	Metros cuadrados, tiempo
Seguridad	Metros cuadrados
Historia clínicas	Pacientes, tiempo, ingresos
Información	Costes, tiempo
Admisión	Pacientes
Comunicaciones	Aparatos
Facturación	Ingresos, tiempo, costes

Fuente: Elaboración propia.

Los costes son acumulados en cada uno de los centros, obteniéndose un total por cada uno de ellos, posteriormente se calcula el valor unitario de cada uno de las bases de reparto y se efectúa su asignación al resto de centros, en función del consumo efectuado. Los centros que realizan la asignación, utilizando como referencia el coste, obtienen unos porcentajes de distribución dividiendo el del centro de destino entre el total de los centros que deben recibirlos. De igual forma, se obtiene el porcentaje del centro de facturación, pero en este caso el cálculo se efectúa con los ingresos que se generan en los centros de destino.

Salvo seguridad, admisión y comunicaciones en los que todos los hospitales han coincidido en señalar una única base de reparto, el resto, poseen dos y tres, producto de los medios con los que cada uno de los CEOs cuenta para obtener la información.

Si se analiza la lavandería, la mayoría de los hospitales obtienen el coste unitario del kilo de ropa lavado y su reparto se realiza en función de los kilos entregados. En los hospitales que utilizan las unidades o piezas lavadas, se asigna según las entregadas.

Para nuestros hospitales, las bases de reparto que son más problemáticas, a la hora de obtener el coste unitario, son los metros cuadrados, los teléfonos y el tiempo empleado. La primera porque continuamente se están realizando reformas o ampliaciones y, por lo tanto, las estimaciones realizadas para un año, no sirven para el siguiente. Ello supone un trabajo extra de realizar periódicamente, un recorrido por el hospital, o estimaciones basadas en los planos de las instalaciones. Estas soluciones no son consideradas muy satisfactorias por nuestros entrevistados debido al tiempo que debe emplearse y el coste añadido que ello supone. La solución que se

plantea es la asignación en función de los costes de cada uno de los centros que requieren los servicios o dilatar, en el tiempo, el número de controles. Ambas opciones tampoco satisfacen a la mayoría y, en consecuencia, este tema todavía está sin resolver.

Para el consumo telefónico, la única opción planteada es prescindir del número de aparatos y realizar un cálculo real sobre la base de la facturación realizada por la compañía que realiza el servicio. Por su parte la opción del tiempo, como base de reparto, se plantea en la limpieza, información, historias clínicas y en facturación, la solución es que los trabajadores, incluidos los médicos, en el caso de las historias, confeccionen unos informes o partes de trabajo en los que se reflejen el tiempo empleado en cada uno de los centros, en el caso de la limpieza, o pacientes, en el resto.

La solución planteada para el teléfono y para el cálculo del tiempo, tampoco es muy satisfactoria ya que supone una carga para los responsables de su control y, en el caso de los informes, existe un problema añadido que consiste en las reticencias de los médicos y del resto del personal que deben confeccionarlos, suponiendo una gran labor de concienciación y un cambio de mentalidad de todo el personal.

El resto de los centros que no generan ingresos son los reflejados en el Cuadro 2 y, como hemos comentado anteriormente, sirven de apoyo tanto a los anteriormente analizados como al resto. Advertimos que muchos de ellos no son propiamente ni centros de responsabilidad ni constituyen unidades de los mismos (depreciación, seguros, intereses, impuestos, beneficios de empleados). Se trata, más bien, de actividades que pueden ser realizadas dentro de un departamento o unidad y que sólo a efectos del reparto tienen dicha consideración.

## Cuadro 2

### Centros de apoyo

Nombre	Unidades de reparto
Administración	Costes, número de empleados
Seguros	Ingresos
Impuestos y tasas	Ingresos
Beneficios de empleados	Sueldos y salarios, número de empleados
Recursos humanos	Tiempo, ingresos
Intereses	Costes, ingresos
Publicidad	Ingresos
Depreciación construcciones	Metros cuadrados, costes
Depreciación equipos	Tiempo

**Fuente:** Elaboración propia.

El coste, al igual que en los anteriores, es acumulado en cada uno de ellos, planteándose la misma problemática con el tiempo y los metros, que son, respectivamente, las bases de reparto utilizadas en recursos humanos y depreciación de las construcciones. Las soluciones, por lo tanto son las ya planteadas. Respecto a la depreciación de los equipos, se sugiere la opción de contar con una relación, por cada uno de los departamentos, con la especificación de si son compartidos, o no, y unos informes del tiempo de utilización, que suscitan la misma problemática ya comentada.

Como las soluciones planteadas no resuelven los problemas, hemos realizado una pregunta dirigida a conocer si han pensado en algo que pudiera evitar las distorsiones o errores en el reparto. Mayoritariamente, en un porcentaje del 72%, han declarado que, aunque insatisfechos, no se plantean otra opción y el resto propone la conveniencia de realizar un reparto basado en las actividades realizadas por los centros.

### 5.2 Centros de Beneficio

Están formados por una serie de centros que

constituyen la razón de ser de este tipo de empresas y, por lo tanto, son fundamentales para el restablecimiento de la salud. Soportan costes pero al mismo tiempo generan ingresos tanto presentes, por servicios prestados, como futuros, por la atracción de "clientes" potenciales.

Un primer grupo, que hemos denominado de funcionamiento, es el que aparece recogido en el Cuadro 3. Está formado por una serie de centros que tienen como misión: la prestación de los cuidados necesarios para la pronta recuperación del enfermo (enfermería de cuidados, quirófanos, etc.) y su tratamiento (farmacia, urgencias, etc.); apoyar a los médicos en el diagnóstico (laboratorios, rayos X, etc.) y en el proceso de la rehabilitación (terapia física, radiológica, respiratoria, etc.).

No todos ellos constituyen departamentos dentro de un hospital sino que suelen ser divisiones de los mismos, como es el caso de la enfermería que sólo a efectos contables está separada en cuatro centros.

### Cuadro 3

#### Centros de funcionamiento

Nombre	Unidades de reparto
Enfermería de cuidados generales	Pacientes día, tiempo
Enfermería de quirófanos	Pacientes día, tiempo
Enfermería de UCI	Pacientes día, tiempo
Enfermería de obstetricia y ginecología	Pacientes día, tiempo
Internos y residentes	Pacientes día, tiempo
Laboratorios	URVs, Número de tests
Rayos X	URVs, Número de casos
Equipos de alta tecnología	URVs, Número de casos
Farmacia	Coste del medicamento
Urgencias	Número de casos, tiempo
Terapia radiológica	Modalidad, tiempo
Terapia respiratoria	Modalidad, tiempo
Diálisis	Tiempo
Terapia física	Modalidad, tiempo
Ambulancias	Kilómetros, tiempo
Anestesia	Número de casos, tiempo
Quirófanos	Número de casos, tiempo
Suministros médico – quirúrgicos	Consumo

**Fuente:** Elaboración propia.

En algunos de ellos como laboratorios, terapia física, etc., el coste a repartir no es totalizado por centros sino que acumulado por procesos, tests en el primero, y modalidad o clase de terapia, en el segundo, siendo asignado en función del coste unitario del proceso requerido.

Es muy corriente, en aquellas unidades que realizan multitud de procesos de similares características, laboratorios, rayos X, equipos de alta tecnología, tener en cuenta la complejidad de los mismos y calcular el coste unitario de las Unidades Relativas de Valor (en adelante URVs). Una vez obtenido, cada proceso tendrá asignada una ponderación que es multiplicada por dicho coste, dando como resultado el coste unitario de cada uno.

Todos los hospitales que plantean como base el tiempo, tienen los mismos problemas ya comentados en los centros anteriores. La obtención del coste de la medicación suministrada también reviste gran complejidad, fundamentalmente por la gran cantidad y variedad existente y la solución planteada es la de agruparlos por componentes básicos para de esta forma obtener un coste medio unitario.

Las URVs requieren un estudio muy detallado y preciso para poder conocer con exactitud la ponderación que cada proceso debe llevar. Supone la presencia, in situ, de una o varias personas que analicen, durante más de un día, las actividades que llevan aparejadas cada uno de los procesos. Además, si se busca la certeza, es

necesaria la realización periódica de controles. Todo ello supone disponer de medios humanos, con el consiguiente coste que ello conlleva, que fuerzan a los hospitales a utilizar como referencia el coste unitario de cada proceso sin tener en cuenta la complejidad.

Lógicamente, las soluciones planteadas no satisfacen a nadie, aunque 60% se conforma y el resto proponen como medida alternativa la reunión con los directores de cada uno de los departamentos para que anualmente se confeccione un perfil

de costes estándar por cada departamento y un protocolo de tratamientos estándar por cada uno de los “productos” o líneas de “productos”.

Para terminar de analizar los centros de beneficios nos queda un segundo grupo formado por aquellos cuya única misión es el tratamiento de los enfermos. Ocupan dentro del hospital un gran espacio físico y suelen estar separados por especialidades médicas o por Categorías de Diagnósticos Mayores, tal y como reflejamos en el Cuadro 4.

#### Cuadro 4

##### Listado de departamentos por CDMs

Nombre	Unidades de reparto
Sistema nervioso	URVs, RCCs
Ojos	URVs, RCCs
Oído, nariz y garganta	URVs, RCCs
Sistema respiratorio	URVs, RCCs
Sistema circulatorio	URVs, RCCs
Sistema digestivo	URVs, RCCs
Sistema hepatobiliar y páncreas	URVs, RCCs
Sistema musculoesquelético y conectivo	URVs, RCCs
Enfermedades de la piel, tejido y mama	URVs, RCCs
Endocrino, nutricional y metabólico	URVs, RCCs
Riñón y tracto urinario	URVs, RCCs
Sistema reproductor masculino	URVs, RCCs
Sistema reproductor femenino	URVs, RCCs
Obstetricia y ginecología	URVs, RCCs
Recién nacidos y período perinatal	URVs, RCCs
Inmunología	URVs, RCCs
Oncología	URVs, RCCs
Enfermedades infecciosas	URVs, RCCs
Enfermedades mentales	URVs, RCCs
Abuso de drogas	URVs, RCCs
Heridas, envenenamientos	URVs, RCCs
Quemaduras	URVs, RCCs
Otros servicios de salud	URVs, RCCs
Medicación especial	URVs, RCCs
VIH	URVs, RCCs
Sin asignar	URVs, RCCs
Pacientes externos	URVs, RCCs

Fuente: Elaboración propia.

Está compuesto de 26 centros o departamentos que suministran el tratamiento dentro del hospital y uno que registra el coste de todos los enfermos que son tratados en consultas externas.

El coste de cada uno de los departamentos se obtiene por “productos”, enfermos, o por líneas de productos, GRDs, siendo esta última la forma más común de asignación. Para la asignación de todos aquellos costes que no pueden ser realizados de una forma directa se suelen usar las dos unidades que hemos reflejado en la tabla, utilizándose una u otra en función de la información disponible.

Mayoritariamente, en un porcentaje de 50%, suele utilizarse en Ratio de Costes por Cargas (en adelante, RCC) o ingresos generados por cada uno de los “productos”, es el más generalizado pues, es el utilizado por Medicare para efectuar el reparto de los costes indirectos. Su metodología es muy simple, consiste en dividir los ingresos producidos por cada GRD, dentro de un departamento, entre los totales del departamento. El porcentaje así obtenido es el que sirve de referencia para la asignación de los costes.

El resto de los hospitales, 15%, utilizan las URVs, en tanto que 35% se inclina por la utilización indistinta de URVs y RCCs. Lógicamente en aquellos hospitales que tienen implantado el ABC, la problemática de los costes indirectos no existe y efectúan una asignación directa de las actividades que cada “producto” ha necesitado.

Los CEOs tampoco están muy conformes con esta forma de asignación y siguen pensando que

la mejor opción es la confección de un perfil de costes estándar por departamentos y un protocolo de tratamientos estándar por “productos” o líneas.

## 6. Reparto de costes entre los centros

Nos falta un ultimo punto, para terminar con la asignación de costes, que es conocer la forma de efectuar el reparto entre los centros. Tres son las técnicas utilizadas por nuestros encuestados: la de distribución o reparto directo, la múltiple y la de cascada. En todos subyace la misma idea, efectuar un reparto de arriba abajo (Step Down, en terminología anglosajona), en otras palabras, de los centros que prestan servicios a todo el hospital a los centros que realizan una prestación directa a los pacientes.

### 6.1 Reparto directo

El Gráfico 2 nos ilustra esta técnica de efectuar el reparto entre los centros. Su metodología es simple y consiste en asignar de forma directa, a los centros de beneficio, todo el coste acumulado en los centros de coste. A la hora de efectuar un control de gestión por centros, esta técnica no es muy acertada ya que ignora las relaciones existentes entre los centros de coste. Pensemos en centros tales como limpieza y lavandería, si el reparto se efectúa de forma directa, no se tiene en cuenta que el segundo está utilizando los servicios del primero.

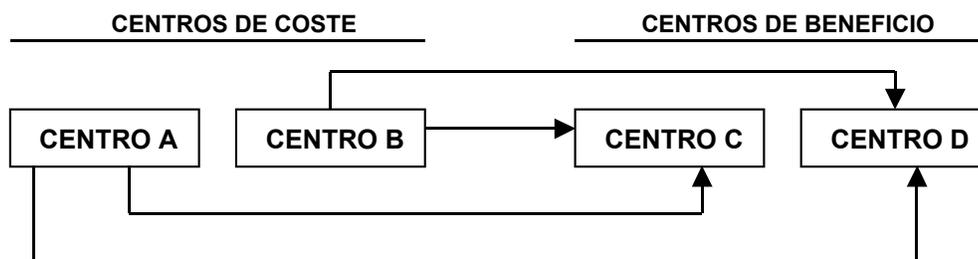


Gráfico 2. Reparto directo

Fuente: Elaboración propia.

### 6.2 Reparto en cascada

Como se aprecia en el Gráfico 3, esta forma de reparto solventa, en parte, el problema planteado en el reparto directo, ya que los centros de coste reciben la asignación de otro u otros. Antes de repartir, los centros deben ser ordenados de más generales a más específicos, terminado este proceso, el situado en primer lugar asigna su coste entre todos los centros que hayan utilizado sus servicios y que se encuentren por debajo en el orden establecido. La misma operación realizaremos con el segundo, tercero..., hasta terminar con el último de los centros de coste.

El principal inconveniente de esta técnica es que ninguno de los centros situados por debajo en la escala, puede repartir, a los situados por encima. Por lo tanto, el orden de colocación es muy importante y fundamental si se quiere evitar la distorsión del resultado final.

### 6.3 Reparto múltiple

Tal y como nos muestra el Gráfico 4, se realiza

un primer reparto entre centros de coste, teniendo en cuenta las relaciones entre dichos centros. Una vez terminada esta primera fase, se produce el reparto entre los centros de beneficio.

De todos, es el más acertado, pero al mismo tiempo, el más complejo debido a la gran cantidad de ecuaciones que se originan y el elevado número de incógnitas a calcular. Para resolver este sistema de ecuaciones es necesario confeccionar una matriz y contar con un apoyo informático que nos simplifique todo el proceso de cálculo.

De la encuesta se desprende que, mayoritariamente, los hospitales, en un porcentaje del 67%, utilizan el segundo método para efectuar el reparto, por su parte 22% el múltiple, en tanto que el resto usa el directo. El resultado no es de extrañar ya que el reparto en cascada es el utilizado, tanto por el gobierno federal como estatal, para la confección de informes de costes y además cuenta, desde el año 1966, con el beneplácito de Medicare para la confección de los informes que los hospitales deben remitir.

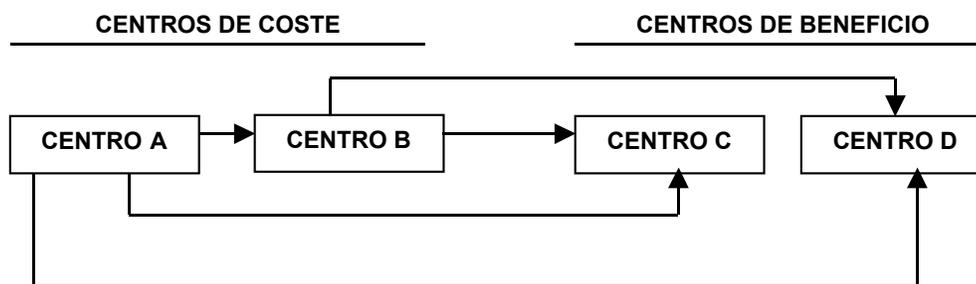


Gráfico 3. Reparto en cascada

Fuente: Elaboración propia.

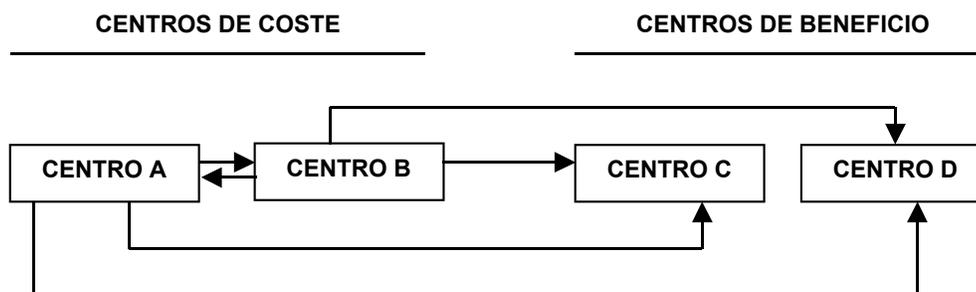


Gráfico 4. Reparto múltiple

Fuente: Elaboración propia.

## 7. Software más utilizado

En lo referente al software utilizado por los hospitales, el mercado norteamericano es muy amplio, en nuestra investigación hemos contabilizado hasta un total de 491 programas íntegramente destinados al abastecimiento del mercado sanitario. De ellos, 31% sólo puede ser utilizado para la gestión de unidades o centros y actividades concretas (laboratorio, nóminas, historiales, facturación, radiología, etc.), el resto, que representa una mayoría de 69%, son paquetes integrales de contabilidad.

Lógicamente, nos hemos centrado en estos últimos para conocer el sistema operativo en el que suelen trabajar. El MS-DOS es el más común pues 36% de los programas utilizan dicho sistema, el segundo lugar lo ocupa el SOLARIS, con 20%, y el tercero es el Windows, utilizado sólo por 12%. Otros entornos como el UNIX, LINUX, MAC, etc., son utilizados por el resto de los programas pero en porcentajes muy bajos.

Nuestros encuestados, pese a la gran oferta de programas existentes en el mercado, en un porcentaje de 13%, prefieren utilizar uno propio, diseñado exclusivamente para ellos o basado en adaptaciones de programas ya existentes. Fundamentalmente este hecho se da en hospitales que pertenecen a una corporación, ya que la principal ventaja que aportan, aparte de cubrir sus necesidades, es que el resto de los hospitales utilizan el mismo, lo que permite una consolidación sobre la base de datos homogéneos. Por la opinión de nuestros encuestados estos programas no son muy completos ya que mayoritariamente, para la obtención de informes, se debe recurrir a otras herramientas tales como Excel y Lotus. Son muy poco flexibles, no permitiendo fácilmente las actualizaciones, innovaciones, cambios o mejoras. El último de los inconvenientes que nos han señalado, es su falta de precisión, por lo que se

requiere de una observación y una comprobación continuada del proceso de cálculo y ello trae consigo que el personal dedique mucho más tiempo del normal en esta labor, en detrimento de otras de carácter administrativo.

De todos los programas existentes en el mercado los más populares, y por lo tanto los más utilizados para el cálculo de costes, son los cuatro siguientes: Trasiion Systems, HBO and Co, Healthcare Microsystems y Medicus. Entre todos suman el 78% de la muestra, en consecuencia, debemos suponer que son los más extendidos entre la población. Sobre todos, destacan los mencionados en primer y segundo término con unos porcentajes de 25 y 22%, respectivamente.

Ninguno constituye una panacea, pero la opinión generalizada es que la oferta del mercado no ofrece otra posibilidad. Como muestra, vamos a comentar seguidamente sus ventajas e inconvenientes.

### *Ventajas*

#### Trasiion Systems:

- Se adapta a las necesidades de la empresa.
- Flexible.
- Suministra buena información.
- La empresa que comercializa el producto presta un buen servicio post venta.

#### Healthcare Microsystems:

- Fácil de manejar.
- Muy detallista.
- Información muy completa.
- El reparto es realizado en función de las actividades.

#### HBO and CO:

- Fácil de manejar.
- Rapidez en el suministro de la información.
- Flexible, ya que puede incorporar modificaciones y mejoras sin ningún tipo de problemas.

- Ofrece información estadística.
- Fácil mantenimiento.

Medicus:

- Se adapta a las necesidades del hospital.
- Buena herramienta para la gestión.
- La empresa que lo comercializa ofrece un buen servicio post venta.

*Inconvenientes*

- Transition Systems:
- Necesita gran cantidad de datos.
- Lento.
- Para su manejo se requiere grandes conocimientos informáticos.
- Las innovaciones o mejoras deben ser introducidas mediante un proceso complejo.

Healthcare Microsystems:

- Es lento tanto en el proceso de captación de datos como en el suministro de la información.
- Trabaja en sistema operativo MS-DOS.
- Al trabajar con actividades, el personal ha tenido que cambiar a esta nueva orientación.
- A consecuencia de lo anterior, los datos obtenidos aún no son muy exactos debido a que el problema está todavía sin resolver.

HBO and Co:

- Demasiada información estadística.
- Los informes que genera no sirven para todos los usuarios.
- Por lo anterior, es necesario recurrir a otras herramientas informáticas para la confección de informes.

Medicus:

- Es lento tanto en el proceso de captación de datos como en el suministro de la información.
- Trabaja en sistema operativo MS DOS.
- Los informes que suministra son muy complicados y difíciles de entender por los profanos en la materia.

## 8. Conclusiones

A lo largo del artículo se ha expuesto las dificultades con las que se encuentran los gestores hospitalarios en aspectos tales como: selección de unidades de obra, forma de efectuar el reparto de costes, elección de software, etc.

La razón de todo lo anterior se debe a que los hospitales son empresas que, aunque pertenecen al sector terciario, poseen peculiaridades que las hacen diferentes al resto de las empresas del sector.

En primer lugar está el "producto", pues no se trata de algo concreto sino más bien de algo intangible como lo es la salud. Además se trata de empresas multiproducto pues para que un enfermo recupere la salud suele necesitar tratamiento, asistencia, fármacos, analíticas, etc., cuyo coste es muy difícil de calcular. Además dos enfermos con la misma sintomatología y la misma enfermedad no necesariamente consumen la misma cantidad de recursos.

En segundo lugar está el "cliente", que por desconocimiento, delega en los profesionales la forma más óptima para su restablecimiento. De esta forma, el médico es el encargado tanto del input como del output de la empresa. En EE.UU. existe un problema añadido, la injerencia de las compañías aseguradoras en el proceso asistencial del enfermo. Dichas compañías tienen tanto poder que suelen controlar hasta el número de analíticas o radiografías que necesita un determinado enfermo.

En tercer lugar está la falta de información o la información segada que se suministra a los gestores hospitalarios, por el personal del hospital. Un médico, una enfermera, etc., sólo piensa que su única función es la de restablecer la salud, el resto de funciones carece de importancia.

Por todo ello, lo primero y fundamental para un gestor es procurar recopilar información lo más fiable posible, y en ese sentido debe realizar una labor de concienciación con todo el personal del centro.

También debe elegir un sistema de coste que evite los errores y las distorsiones que se producen a la hora de distribuir los costes indirectos. En este sentido, somos de la opinión, compartida con varios autores, de utilizar el modelo ABC. La idea fundamental de este modelo es repartir actividades y en los hospitales son precisamente actividades, las que se realizan dentro de ellos.

Por último, es muy necesario confeccionar un perfil de costes estándar por departamentos y un protocolo de tratamientos estándar por "productos" o líneas de productos, puesto que con ellos se puede controlar tanto la eficacia como la eficiencia de las prestaciones.

Aspen Publishers, Inc. Rockville. Maryland. USA.

Finkler, S.A. y Ward, D.M. (1999). **Cost Accounting for Health care Organizations**. Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg. Maryland. USA.

Gapenski, L.C. (1999):. **Healthcare Finance. An Introduction to Accounting and Financial Management**. Health Administration Press. Chicago. Illinois. USA.

Healthcare Financial Management Association (2000). **Reporting for the Federal Fiscal Year 1999**. Probus Publishing Company. Chicago. Illinois. USA.

Seawell, L.V. (1994). **Chart of Accounts for Hospitals. An Accounting & Reporting Reference Guide**. Probus Publishing Company. Chicago. Illinois. USA.

## Referencias Bibliográficas

---

American Hospital Association (2000). **The American Hospital Directory**. Hospital Publishing, Inc. Chicago. Illinois. USA.

Baker, J.J. (1998). **Activity-Based Costing and Activity-Based Management**. Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg. Maryland. USA.

Baker, J.J. (1999). **Cost Accounting for Health-care Organization**. McGraw-Hill. USA.

Cleverley, W.O. (1989). **Handbook of Health care Accounting and Finance (Volumen I)**. Aspen Publishers, Inc. Rockville. Maryland. USA.

Cleverley, W.O. (1989). **Handbook of Health care Accounting and Finance (Volumen II)**.