

Análisis de los sistemas de contabilidad analítica en los hospitales del SNS

Año 2011

Volumen I. Informe

**Análisis de los sistemas de contabilidad
analítica en los hospitales del SNS. Año 2011.
Volumen I. Informe**

<http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Palabras Clave: contabilidad analítica costes hospitalarios

Autorización de uso: Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Cita sugerida: Instituto de Información Sanitaria. Análisis de los sistemas de contabilidad analítica en los hospitales del SNS. Año 2011. Volumen I. Informe. [Publicación en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

Disponible en:

<http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Estudio publicado bajo el marco del contrato entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y la Escuela Andaluza de Salud Pública (expediente del contrato: 20090188).



Titularidad del estudio:

Instituto de información Sanitaria - MSSSI

Comité de dirección:

M^a Ángeles Gogorcena Aoiz (Instituto Información Sanitaria)

Mercedes Álvarez Bartolomé (Instituto Información Sanitaria)

Carmen Pérez Romero. (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Guadalupe Carmona López (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Colaboradores - Grupo de Trabajo de Contabilidad Analítica:

Sara Pupato Ferrari.

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

Carmen Aguado Jiménez.

Agencia Valenciana de Salud.

M^a Dolores Muñoyerro Muñiz.

Servicio Andaluz de Salud.

Manuela Balas Pedrero.

Servicio Extremeño de Salud.

Victoriano Sánchez López.

Servicio Aragonés de Salud.

Rosalía Rodríguez Pintor.

Servicio Gallego de Salud.

Juan José Álvarez Fernández.

Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Elena Bonilla Martos.

Servicio Madrileño de Salud.

Maria Morlà Barceló.

Servicio Balear de Salud.

M^a Pilar Fernández Martín.

Servicio Murciano de Salud.

Sebastián Fuentes Tarajano.

Servicio Canario de la Salud.

Ana Isabel Barberena Jiménez.

Servicio Navarro de Salud.

Juan Gregorio González Pérez.

Servicio Cántabro de Salud.

Carolina Ortega Ortega.

Servicio Vasco de Salud - Osakidetza.

Juan Antonio de la Fuente Ortega.

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Milagros de Imaña.

Servicio Riojano de Salud.

Anna Román Martínez.

Servicio Catalán de la Salud.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Resumen ejecutivo	1
2. Introducción	6
3. Objetivos	8
4. Metodología	8
5. DESCRIPCIÓN DE LOS SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA DE LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	12
5.1. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA "GESTIÓN DE COSTES CLÍNICOS" (GESCOT®)	13
DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA	14
A) OBJETIVO DE COSTE	14
B) ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA	15
C) METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES	17
D) ESTIMACIÓN DEL 'COSTE POR PROCESO' Y 'COSTE POR PACIENTE'	20
CARACTERÍSTICAS DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA "GESCOT®"	24
A) MÓDULO 01. COSTE POR SERVICIO	25
B) MÓDULO 03. DATOS CLÍNICOS	36
C) MÓDULO 05. IMPUTACIÓN A PACIENTE	37
D) MÓDULO 06. EXPLOTACIÓN	39
E) MÓDULO 08. INTEGRACIÓN	41
F) MÓDULO 10. UTILIDADES SSCC	41
5.2. LA APLICACIÓN GESCOT® EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD	41
OBJETIVO DE COSTE	41
ESTRUCTURA	42
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES	43
SISTEMAS INFORMÁTICOS	45

5.3. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO BALEAR DE SALUD _____	47
OBJETIVO DE COSTE _____	47
ESTRUCTURA _____	47
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES _____	50
5.4. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN _____	52
OBJETIVO DE COSTE _____	52
ESTRUCTURA _____	53
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES _____	54
5.5. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD _____	56
OBJETIVO DE COSTE _____	56
ESTRUCTURA _____	57
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES _____	57
5.6. LA APLICACIÓN GESCOT® EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD _____	60
OBJETIVO DE COSTE _____	60
ESTRUCTURA _____	60
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES _____	63
5.7. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD _____	64
OBJETIVO DE COSTE _____	64
ESTRUCTURA _____	65
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES _____	66
5.8. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD _____	69
OBJETIVO DE COSTE _____	69
ESTRUCTURA _____	69
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES _____	73
SISTEMAS INFORMÁTICOS _____	74

5.9. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS _____	75
OBJETIVO DE COSTE _____	75
ESTRUCTURA _____	75
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES _____	77
5.10. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO RIOJANO DE SALUD _____	78
OBJETIVO DE COSTE _____	78
ESTRUCTURA _____	79
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES _____	81
SISTEMAS INFORMÁTICOS _____	84
5.11. EL SISTEMA CANTONERA DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD _____	85
OBJETIVO DE COSTE _____	86
ESTRUCTURA _____	88
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES _____	91
SISTEMAS INFORMÁTICOS _____	95
5.12. EL SISTEMA DE GESTIÓN DE COSTES Y ACTIVIDAD EN EL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD _____	97
OBJETIVO DE COSTE _____	97
ESTRUCTURA _____	97
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES _____	99
SISTEMAS INFORMÁTICOS _____	100
5.13. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALITICA DE LOS HOSPITALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA (INGESA) _____	101
OBJETIVO DE COSTE _____	101
ESTRUCTURA _____	102
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES _____	103
SISTEMAS INFORMÁTICOS _____	103
5.14. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ECONÓMICA ALDABIDE DEL SERVICIO VASCO DE SALUD - OSAKIDETZA _____	104

OBJETIVO DE COSTE	104
ESTRUCTURA	105
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES	108
SISTEMAS INFORMÁTICOS	114
5.15. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ECONÓMICA DE LA AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT	116
1. OBJETIVO DE COSTE	117
2. ESTRUCTURA	117
3. METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES	136
5.16. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALITICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (COAN-HyD)	152
OBJETIVO DE COSTE	153
ESTRUCTURA	154
METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES	161
SISTEMAS INFORMÁTICOS	164
6. ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA	168
6.1. OBJETIVO DE COSTE	168
6.2. ESTRUCTURA	171
DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE	171
LÍNEAS DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y ÁREAS ESPECIFICAS DE LA ESTRUCTURA DE CENTROS DE COSTE	176
COSTES SEGÚN NATURALEZA	183
6.3. METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES	186
SISTEMA DE IMPUTACIÓN	186
CRITERIOS DE IMPUTACIÓN O REPARTO	197
6.4. SISTEMAS INFORMÁTICOS	208
7. CONCLUSIONES	210

Tabla 1: Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.	12
Tabla 2. Conceptos retributivos. Infraestructura del sistema de contabilidad analítica del Hospital Fundación Manacor. 2010.	48
Tabla 3. Conceptos retributivos. Infraestructura del sistema de contabilidad analítica del C.H.A. Marcide-Nova Santos 2010.	62
Tabla 4. Conceptos retributivos. Infraestructura del sistema de contabilidad analítica del Hospital J.M. Morales Meseguer. 2010.	71
Tabla 5. Conceptos retributivos. Infraestructura del sistema de contabilidad analítica del Servicio Riojano de Salud. 2010.	81
Tabla 6. Conceptos retributivos. Sistema CANTONERA del Servicio Canario de la Salud. 2010.	90
Tabla 7. Grupos de Centros de Actividad y Coste del Sistema de Información Económica de Atención Especializada. Agència Valenciana de Salut. 2002.	118
Tabla 8: Objetivo de coste de los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.	170
Tabla 9: Clasificación de los centros de coste en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.	175
Tabla 10: Líneas de Actividad o Áreas de Producción definidas en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.	178
Tabla 11: Centros de coste del Área Quirúrgica definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.	180
Tabla 12: Centros de coste del Área de Urgencias definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.	181
Tabla 13: Costes según su naturaleza incluidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.	184
Tabla 14: Conceptos retributivos excluidos del cálculo del coste/hora en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.	185
Tabla 15: Centros de coste de Conciertos de Asistencia Sanitaria en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.	191
Tabla 16: Catálogos de productos definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.	200

1. RESUMEN EJECUTIVO

OBJETIVO

General del proyecto:

- Analizar el estado de situación de los sistemas de contabilidad analítica de los **hospitales del SNS** con la finalidad de identificar propuestas de normalización y mejora.

Específicos de la fase de análisis de situación:

1. Describir las **características principales** de los sistemas de contabilidad analítica implantados en los hospitales de los Servicios Regionales de Salud.
2. Valorar la **metodología de estimación de costes** de los sistemas de contabilidad analítica, identificando los **elementos comunes** y **diferenciadores** en aquellos aspectos que resulten críticos de cara a una posible propuesta de normalización.

METODOLOGÍA

El desarrollo del análisis de situación de los sistemas de contabilidad analítica implantados en los hospitales de los Servicios Regionales de Salud se ha llevado a cabo con el apoyo de un **Grupo Director del proyecto**, constituido por profesionales del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con quien se ha consensuado la toma de decisiones en aspectos clave del análisis. Así mismo, en las actividades clave se ha contado con la colaboración de los miembros del **Grupo de Trabajo de Contabilidad Analítica (GTCA)**, procurando la participación de todos los Servicios Regionales de Salud.

Para alcanzar los objetivos específicos de esta fase del proyecto, se ha realizado un plan de trabajo en cuatro etapas: a) planificación; b) elaboración de un protocolo básico; c) recogida de información; d) elaboración del informe de situación.

CONCLUSIONES

Objetivo de coste:

- En todos los SCA se puede obtener información **por centro de responsabilidad, por línea de actividad** y **por proceso**. Sólo en aquellos en los que los sistemas de

información asistencial están más desarrollados se pueden asignar de forma directa al paciente determinados costes (p.e. prótesis, farmacia, pruebas diagnósticas...).

Clasificación de los centros de coste:

- Con independencia de la denominación que reciban en cada Servicio Regional de Salud, en todos los SCA se definen centros de coste de tipo **estructural/básico**, **intermedios** (logísticos o asistenciales) y **finales**.
- En aquellos SCA en los que se definen centros de coste **intermedios-finales** permiten contemplar en el proceso de estimación de costes interrelaciones entre centros finalistas y/o líneas de actividad asistencial. Este aspecto podría ser relevante por ejemplo en el tratamiento de las *pruebas funcionales*, cuando los servicios de especialidades las realizan tanto para las líneas de hospitalización, consultas, urgencias... propias o de otras especialidades del centro hospitalario.

Cuando los SCA puedan asignar de forma directa y generalizada a todos los pacientes el consumo de estos servicios asistenciales, la definición o no de centros intermedios-finales no sería relevante, ya que siempre quedarían imputados el consumo de estos recursos al objetivo de coste final del sistema de contabilidad.

- En algunos SCA analizados, se incorporan en la estructura del sistema otra tipología de centros de coste, que recogen *consumos de recursos que no se repercuten* en el centro hospitalario. Con la definición de estos centros, quedan estos **consumos "detráidos"** del resto de costes hospitalarios, sin imputarse por tanto a los centros finalistas y/o líneas de actividad asistencial. Dependiendo del concepto de coste que se detraiga en cada caso y del volumen económico que representen, esta circunstancia tendrá una mayor o menor importancia de cara a una potencial normalización del tratamiento de estos costes.
- Respecto a la estructura de centros de coste se observa, además, la creación en algunos SCA de **centros ficticios** (como Atención Primaria y Centros Ajenos) que, en el caso de que pudieran recibir costes de otros centros o bien repercutirlos mediante criterios de reparto, producirían diferencias en el tratamiento de los consumos que incluyen. Al igual que en el punto anterior, dependiendo de la tipología de costes que recojan en estos centros y del volumen económico que representen, así como de su participación o no en el sistema de imputación, este aspecto tendrá una mayor o menor importancia de cara a una potencial homologación en la creación de estos centros.

Líneas de actividad asistencial y áreas específicas de la estructura de costes:

- La **comparabilidad** entre los SCA en su estructuración respecto a los centros finales y/o líneas de actividad asistencial, es esencial para obtener información sobre los componentes del coste incluidos en los costes unitarios de cada uno de sus productos definidos. La caracterización de las líneas de actividad asistencial influye en la obtención del coste medio de cada GRD de hospitalización, puesto que los diferentes SCA pueden estar incorporando o no determinados componentes de coste, en función de qué centros de coste y de qué tipología se hayan definido para las diferentes especialidades.

En todos los SCA analizados se definen las líneas de actividad de hospitalización, CMA ó actividad ambulatoria y consultas como centros de producto final. Sin embargo las diferencias radican, como se ha mencionado en el punto anterior, en que si para una misma especialidad existen otras líneas de producción final, como es el caso de la 'dispensarización de medicamentos a pacientes externos' (DPA) este coste es detráido del resto de centros finales de la especialidad correspondiente mientras, que en los demás SCA este coste queda incluido como coste directo de las líneas de actividad en las que se ha estructurado la especialidad.

- En cuanto al tratamiento que los diferentes SCA realizan del **Área Quirúrgica**, aunque todos contemplan la CMA como línea de actividad finalista de los centros de especialidades, el incluir o no la cirugía menor ambulatoria como un centro de coste finalista más detrae o incrementa el coste de la línea de actividad bien de CMA, Consultas u Hospital de Día, dependiendo de dónde se haya considerado que se realiza esta actividad. Este hecho podría constituir una de las líneas de trabajo a desarrollar de cara a una homologación en la estructuración del Área Quirúrgica en los sistemas de contabilidad analítica.
- En el **Área de Urgencias** la variabilidad observada entre los SCA en la estructuración en centros de coste como de la tipología de los mismos y su unidad de producto, puede influir en el proceso de imputación de costes, imputándose o no a las líneas de hospitalización el coste de las urgencias finalmente ingresadas. El análisis de esta variabilidad podría constituir también una línea de trabajo a desarrollar de cara a una homologación en la estructuración de los sistemas de contabilidad analítica en áreas de especial interés.

Costes según su naturaleza:

- En todos los SCA implantados en los Servicios Regionales de Salud se incorporan los costes de personal (**Capítulo I**) así como el consumo de bienes corrientes, servicios y conciertos de asistencia sanitaria (**Capítulo II**).

En cambio, sólo en algunos SCA se incorporan los costes de transferencias corrientes (**Capítulo IV**) y/o la **amortización** del inmovilizado.

Metodología de afectación e imputación de costes:

- Dado el peso que representa los gastos de **personal** en los diferentes centros de coste, es de vital importancia conocer cómo cada SCA realiza la distribución del personal en función de su dedicación a los diferentes centros de actividad así como la actualización continua de esta información en los centros hospitalarios. Este aspecto no ha podido ser analizado con profundidad en este informe, teniendo un alto impacto en la estimación del coste medio por unidad de producción (p.e. coste medio por GRD de hospitalización). Asimismo, el tratamiento específico de las Guardias y del personal MIR en los SCA influye en la información que se obtiene de los costes unitarios. Se recomienda, por tanto, desarrollar más ampliamente este análisis.
- En la mayoría de los SCA, el coste de la **asistencia sanitaria concertada** se afecta a los centros del hospital como un coste directo. No obstante, en algunos SCA se han definido centros de coste específicos (intermedios o finales) en los que se recoge dicho coste.

En aquellos casos en los que se hayan sido constituidos centros finales para recoger los conciertos, al no llegar a repercutirse estos costes en los centros peticionarios correspondientes, el SCA puede estar detrayendo este coste en los centros asistenciales finalistas.

La información disponible sobre el tratamiento de los conciertos como centro de coste es confusa, lo que puede llevar a conclusiones erróneas en el análisis comparado de los SCA, recomendándose profundizar en este análisis.

- En todos los SCA se utiliza un **modelo matricial** de imputación de costes, excepto en dos de ellos, que han optado por una imputación **en cascada** o en fases de reparto. Los costes que se repercuten sobre los centros finales (o sobre las líneas de producción asistencial) son potencialmente diferentes utilizando uno u otro método.
- Salvo en algún caso puntual, no se dispone de información sobre la imputación de costes de **interconsultas** o **traslados interservicios** que se realiza en los SCA. Dependiendo del volumen que represente estas actividades asistenciales y su coste, el impacto que podrían tener en la estimación de los costes unitarios sería diferente. No obstante, se prevé que se produzca un efecto compensatorio entre la mayoría de las Especialidades del centro hospitalario en la prestación de estos servicios.

- El uso de **Catálogos de Productos** tiene un impacto al comparar los costes de producción de los servicios peticionarios, ya que en el uso de unidades relativas de valor ajusta el coste de del centro peticionario en función de la complejidad de los procedimientos o pruebas solicitadas. El uso de catálogos es desigual en los diferentes SCA. Al no disponerse de los catálogos que se utilizan en cada Servicio Regional de Salud, no se ha llevado a cabo un análisis comparado ni de los productos que incluyen ni de los pesos relativos de los mismos.

2. INTRODUCCIÓN

En este informe se presentan los resultados obtenidos del análisis de situación de los sistemas de contabilidad analítica (SCA) implantados en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Este documento forma parte de un proyecto más amplio coordinado por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, cuyo objetivo general es identificar propuestas de normalización y mejora en base a las posibilidades de desarrollo actuales de los SCA y el consenso con el Grupo de Trabajo de Contabilidad Analítica (GTCA).

En el desarrollo de esta fase del proyecto se ha contado con la participación de la mayoría de los Servicios Regionales de Salud. No se han incluido en este trabajo el Servicio Catalán de la Salud, por no disponer de un SCA homogéneo implantado en sus centros hospitalarios, ni el Servicio Navarro de Salud, por no disponer en estos momentos de un sistema consolidado para la estimación de costes.

Este informe se estructura en cuatro apartados:

- Objetivos y metodología.
- Descripción de los sistemas de contabilidad analítica implantados en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.
- Análisis comparado de las principales similitudes y diferencias entre los sistemas de contabilidad, haciendo hincapié en los aspectos que resultan críticos de cara a una posible propuesta de normalización.
- Conclusiones.

En un documento técnico se recogen los anexos referenciados en el texto, que contienen la información disponible sobre la estructura de los centros de coste, los criterios de imputación definidos en cada caso y la estructura de imputación del sistema de contabilidad.

Este trabajo queda abierto a las sugerencias que pudieran realizar los miembros del GTCA, a fin de recoger sus propuestas de rectificación o modificaciones que estimen oportunas.

En la siguiente fase de este proyecto, se realizará un análisis de las fortalezas, debilidades, limitaciones y potencialidades de las metodologías actuales de estimación de costes. Para ello se convocará una sesión compartida con los miembros del GTCA, en el que se presentará el informe de situación elaborado para su discusión y debate en plenario.

3. OBJETIVOS

Objetivo general del proyecto:

- Analizar el estado de situación de los sistemas de contabilidad analítica de los **hospitales del SNS** con la finalidad de identificar propuestas de normalización y mejora.

Objetivos específicos de la fase de análisis de situación:

1. Describir las **características principales** de los sistemas de contabilidad analítica implantados en los hospitales de los Servicios Regionales de Salud.
2. Valorar las **metodologías de estimación de costes** de los sistemas de contabilidad analítica, identificando los **elementos comunes y diferenciadores** en aquellos aspectos que resulten críticos de cara a una posible propuesta de normalización.

4. METODOLOGÍA

El desarrollo del análisis de situación de los sistemas de contabilidad analítica implantados en los hospitales de los Servicios Regionales de Salud se ha llevado a cabo con el apoyo de un **Grupo Director del proyecto**, constituido por profesionales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con quien se ha consensuado la toma de decisiones en aspectos clave del análisis. Así mismo, en las actividades clave se ha contado con la colaboración de los miembros del **Grupo de Trabajo de Contabilidad Analítica (GTCA)**, procurando la participación de todos los Servicios Regionales de Salud.

Para alcanzar los objetivos específicos de esta fase del proyecto, se ha realizado un plan de trabajo en cuatro etapas:

a. Planificación.

Al inicio del proyecto se convocó una reunión con el Grupo Director y el GTCA para realizar la presentación de la línea de trabajo (objetivos y metodología) y consensuar la dinámica de trabajo (asunción de tareas y cronograma).

b. Elaboración de un protocolo básico.

El equipo de trabajo de la EASP elaboró un protocolo básico para facilitar la recogida de información sobre las características básicas de los sistemas de contabilidad analítica de los hospitales del SNS, como son: objetivo de coste, estructura de centros de responsabilidad, sistema de reparto primario y secundario de costes, criterios de imputación, fuentes de alimentación primarias y secundarias, y salidas de información por objetivo de coste.

c. Recogida de información.

La recogida de información sobre las características de los sistemas de contabilidad analítica se ha llevado a cabo a través de *informantes clave*, miembros del GTCA. Cada informante clave (o la persona en quien delegaron la tarea) ha facilitado la información que ha considerado más adecuada para describir las características del sistema de contabilidad analítica implantado en los hospitales de su Servicio Regional de Salud, siguiendo las pautas establecidas en el protocolo básico, remitiéndola al equipo de trabajo de la EASP.

d. Elaboración del informe de situación.

A partir de la documentación remitida por los informantes clave, el equipo de trabajo de la EASP ha elaborado el presente informe, en el que se describe el estado de situación actual de los sistemas de contabilidad analítica de los hospitales del SNS, haciendo hincapié en sus características principales e identificando los aspectos comunes y diferenciadores de cada uno de ellos. El contenido de este documento queda abierto a las sugerencias de los miembros del GTCA para la incorporación de las modificaciones y rectificaciones que se estimen oportunas.

5. DESCRIPCIÓN DE LOS SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA DE LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En este apartado se presentan las características principales de los Sistemas de Contabilidad Analítica (SCA) implantados en los hospitales de los Servicios Regionales de Salud. Los sistemas de contabilidad analizados pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- SCA basados en el Sistema GESCOT®.
- Sistemas desarrollados en plataforma SAP.
- Sistemas desarrollados con software a medida.

La tabla adjunta muestra los Servicios Regionales de Salud que han implantado las distintas tipologías de SCA. Se recogen asimismo las denominaciones específicas que, en algunos casos, reciben los sistemas de contabilidad:

Tabla 1: Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

SISTEMA	Servicio Regional de Salud	Denominación del Sistema de Contabilidad Analítica
GESCOT®	Servicio Aragonés de Salud	
	Servicio Balear de Salud	
	Gerencia Regional de Salud de Castilla y León	
	Servicio Cántabro de Salud	
	Servicio Gallego de Salud	
	Servicio Madrileño de Salud	
	Servicio Murciano de Salud	
	Servicio de Salud Principado de Asturias	
	Servicio Riojano de Salud	
	Servicio Canario de la Salud	Sistema CANTONERA
En plataforma SAP	Servicio Extremeño de Salud	
	INGESA	
	Servicio Vasco de Salud - Osakidetza	ALDABIDE
Software desarrollado a medida	Agencia Valenciana de Salud	Sistema de Información Económica de Atención Especializada (SIE-AE)
	Servicio Andaluz de Salud	Contabilidad Analítica de Gestión (COAN-HyD)

Como puede observarse, en la actualidad el sistema GESCOT® se ha implantado en los hospitales de diez Servicios Regionales de Salud. En el Servicio Extremeño de Salud, INGESA y Osakidetza los sistemas de contabilidad analítica utilizan la plataforma SAP. Sólo en la Comunidad Valenciana y Andalucía se han desarrollado softwares a medida para analizar el consumo de recursos en sus centros hospitalarios.

A continuación se describen los diferentes SCA, haciendo énfasis en el objetivo de coste, la estructura del sistema, la metodología de imputación de costes y las características del sistema informático empleados en cada caso.

5.1. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA “GESTIÓN DE COSTES CLÍNICOS” (GESCOT®)

Los orígenes de esta herramienta se remontan a hace más de una década. Con anterioridad al año 2002, momento en que se produce el traspaso final de competencias del antiguo INSALUD a las diferentes comunidades autónomas del régimen común, el modelo GECLIF era el sistema de contabilidad analítica desarrollado a escala nacional sobre la base de proyectos previos cuyo objetivo era evaluar los costes por “centro de coste” final (SIGNO, SIGNE I y II)¹. Posteriormente, el GECLIF se comercializó con el nombre de GESCOT®, desarrollado por la compañía SAVAC Consultores S.L. con la finalidad de facilitar el seguimiento económico de la actividad de un centro clínico. A partir de ese momento, esta herramienta se ha ido implantando en distintos Servicios Regionales de Salud.

¹ Monge, P. (2003) «Ventajas e inconvenientes de los diversos sistemas de costes implantados en los hospitales españoles». *Bol Econ Inf Comer Esp* 2764: 17-25.

La aplicación permite el aprovechamiento de la información recogida en otras aplicaciones y entornos (nóminas, suministros, almacén, etc.) disponibles en los centros hospitalarios. En términos generales, la metodología de estimación de costes utilizada en GESCOT® se basa en un proceso de imputación en el que, en primer lugar, se recogen los costes de los Servicios² denominados intermedios, considerando como tales aquellos cuya actividad se realiza en beneficio de otros Servicios. Una vez conocidos estos costes, se imputan a los diferentes Servicios finales en base a la utilización realizada por cada uno de ellos. Finalmente se reparten los costes estructurales entre los Servicios en base a su peso dentro del conjunto del Centro. Una vez desarrollado el proceso de imputación de costes, la aplicación permite, por medio de múltiples consultas e informes con diversos criterios de selección y agrupación, el seguimiento de la información generada con distintos niveles de desagregación.

En este epígrafe se describen, en primer lugar, las características básicas que subyacen en el sistema de contabilidad analítica soportado por la aplicación GESCOT® para obtener la información de costes hospitalarios. Posteriormente, se presentan los aspectos más relevantes del soporte informático de esta herramienta.

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA

A) OBJETIVO DE COSTE

El sistema de contabilidad analítica GESCOT® permite obtener información del consumo de recursos:

- Por centro de responsabilidad.

² En GESCOT el término “Servicio” se utiliza de forma genérica en alusión a los “centros de coste” en los que se estructura el sistema de contabilidad analítica. En los distintos servicios regionales de salud en los que se ha implantado esta herramienta, se ha definido la denominación específica que adoptan estos centros de coste (p.e. Grupo Funcional Homogéneo; Centro de Coste – CECO, etc.).

- Por líneas de actividad asistencial (o Área de Producción).
- Por proceso.
- Por paciente.

Dependiendo del grado de desarrollo e implantación de los sistemas de información asistencial, el sistema de contabilidad analítica GESCOT® puede ofrecer información a nivel de “*coste por proceso*” o “*coste por paciente*”, para cuya estimación se requiere de la disponibilidad de datos clínicos específicos a esos niveles de análisis.

B) ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE:

La estructura del sistema de contabilidad analítica parte del centro de coste como unidad básica de agrupación del consumo de recursos. A estos centros de coste se les denomina habitualmente Grupos Funcionales Homogéneos (GFH).

Los GFH se clasifican de acuerdo con la siguiente tipología:

- **Estructural:**
Son aquellos centros que realizan una función de dirección y/o administración y no generan un producto definido y “facturable” a otros centros de coste. En fase de imputación es obligatorio que reparta todo su coste.
- **Intermedio:**
Aquellos que realizan una función logística o asistencial, y tienen un producto definible y medible que pueden facturar internamente a otros

centros de coste. En fase de imputación es obligatorio que repartan todo su coste.

- **Final:**

Aquellos que realizan la actividad clínica principal del centro hospitalario. En fase de imputación solo recibe costes, sin poder imputar nada salvo por medio de las interconsultas. Pueden definirse centros de coste finales a nivel de línea de actividad asistencial (p.e. hospitalización, consultas externas, resto de actividad ambulatoria, etc.).

- **Intermedio-Final:**

Son aquellos que por la naturaleza de la actividad asistencial que realizan pueden facturar internamente, o no, a otros centros de coste. En la fase de imputación puede repartir todo, parte o ningún coste.

COSTES SEGÚN NATURALEZA:

De acuerdo con la estructura presupuestaria de gastos, el sistema de contabilidad analítica GESOT® incluye la siguiente tipología de costes según su naturaleza:

Costes de personal:

Dependiendo de las directrices que establezca el usuario de la aplicación (p.e. Servicio Regional de Salud, centro hospitalario, etc.), el coste de personal del sistema de contabilidad analítica incorpora todos, o parte, de los conceptos retributivos contemplados en el Capítulo I de la contabilidad presupuestaria.

Costes de funcionamiento:

Habitualmente, se incluyen como costes de funcionamiento los conceptos presupuestarios contemplados en el Capítulo II de la contabilidad presupuestaria, contemplándose la posibilidad de incorporar en este apartado el importe de las amortizaciones en función de la depreciación del inmovilizado.

C) METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

La metodología de imputación de costes se realiza en dos fases:

- Afectación de costes de personal y de funcionamiento a los diferentes centros de coste.
- Imputación de costes de los centros intermedios y estructurales a los centros finales.

FASE DE AFECTACIÓN DE COSTES:

En esta fase, todos los costes de personal y de funcionamiento se asignan (afectan) a los distintos GFH, en función de los recursos consumidos o de un criterio de distribución.

En la afectación de los *costes de personal*, es necesario tener en cuenta los porcentajes de dedicación del personal a los diferentes centros de coste. Ésta distribución se puede realizar a nivel de centro de coste, por tipo de personal, por relación laboral o por concepto retributivo.

Al distribuir los costes de funcionamiento existe la posibilidad de ubicar de forma estructurada los costes de un GFH asignando los costes de un epígrafe presupuestario a un centro intermedio (o gestor del gasto), aunque estos costes puedan estar ya

asignados en la carga a los GFH finalmente destinatarios. Posteriormente, en fase de imputación, los costes parten del Servicio intermedio y quedan finalmente incorporados a los destinatarios.

FASE DE IMPUTACIÓN DE SERVICIOS INTERMEDIOS Y ESTRUCTURALES:

En esta fase todos los costes de los distintos GFH intermedios y estructurales se imputan de tal forma que el coste total del hospital queda recogido en los GFH finales, permitiendo la estimación del coste de los distintos productos que se generan en el hospital.

Antes de iniciar el proceso de imputación de GFH intermedios y estructurales, se debe haber finalizado con la distribución de los costes de personal y los costes de funcionamiento, y será necesario disponer de la actividad de los centros de coste para realizar el proceso de imputación.

En la aplicación GESCOT®, el proceso de imputación se puede realizar según el método de “simple o doble cascada” o mediante un modelo de imputaciones recíprocas también denominado “matricial”.

En el modelo *‘simple cascada’* todos los centros intermedios reparten sus costes a los siguientes según un orden establecido, pero nunca podrán imputar costes a un centro anteriormente repartido.

Utilizando la *‘doble cascada’* el sistema permite, en un primer paso, realizar las imputaciones cruzadas que existan entre centros para, posteriormente, realizar el proceso normal de imputación.

En el método '*matricial*' todos los GFH pueden repartir sus costes teniendo en cuenta la actividad que se realiza, recogiendo todas las interrelaciones recíprocas que existen entre los GFH. De esta forma, un GFH que ya ha repartido puede recibir los costes de otro y, además, permite la facturación de la actividad de interconsulta entre los centros finales. GESCOT® utiliza el método de *ecuaciones simultáneas* para resolver el modelo matricial, de tal forma que quedan perfectamente resueltas todas y cada una de las imputaciones cruzadas que se produzcan sin establecer límites de aproximación, al no existir iteración del proceso.

Actualmente, es habitual que los servicios de salud o centros hospitalarios que tienen implantado GESCOT® hayan optado por el método matricial de imputación de costes.

La fase de imputación de costes entre centros se sustenta en la definición de criterios de imputación específicos para cada centro repartidor.

Criterios de imputación:

Para cada GFH se define un criterio (URV's, menús, intervenciones, días de estancia, etc.) que posteriormente podrá ser utilizado para realizar la imputación de costes o simplemente como medida de la actividad en la explotación de datos.

Al definir los criterios de imputación, GESCOT® se reserva los criterios del 1 al 10 y 80 al 99. Estos criterios son de obligada observación y utilización por parte del usuario debido a su importancia en diversos procesos de explotación. Entre los criterios reservados, destacan los siguientes:

- 01 Ingresos
- 02 Altas
- 03 Días de estancia

- 04 Intervenciones programadas
- 05 Pendiente
- 06 Urgencias ingresadas
- 07 Urgencias no ingresadas
- 08 Primeras consultas
- 09 Consultas sucesivas
- 10 Costes de farmacia por GFH

- 80 Número de Facultativos por GFH
- 81 Coste de Facultativos por GFH
- 82 Número de Enfermeros/as por GFH
- 83 Coste de Enfermeros/as por GFH
- 84 Número de Técnicos por GFH
- 85 Coste de Técnicos por GFH
- 86 Estancias totales suministradas por GFH

- 90 Número de trabajadores por GFH
- 91 Coste de alimentación por GFH
- 92 Pendiente
- 93 Coste por GFH antes de imputación
- 94 Pacientes atendidos (Ingresos + 1ª Consultas + Consultas sucesivas + Urgencias no ingresadas)
- 95 Coste de personal por GFH
- 96 Coste de suministros por GFH
- 97 Coste de mantenimiento por GFH
- 98 Estancias totales recibidas por GFH

D) ESTIMACIÓN DEL 'COSTE POR PROCESO' Y 'COSTE POR PACIENTE'

COSTE POR PROCESO:

Uno de los objetivos que se plantean en el sistema de contabilidad analítica es la estimación del coste de la producción (denominado '*coste por proceso*' en GESCOT®).

Existen diferentes clasificaciones de la producción hospitalaria, atendiendo al tipo de GFH que realiza la producción. La producción se puede clasificar en:

- Producción intermedia:

Aquella que realizan los GFH intermedios y que se realiza a petición del servicio responsable del paciente, esta se puede clasificar en:

- Producción logística: Menús, Kg. de ropa lavada, etc.
- Producción de diagnóstico y tratamiento: exploración radiológica, prueba de laboratorio, intervención quirúrgica, etc.

- Producción final:

Aquella que con carácter general es realizada por los GFH finales, generándose un alta hospitalaria. En esta tipología de producción se encuentran la actividad de hospitalización, la actividad ambulatoria, pruebas funcionales de servicios de especialidades, etc.

Para estimar el coste de la producción es necesario que el hospital registre la actividad que se realiza en cada uno de los GFH y su unidad de medida, debiendo introducirse esta información en la aplicación GESCOT® con el fin de calcular el coste de cada uno de los productos.

El coste por “proceso de hospitalización” es el resultado de obtener el coste medio de todos los pacientes que han sido dados de alta en un determinado GRD, en función de los pesos medios de cada GRD (modelo Top-Down).

La aplicación de este sistema de cálculo necesita partir de la siguiente información:

- Coste del GFH de hospitalización del Servicio.
- La casuística atendida por dicho Servicio en los distintos GRD.

Según este método, el coste por proceso se obtiene a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{Coste GRD (i)} = \frac{\text{Coste GFH de Hospitalización (j)} * \text{Peso GRD (i)}}{\text{Altas (j)} * \text{Peso medio del GFH o servicio (j)}}$$

Siendo:

(j) un determinado GFH de hospitalización

(i) el número del GRD (1.....n)

De forma análoga, se puede obtener el coste de la producción de otras líneas de actividad final o intermedia, como pueden ser los procesos de atención ambulatoria, la producción de pruebas de diagnóstico y tratamiento, etc.

COSTE POR PACIENTE:

GESCOT® ofrece también la posibilidad de estimar el “coste por paciente”. En este caso, la unidad mínima de costes es el paciente a través de su episodio clínico, asignando e imputando los distintos costes que se generan en su tratamiento y cuidado.

Según la metodología de cálculo establecida en este sistema de contabilidad, el coste por paciente estará compuesto de sus *costes directos*, obtenidos en función de los consumos de recursos generados por la atención sanitaria, *costes repercutidos* de otros servicios y *costes estructurales* del propio servicio que atiende al paciente.

La obtención del coste de cada paciente se realiza en tres fases:

1. Asignación directa del consumo de recursos (p.e. prótesis, medicamentos, etc.).
2. Imputación del coste de los productos generados por su tratamiento (p.e. exploración tórax, pruebas analíticas, etc.).

3. Imputación del resto de costes del GFH responsable del paciente utilizando para ello un criterio de imputación.

Para estimar el coste por paciente es necesario que el hospital registre información sobre el consumo de recursos por episodio clínico, así como el GFH responsable de la asistencia prestada al paciente, debiendo introducirse esta información en la aplicación GESCOT®.

CARACTERÍSTICAS DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA “GESCOT®”

La herramienta GESCOT® consta de diferentes **Módulos**, cada uno de los cuales incluye distintas utilidades. De modo genérico, se definen los siguientes módulos que se pueden implantar en los diferentes servicios de salud y ser adaptados a sus necesidades específicas:

01. Coste por Servicio.
02. Control Horario.
03. Datos Clínicos.
04. Procesos no hospitalizados.
05. Imputación a paciente.
06. Explotación.
07. Simulación.
08. Integración.
09. Utilidades.
10. Utilidades SSCC.

Savac Consultores SL ha desarrollado una herramienta Data Warehouse complementaria (denominada *Oracle Discoverer*®) que facilita la explotación, presentación y análisis de la información que suministra la aplicación GESCOT®.

A continuación se describen los módulos más relevantes y aquellos aspectos que tienen mayor trascendencia en el desarrollo del sistema de contabilidad analítica.

A) MÓDULO 01. COSTE POR SERVICIO

Este módulo se denomina también “Coste por Centro de Coste”. Contiene cuatro secciones principales:

- Infraestructura.
- Costes de personal.
- Costes de funcionamiento.
- Imputación.

Figura 1. Aplicación GESCOT®: Visualización de la entrada al módulo “Coste por Servicio”.



FUENTE: Documento técnico "Implantación de la gestión de costes clínicos". SAVAC Consultores SL: 2006. Facilitado por el Servicio Balear de Salud (Ib-Salut).

INFRAESTRUCTURA:

Es la base de la aplicación y debe ser definida y actualizada por usuarios expresamente autorizados. Es muy importante tener un conocimiento exacto del contenido de las tablas que la componen.

Las tablas que configuran la infraestructura de la aplicación son las siguientes, algunas de las cuales son imprescindibles:

- **Tipos de personal**

Esta tabla es *imprescindible* para el tratamiento de los costes de personal (p.e. facultativo, enfermería, auxiliares, etc.).

- **Relaciones laborales**

Imprescindible para el tratamiento de los costes de personal (p.e. plantilla, temporales, sustitutos, etc.).

- **Conceptos retributivos**

Imprescindible para el tratamiento de los costes de personal. Esta tabla recoge los conceptos que se incluyen en el fichero que contiene la Nómina (p.e. retribuciones fijas, antigüedad, guardias, etc.). Esta tabla permite incorporar un máximo de 9 conceptos; en caso de que se quisieran añadir más, habría que introducir modificaciones en el fichero y en el proceso correspondiente.

- **Categorías y Tablas Salariales**

Esta tabla sólo es necesaria para realizar el cálculo automático de días cobrados para aquel personal que no tenga el dato incluido entre los recibidos de la nómina.

- **Provincias**

- **Municipios**

- **Tipos de Centro**
Agudos, Comarcales, Psiquiátricos, etc.

- **Centros**
Imprescindible introducir el propio Centro.

- **Procesos clínicos**
Los procesos clínicos pueden ser GRDs, PMCs, CMA u otros. Se recoge, por cada uno de ellos: el peso relativo, la estancia media esperada y la incidencia de la estancia en el conjunto del peso relativo.

- **Grupos de Procesos clínicos**
Esta tabla permite la posibilidad de realizar estudios gráficos de los procesos agrupándolos por complejidad, casos, coste, etc.

- **Servicios o GFH**
Es *imprescindible* para el desarrollo del proceso de imputación de costes. En esta tabla se especifica la estructura organizativa del sistema de contabilidad analítica en “centros de coste”, especificando la tipología de cada uno de ellos.

- **Grupos de Servicios o grupos de GFH**
Son grupos homogéneos o heterogéneos de centros de coste dependiendo de la utilidad que vayan a tener. Un centro de coste puede pertenecer a más de un grupo.

- **Estructura del centro**

Se trata de una visión de la distribución del centro, muy útil en la fase de *consulta y explotación de datos*. Se pueden definir hasta tres niveles jerárquicos de distribución incluyendo en cada uno de ellos los GFH correspondientes. Los GFH incluidos en la estructura deben ser *Finales* y un GFH solo puede pertenecer a un apartado de la estructura.

Ejemplo:

1º Nivel

Medicina.

2º Nivel (Bajo el 1º Nivel de Medicina)

Alergología, Dermatología, Digestivo, etc.

3º Nivel (Bajo el 2º Nivel de Alergología)

Asistencia Ambulatoria Alergia, Consultas Externas Alergia, Pruebas Especiales Alergia, etc.

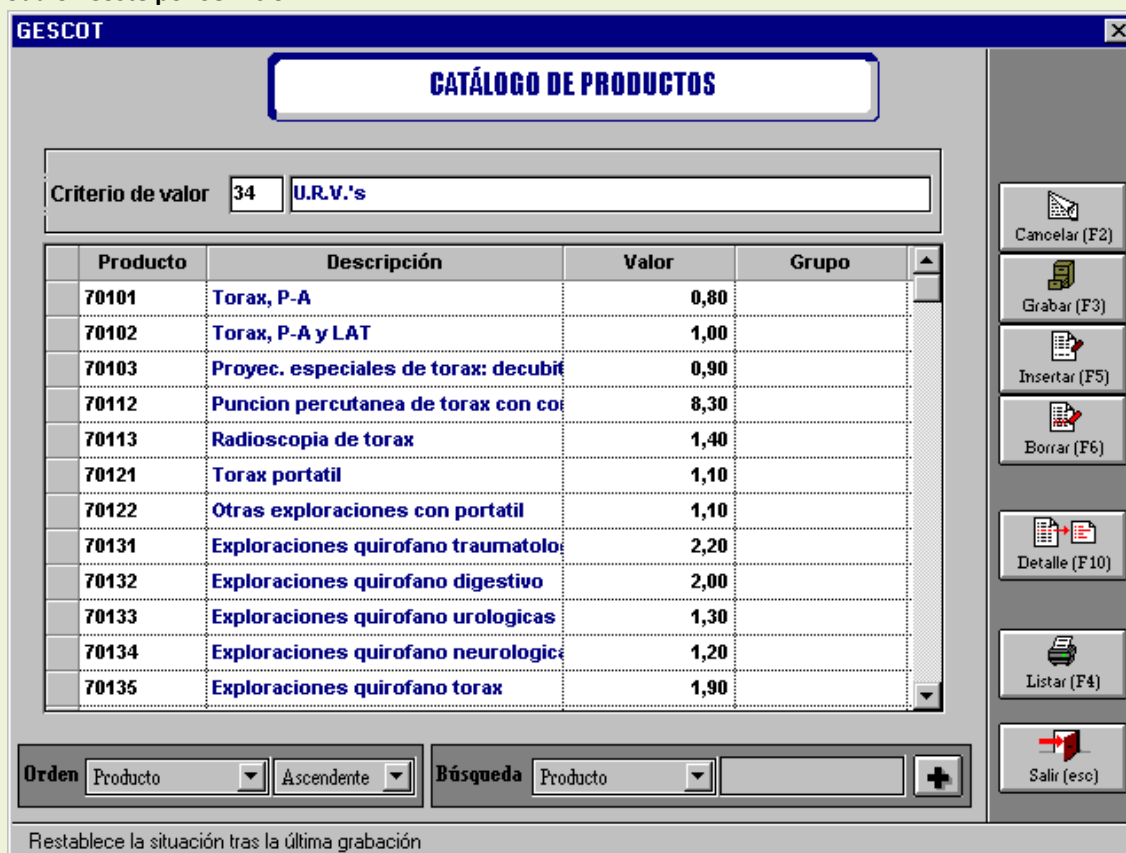
- **Epígrafes de Contabilidad**

Se trata de los epígrafes, cuentas contables, familias, conceptos, etc. que permiten agrupar los costes de funcionamiento. Se reseñará, si procede, su gestor de gasto (F-Farmacia, M-Mantenimiento, S-Suministros, etc.). Se pueden definir hasta tres niveles jerárquicos.

- **Criterios de imputación y Catálogo de Productos**

Los criterios de imputación son *imprescindibles* para poder realizar el proceso de imputación. Seleccionando el criterio de imputación que sirve de unidad de valor, se pueden incluir los productos de los diferentes Catálogos existentes en cada Centro.

Imagen 2. Aplicación GESCOT®: Visualización de la entrada para la carga del Catálogo de Productos, del módulo “Coste por Servicio”.



FUENTE: Documento técnico “Generación y carga de un fichero de productos de catálogo”, SAVAC Consultores SL. Facilitado por el Servicio Aragonés de Salud.

- **Asignación de criterios a GFH**

Imprescindible para poder realizar la explotación de datos en algunos informes. La herramienta necesita conocer el criterio por el cual se va a medir la actividad del GFH durante el periodo que se determine. La aplicación permite medir la actividad de un GFH por diferentes criterios, según la asignación establecida. Por ejemplo, se podría estudiar la actividad de un quirófano en función del número de intervenciones realizadas o en función del tiempo de utilización del mismo, solo variando el criterio asignado.

- **Grupos de Productos**

Imprescindible para poder realizar la explotación de datos del informe de Productos por grupos.

- **Criterios fijos**

Son criterios que la aplicación se reserva para la generación de informes. Los porcentajes establecidos en esta tabla podrán ser variados en cualquier momento.

COSTES DE PERSONAL:

Carga de los costes de personal:

Los costes de personal (Capítulo I) son recogidos manual o automáticamente de otras aplicaciones según las posibilidades de cada Centro. Si la *carga* es automática, GESCOT® permite la posibilidad de añadir datos a los cargados previamente o bien sustituirlos. La aplicación permite corregir posibles errores en la carga de los costes de personal mediante un proceso de *depuración de la Nómina*.

Una vez cargada la Nómina, excepto si se realizó una carga agrupada de la información, se procede a la *agrupación de la Nómina* por GFH, Personal y Relación Laboral.

Ajustes en los costes de personal:

Existe la posibilidad de que, una vez introducidos los costes de personal en la aplicación GESCOT®, se detecten pequeñas diferencias entre la Contabilidad Presupuestaria y la Contabilidad Analítica en lo que a Capítulo I se refiere. Esta circunstancia puede tener su origen en la utilización de prorrateos para introducir determinados conceptos retributivos (p.e. prorrateo de la paga extra) que hasta el momento del cierre del

ejercicio no es posible verificar. Esas discrepancias se corrigen a través del concepto “*Costes Globales*”, que recogen la diferencia entre el importe que ofrece la contabilidad presupuestaria y la analítica. En “*Costes Globales*” se puede incluir cualquier cifra (positiva o negativa) que permita cuadrar importe de la nómina. La introducción de *costes globales* (no es necesaria) se puede realizar en el momento que se desee y se repartirán en base al peso o número de personas, según selección, de cada Servicio en el Centro en referencia a los Costes de Personal.

Distribución de los costes de personal:

Para realizar la distribución de los costes de personal es necesario definir los porcentajes de dedicación del personal a los diferentes GFH. Esta información se introduce en la aplicación a través de la *plantilla para la distribución de costes de personal*. Esta plantilla se puede cargar de forma automática o manual.

El *control horario* de los empleados no es necesario, pero es de obligatoria ejecución si se desea actualizar o crear la plantilla para la distribución de costes de personal a partir de los partes horarios de los empleados recogidos en el módulo de “control horario” de la aplicación. Las *horas anuales según convenio* son imprescindibles para calcular indicadores tales como horas trabajadas, coste/hora, etc. en la distribución automática de los costes de personal.

COSTES DE FUNCIONAMIENTO:

Carga de los costes de funcionamiento:

La introducción de los costes de funcionamiento puede realizarse de forma manual o automática. En caso de no disponer de la posibilidad de aprovechar los datos de Suministros, Farmacia u otras herramientas, GESCOT® permite la entrada manual de los

costes por epígrafe para que posteriormente sirvan de referencia en su distribución. La aplicación permite la posibilidad de añadir datos a los cargados previamente o bien sustituirlos.

Ajustes en los costes de funcionamiento:

Al cargar los costes de funcionamiento, puede ocurrir que se detecten diferencias entre la Contabilidad Presupuestaria y la Contabilidad Analítica en el importe de Capítulo II (p.e. en los GFH de Suministros o Farmacia). Existen diferentes maneras de corregir estas diferencias: asignando la diferencia al mismo GFH donde se ha producido el descuadre, o bien creando un GFH específico que recoja este desajuste y cuyo importe se repartiría en función de un criterio previamente definido.

Distribución de los costes de funcionamiento:

La distribución de los costes de funcionamiento puede realizarse de forma automática o manual:

- Distribución automática de los costes de funcionamiento:
Aquellos Epígrafes que estén definidos en la plantilla como de asignación automática serán distribuidos en base a la misma; el resto en función de su procedencia.

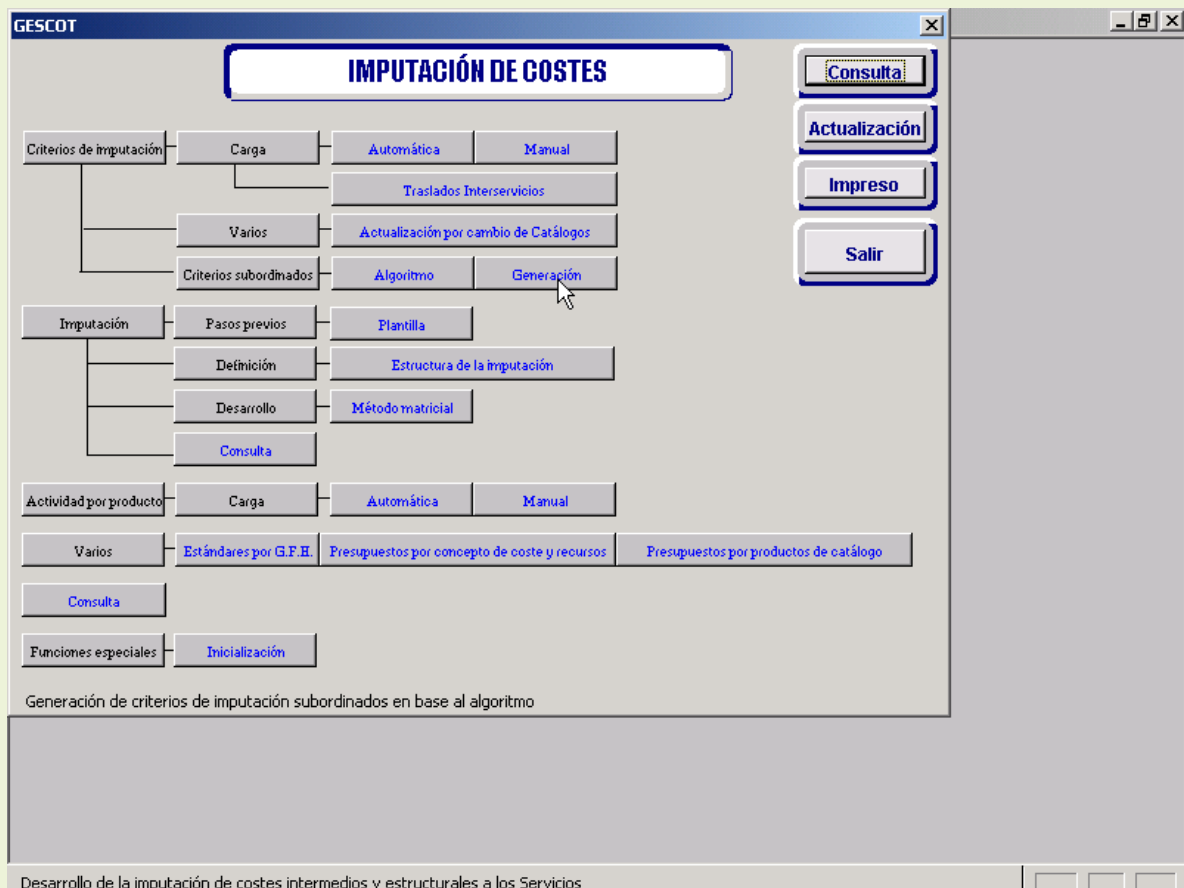
- Distribución manual de los costes de funcionamiento:
En este apartado se deben distribuir manualmente los costes de los Epígrafes entre los GFH, bien peticionarios o intermedios, según corresponda. La plantilla de distribución puede servir de referencia y ayuda durante el proceso.

IMPUTACIÓN DE COSTES:

En este apartado se describen los aspectos más importantes de la funcionalidad de la aplicación para llevar a cabo la imputación de costes. Como se observa en la imagen adjunta, destacan tres bloques de contenidos:

- Criterios de imputación.
- Imputación.
- Actividad por producto.

Imagen 3. Aplicación GESCOT®: Visualización de la entrada para la Imputación de Costes en el módulo “Coste por centro de coste”.



FUENTE: Documento técnico “Implantación de la gestión de costes clínicos”. SAVAC Consultores SL: 2006. Facilitado por el Servicio Balear de Salud (Ib-Salut).

Criterios de imputación:

La carga de los criterios de imputación se puede realizar de forma *manual* o *automática*. Así, en caso de no disponer de la posibilidad de aprovechar los datos de otras herramientas, este proceso permite la entrada manual de los criterios de imputación, para que posteriormente sirvan de referencia en la imputación de costes o en la explotación de datos.

Cabe la posibilidad de definir criterios de imputación a partir de algoritmos definidos por el usuario. Son los denominados *criterios subordinados*.

Imputación:

La “*plantilla para la imputación de costes*” es imprescindible para poder realizar la imputación de costes. Se dispone de la opción de tener varios criterios de imputación por GFH según el nivel de detalle de información que disponga el centro hospitalario.

En la plantilla deberán aparecer todos los GFHS Intermedios y Estructurales con los posibles criterios por los que pueden imputar su coste. La plantilla es única para todos los períodos.

En base a la plantilla para la imputación de costes definida, se establece para cada período de análisis una “*estructura de la imputación*” específica, imprescindible para poder realizar la imputación de costes.

En la estructura de la imputación se indica a la aplicación qué criterio de imputación concreto debe utilizar para imputar el coste de cada GFH Intermedio y Estructural en cada año/mes.

Actividad por producto:

En este apartado se registra la actividad que desarrolla un GFH cuyos productos están catalogados. Para ello el GFH debe tener dado de alta su Catálogo de Productos en la aplicación GESCOT®.

La producción se introducirá reflejando el GFH realizador, el GFH peticionario, el Código de Producto según Catálogo y la cantidad total. Esta información podrá ser utilizada para la explotación de datos.

La carga de productos puede realizarse de forma manual o automática. En caso de no disponer de la posibilidad de aprovechar los datos de otras herramientas, este proceso permite la entrada manual de la actividad de los GFH. También permite la modificación de los datos recibidos en la carga automática.

B) MÓDULO 03. DATOS CLÍNICOS

Los datos clínicos pueden ser tratados a nivel de GRD, PMC, CMA u otros sistemas de medición de la producción de hospitalización y cirugía mayor ambulatoria. Se basan en el CMBD y en los sistemas de clasificación de pacientes que utilicen en cada caso. En este módulo deben emplearse los mismos sistemas de medición que figuran en la “Tabla de Procesos Clínicos” definida en la infraestructura de la aplicación.

La carga de datos clínicos puede realizarse de forma manual o automática. En caso de no disponer de la posibilidad de aprovechar los datos de otras herramientas, este proceso

permite la entrada manual de los datos clínicos para que posteriormente sirvan de referencia en la explotación de datos. También permite la modificación de los datos recibidos en la carga automática.

C) MÓDULO 05. IMPUTACIÓN A PACIENTE

Los conceptos de coste de asignación directa serán aquellos de los cuales se disponga la posibilidad de conocer el paciente al que se le aplicó e implica un coste repercutido únicamente a el (p.e. prótesis, farmacia, etc.).

Los conceptos de asignación directa pueden ser de tres tipos: epígrafes de coste, catálogo de productos y servicios completos. La asignación de estos conceptos al paciente puede ser realizada de forma simultánea según las posibilidades del centro hospitalario.

Por supuesto, el resto de los costes serán asignados al paciente de la forma habitual ya detallada anteriormente (p.e. peso relativo o peso ponderado).

Carga de conceptos de coste imputados a paciente:

La carga de conceptos de coste puede realizarse de forma manual o automática. Así, en caso de no existir la posibilidad de aprovechar los datos de otras herramientas, la carga manual permite la entrada de los conceptos de coste de asignación directa. Asimismo, el proceso de carga manual también permite la modificación de los datos recibidos mediante una carga automática

La carga manual, a su vez, puede realizarse de forma directa o de forma manual por paciente.

- Con la *carga manual directa*, se parte de la selección del *concepto* de coste. A continuación la aplicación muestra los pacientes incluidos entre los datos clínicos y podrá asignarse el coste a los que sea oportuno.
- Con la *carga manual por paciente*, se parte de la selección del *paciente*. A continuación se podrá seleccionar el o los conceptos de coste oportunos y asignarles el coste correspondiente.

Ajuste de conceptos de coste imputados a paciente:

Entre los costes imputados al GFH por cualquier concepto y los recogidos a nivel de paciente pueden existir diferencias. Para dar solución a este problema la aplicación GESCOT® permite seleccionar a quien y como se deberán repercutir estas diferencias. Por cada concepto de coste se podrá optar por:

a) A quién imputar la diferencia:

- *Sin ajuste*: Las diferencias serán eliminadas del cálculo del coste del paciente y proceso.
- *A los consumidores*: Las diferencias serán imputadas exclusivamente a los pacientes que fueron beneficiarios del concepto.
- *A los no consumidores*: Las diferencias serán imputadas exclusivamente a los pacientes que no fueron beneficiarios del concepto.
- *A todos*: Las diferencias serán imputadas a todos los pacientes tratados en el Servicio.

b) Como imputar la diferencia:

- *Sin ajuste*: Las diferencias serán eliminadas del cálculo del coste del paciente y proceso.
- *Según coste del concepto*: Las diferencias se repartirán proporcionalmente al coste realizado en cada paciente y proceso respecto al concepto.
- *Según coste completo del paciente*: Las diferencias se repartirán proporcionalmente al coste realizado en cada paciente y proceso.
- *Según peso o complejidad del proceso*: Las diferencias se repartirán proporcionalmente al peso o complejidad relativa o ponderada de cada proceso.
- *Por igual*: Las diferencias serán prorrateadas por igual a todos los pacientes y procesos.

D) MÓDULO 06. EXPLOTACIÓN

Se pueden emitir informes agregados o desagregados a diferentes niveles, con parámetros de selección, niveles de agrupación, porcentajes variables, estudios comparativos inter-periodos y sobre datos globales, etc.

Las principales opciones de explotación que permite la aplicación son:

■ **Consulta del resultado de la Imputación**

Se permite la consulta de datos de forma dinámica, filosofía aplicada en toda la herramienta, seleccionando y agrupando datos según las necesidades. También se permite ver la procedencia de los costes recibidos durante el proceso de imputación.

■ **Informes y gráficos**

Se permite generar informes y gráficos de forma dinámica, filosofía aplicada en toda la herramienta, seleccionando y agrupando datos según las necesidades.

E) MÓDULO 08. INTEGRACIÓN

GESCOT® permite la recepción y actualización de ficheros generados en otras herramientas (tanto de estructura de información como de codificación de la misma) con objeto de incorporar los datos con la mayor presteza, sencillez y autonomía.

F) MÓDULO 10. UTILIDADES SSCC

Los datos generados en los hospitales pueden ser enviados a otros centros, incluido Servicios Centrales, y viceversa, a través del producto de intercambio de datos.

5.2. LA APLICACIÓN GESCOT® EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

OBJETIVO DE COSTE

La aplicación GESCOT® en el Servicio Aragonés de Salud permite obtener información del consumo de recursos:

- Por centro de responsabilidad.
- Por línea de actividad asistencial.
- Por proceso.

Como objetivo final del sistema de contabilidad se establece la obtención del **coste por paciente**.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El SCA se estructura en Grupos Funcionales Homogéneos (GFH). El Servicio Aragonés de Salud ha definido una estructura de centros normalizada (Anexo 1) que se corresponde con la estructura organizativa de los centros hospitalarios en los que está implantada la aplicación GESCOT®.

Se establecen *Áreas de Producción* para diferenciar las líneas de actividad de los Servicios de Especialidades; estas son:

HOS	Hospitalización.
CEX	Consultas Externas.
AMB	Ambulatoria.
PEX	Procedimientos Extraídos.
DOC	Docencia.
INV	Investigación.

Al definir la estructura de centros de coste, se pueden constituir GHF para las distintas áreas de producción de un Servicio.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en el SCA se clasifican, según su naturaleza, en *costes de personal* y *costes de funcionamiento*. **No** se dispone de información sobre la imputación de costes por la **amortización** del inmovilizado.

A. COSTES DE PERSONAL

Para el tratamiento de los costes de personal, en la infraestructura de la aplicación GESCOT® se definen tres tablas imprescindibles:

- *Tipos de personal.*
- *Relaciones laborales.*
- *Conceptos retributivos.* En el Servicio Aragonés de Salud los conceptos retributivos se agrupan en 3 conceptos (retribución básica, paga extra y Atención continuada) aunque la aplicación GESCOT® puede trabajar hasta con 9 conceptos retributivos.

B. COSTES DE FUNCIONAMIENTO

Los costes de funcionamiento incluyen los conceptos de gasto recogidos en el Capítulo II de la contabilidad presupuestaria.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

De las alternativas que ofrece la aplicación GESCOT®, el Servicio Aragonés de Salud ha implantado en sus centros hospitalarios el **método matricial** de imputación de costes.

Todos los costes quedan adscritos obligatoriamente a un centro de coste.

El sistema GESCOT® implantado en el Servicio Aragonés de Salud permite la posibilidad de realizar carga automática de conceptos de coste **a nivel de paciente**, dependiendo del grado de desarrollo de los sistemas de información hospitalarios. Los conceptos de coste

a asignar pueden ser importes directos (Prótesis, Unidosis, Catéteres, etc.) ó Productos del Catálogo correspondiente valorado en unidades relativas.

Para imputar directamente el *coste de un epígrafe* a paciente (por ejemplo prótesis, unidosis, catéteres, etc.), es necesario disponer de la siguiente información relacionada con dicho consumo:

- Día.
- Mes.
- Año.
- GFH responsable del paciente.
- NHC Número de Historia Clínica.
- Epígrafe N.1.
- Epígrafe N.2.
- Epígrafe N.3.
- Importe.

Para efectuar una carga automática de los *Productos de Catálogo* sobre el paciente, se precisan los siguientes datos:

- Fecha de realización de la Prueba/Producto (dd/mm/aaaa).
- GFH Realizador.
- GFH Peticionario.
- NHC Número de Historia Clínica.
- Código de la Prueba/Producto.
- Cantidad de pruebas/productos realizados.

Hay ocasiones en las que se dispone de información del paciente, pero no se está hablando de un Catálogo propiamente dicho, dado que el *GFH Intermedio* que realiza dicha actividad produce un *único producto*. Es el caso de:

- Estancias de Enfermería.
- Tiempo de Quirófano (Disponibilidad, Utilización).
- Tiempo de Anestesia.

- Etc.

En estos casos también se puede realizar la imputación a nivel de paciente (p.e. en función de los días que el paciente a estado en la Unidad de Enfermería). Se precisan la siguiente información:

Carga a nivel de paciente de la Unidad de Enfermería:

- Fecha (en este caso, de salida de la Unidad de Enfermería).
- GFH Realizador (la Unidad de Enfermería).
- GFH Destino (El GFH responsable del paciente durante su estancia).
- NHC Número de Historia Clínica.
- Producto entregado (E, “de Estancias”).
- Cantidad (el número de días de estancia).

CRITERIOS DE REPARTO

El método matricial de imputación de costes se lleva a cabo utilizando criterios de reparto específicos (también denominados “criterios de actividad”) definidos para cada centro de coste.

Entre los criterios de reparto, cabe diferenciar aquellos que son de obligada observación para desarrollar diversos procesos de explotación de especial relevancia (criterios 1 a 10 y 80 a 98 y aquellos que han sido definidos por el usuario (Servicio Aragonés de Salud) de acuerdo con sus preferencias y posibilidades de información.

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software comercial que soporta la aplicación GESCOT® ha sido adaptado en las salidas y entradas de información a las sugerencias del Servicio Aragonés de Salud.

El procedimiento de captura de la información se realiza de mediante la generación ficheros de carga de datos en formato “.TXT”.

Para facilitar la explotación de los datos que suministra la aplicación GESCOT®, el Servicio Aragonés de Salud cuenta con un sistema de soporte para la toma de decisiones (**D.S.S. Centrales**) orientado a la Gestión de Costes Clínicos, comercializado por Savac Consultores SL. La idea fundamental de esta herramienta es la de facilitar el acceso al gran volumen de datos de información disponible, de forma rápida y dinámica, mediante la explotación de la información con informes dinámicos.

El D.S.S. Centrales se basa en dos herramientas:

- Módulo de Carga de Datos.
- Generador de Informes (Oracle Discoverer®).

El ‘Módulo de Carga de Datos’ permite definir y actualizar la estructura de información con la que se va a trabajar (Estructura de Homologación), e introducir los datos que se desea analizar con el D.S.S.. Además en esta carga de datos, también busca e informa de posibles errores en los datos que se introducen, para evitar futuros errores en la explotación de más difícil detección y corrección.

El ‘Generador de Informes o Oracle Discoverer®’ permite la explotación de los datos que previamente se han introducido en el D.S.S.. Esta explotación es ágil, amigable y dinámica, de modo que el usuario puede diseñar sus propios informes o modificar uno dado, para poder analizar la información desde otro punto de vista.

5.3.EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO BALEAR DE SALUD

En este apartado se describen los aspectos más significativos de la implantación del sistema de contabilidad analítica GESCOT® en el Servicio Balear de Salud (Ib-Salut). La información disponible al respecto para el desarrollo de este trabajo corresponde fundamentalmente al Hospital Fundación Manacor.

OBJETIVO DE COSTE

El objetivo de coste del sistema GESCOT® en el Servicio Balear de Salud es obtener información del consumo de recursos **por centro de coste**. Este sistema de contabilidad analítica permite calcular costes por paciente, pero esta posibilidad no ha sido implantada por el momento en este Servicio Regional de Salud.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El SCA se estructura en Grupos Funcionales Homogéneos (**GFH's**) que se clasifican en centros estructurales, intermedios, intermedio-finales y finales.

Al definir la estructura del SCA se pueden establecer agrupaciones de GFH's por centros, por equipos, etc. que permiten consultar los datos de costes agrupados.

En el Anexo 1 se recoge la estructura del centro Hospital Fundación Manacor, en la que se muestran los GFH definidos (en este hospital no se han definido centros de coste intermedio-finales).

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en el SCA se clasifican, según su naturaleza, en *costes de personal* y *costes de funcionamiento*. En el Hospital Fundación Manacor se imputan los costes correspondientes por la **amortización** del inmovilizado, diferenciando entre la amortización de edificios y otras amortizaciones generales.

A. COSTES DE PERSONAL

Para el tratamiento de los costes de personal, en la infraestructura de la aplicación GESCOT® se definen tres tablas imprescindibles:

- *Tipos de personal* (se contemplan 104 tipologías diferentes).
- *Relaciones laborales*:
 - Alta dirección.
 - Indefinido.
 - Eventual.
- *Conceptos retributivos*. En esta tabla se especifican los conceptos que intervienen en el cálculo del coste/hora del personal, en particular:

Tabla 2. Conceptos retributivos. Infraestructura del sistema de contabilidad analítica del Hospital Fundación Manacor. 2010.

Código	Descripción	Tipo	Interviene en cálculo del coste/hora
1	Costes fijos	Fijo	SI
2	Peonadas	Variable	NO
3	Guardias	Variable	NO
4	Incentivos	Variable	NO
5	Carrera profesional	Variable	NO
6	Nocturnidad y festivo	Variable	NO
7	Resto variable	Variable	NO
8	Seguridad Social	Fijo	SI

FUENTE: Tabla de infraestructura de la aplicación GESCOT® del Hospital Fundación Manacor.

B. COSTES DE FUNCIONAMIENTO

Los costes de funcionamiento incluyen los conceptos del Capítulo II de contabilidad presupuestaria y las transferencias corrientes incluidas en el Capítulo IV, con tres niveles de desagregación.

También se incluyen el coste de la **amortización** del inmovilizado.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

El Servicio Balear de Salud ha implantado en sus centros hospitalarios el **método matricial** de imputación de costes. Una vez desarrollado el método matricial, la suma de los costes de los GFH's Finales debe coincidir con los costes directos totales cargados en el período.

CRITERIOS DE REPARTO

El método matricial de imputación de costes se lleva a cabo utilizando criterios de reparto específicos definidos para cada centro de coste. La aplicación permite definir criterios de imputación de la siguiente tipología:

- Criterios *variables*.
- Criterios *fijos* (p.e. puntos informáticos).
- Criterios *subordinados*: son criterios basados en otros ya existentes (p.e. suma de dos criterios). A su vez, los criterios subordinados pueden definirse “sin emisor” o “con emisor”.

- Criterios *automáticos*: estos criterios los genera la aplicación automáticamente a partir de los datos cargados de nómina, costes de funcionamiento, etc.

Entre los criterios de reparto, cabe diferenciar aquellos que son de obligada observación para desarrollar diversos procesos de explotación de especial relevancia (criterios 1 a 10 y 80 a 98 y aquellos que han sido definidos por el usuario (Servicio Balear de Salud) de acuerdo con sus posibilidades y necesidades de información (Anexo 2).

En el Hospital Fundación Manacor se utilizan catálogos de productos como criterio de reparto para los GFH de Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica y Esterilización.

En la estructura de imputación de este hospital se establecen, asimismo, criterios de reparto de la amortización del inmovilizado, repartiéndose la *amortización de edificios* por “superficie” y el resto de *amortizaciones generales* atendiendo al “coste de personal por GFH”.

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software comercial que soporta la aplicación GESCOT® ha sido adaptado en las salidas y entradas de información a las sugerencias del Servicio Balear de Salud, habiéndose homologado toda la infraestructura de la aplicación para el conjunto de la organización.

Permite la integración de archivos externos procedentes de otras aplicaciones, siendo necesario el desarrollo de un proceso de transcodificación para aquellos ficheros que contengan codificaciones distintas a las existentes en GESCOT®. La carga de información procedente de otras aplicaciones se realiza a través de ficheros “.txt”.

A través del módulo “Generador de Informes” se puede consultar cualquier dato relativo a la nómina, recetas, suministros, actividad, etc. Además, se han definido unos informes estándar que facilitan la tarea de consulta.

Para facilitar la explotación de los datos que suministra la aplicación GESCOT®, el Servicio Balear de Salud cuenta con la herramienta *Oracle Discoverer*® comercializada también por Savac Consultores SL, que exporta las salidas de información en formato Excel.

5.4. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

Se describen en este apartado los aspectos más significativos de la implantación del sistema de contabilidad analítica GESCOT® en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL).

OBJETIVO DE COSTE

El sistema de contabilidad analítica implantado en los centros hospitalarios de SACYL permitirá obtener información del consumo de recursos:

- Por centro de responsabilidad.
- Por línea de actividad asistencial.
- Por proceso.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El SCA de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León se estructura en centros de coste denominados Grupos Funcionales Homogéneos (GFH), que se clasifican en estructurales, intermedios y finales, correspondiéndose su definición con la estructura organizativa de sus centros hospitalarios.

Hasta el momento, en SACYL no se ha definido ningún centro de responsabilidad multidisciplinar.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en el SCA se clasifican, según su naturaleza, en *costes de personal* (Capítulo I) y *costes de funcionamiento* (Capítulo II). Hasta el momento, **no** se imputan costes por la **amortización** del inmovilizado.

A. COSTES DE PERSONAL

La infraestructura del sistema de contabilidad analítica de SACYL contempla los siguientes conceptos retributivos en los que se desglosan los costes de personal:

- Salario base (incluye complemento de destino y trienios).
- Autoconcertación, programas especiales, turno de deslizamiento.
- Complemento de Atención Continuada.
- Productividad variable.
- IT.
- Cuotas Seguridad Social.
- Prorroga extra.

- Otros fijos.

B. COSTES DE FUNCIONAMIENTO

Los costes de funcionamiento incorporan cada uno de los subconceptos presupuestarios incluidos en el Capítulo II “Gastos corrientes en bienes y servicios” necesarios para el ejercicio de las actividades de los centros hospitalarios, tales como: energía eléctrica, productos farmacéuticos, productos alimenticios, material radiológico, comunicaciones, seguridad, implantes, terapias de insuficiencia respiratoria, etc.

También se incluyen entre estos costes otros gastos sociales a cargo del centro, que agrupan todos aquellos derivados de las actividades de formación del personal.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN Y CRITERIOS DE REPARTO

SACYL ha implantado en sus centros hospitalarios el **método matricial** de imputación de costes, utilizando criterios de reparto específicos definidos para cada centro de coste.

Entre los criterios de reparto, cabe diferenciar aquellos que son de obligada observación para desarrollar diversos procesos de explotación de especial relevancia (criterios 1 a 10 y 80 a 98) y aquellos que han sido definidos por SACYL de acuerdo con sus posibilidades y necesidades de información (Anexo 2).

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software comercial que soporta la aplicación GESCOT® ha sido adaptado a las necesidades de información de SACYL, integrándose con HP-HIS. En este Servicio Regional de Salud no es posible introducir modificaciones o nuevos desarrollos en el futuro.

SACYL dispone de una **base de datos** de información de costes a nivel centralizado.

El procedimiento de captura de la información se realiza de forma *mixta*, combinando mecanismos automáticos con otros procedimientos manuales. La fuente de los datos de personal es el programa de nómina implantado en SACYL (denominado PERSIGO); por su parte, los costes de funcionamiento se cargan en GESCOT® a través de múltiples aplicativos, dependiendo del tipo de bien o del servicio de que se trate, realizándose incluso cargas semimanuales de datos de consumos derivados del desarrollo de trabajos específicos, tales como el mantenimiento de los equipos e instalaciones del centro hospitalario.

La información se puede extraer con periodicidad mensual, siendo factible exportar las salidas de información en formato Excel y documentos PDF.

5.5.EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

En este apartado se describen los aspectos más significativos de la implantación del sistema de contabilidad analítica GESCOT® en el Servicio Cántabro de Salud.

OBJETIVO DE COSTE

El objetivo de coste del sistema GESCOT® en el Servicio Cántabro de Salud es obtener información del consumo de recursos:

- Por centro de responsabilidad.
- Por línea de actividad asistencial.
- Por proceso.

- Por paciente (dependiendo de la bondad de la información registrada).

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El SCA se estructura en Grupos Funcionales Homogéneos (**GFH**) que se clasifican en centros estructurales, intermedios, intermedio-finales y finales. La clasificación de los centros de coste se corresponde con la estructura organizativa de los centros hospitalarios del Servicio Cántabro de Salud.

La definición de GFH de este sistema de contabilidad está basada en GECLIF, con variaciones en la *estructura de centros de coste* de los hospitales (p.e. se han incorporado nuevos GFHs), en la configuración de los *servicios quirúrgicos* y los criterios de imputación de su personal facultativo definidos, así como la apertura de *nuevas líneas de actividad* asistencial como la dispensación ambulatoria de fármacos.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en el SCA se clasifican, según su naturaleza, en *costes de personal* (Capítulo I) y *costes de funcionamiento* (Capítulo II), definiéndose hasta cinco niveles de agrupación de los epígrafes de contabilidad presupuestaria. Entre los costes de funcionamiento se incluye además un epígrafe contable de **amortización de edificios**.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

El Servicio Cántabro de Salud ha implantado en sus centros hospitalarios el **método matricial** de imputación de costes, en el que todos los costes de los GFH estructurales e intermedios quedan imputados a los GFH finales y a la producción final.

Este método desarrolla un sistema de *imputaciones recíprocas* en la que, en principio, todos los GFH pueden repartir sus costes teniendo en cuenta la actividad que se realiza, recogiendo todas las interrelaciones recíprocas que existen entre los GFH.

CRITERIOS DE REPARTO

El método matricial de imputación de costes se lleva a cabo utilizando criterios de reparto específicos definidos para cada GFH Homologado.

Existen distintos tipos de criterios para realizar la imputación de costes de los GFH estructurales, intermedios e intermedios-finales:

- *Criterios de imputación fijos* (p.e. superficie, puntos telefónicos, Pc's, etc.).
- *Criterios de imputación subordinados*: aunque no se trata de criterios homologados, en muchas ocasiones es necesario para evitar cálculos redundantes fuera del sistema.
- *Muestreos*: Cuando no se dispone de un criterio homologado definido se puede optar por la solución última, el muestreo. Cualquier muestreo debe ser validado por los Servicios Centrales de la Organización antes de su utilización, con el objeto de evitar inconsistencias entre los mismos servicios en distintos centros, e incluso poder establecer un muestreo homologado para todos ellos.

- *Ponderaciones:* En algunas ocasiones resulta necesario efectuar ponderaciones de algún criterio para afinar mejor la imputación de algunos conceptos. Cualquier ponderación debe ser validada por los Servicios Centrales de la Organización antes de su utilización, con el objeto de evitar inconsistencias entre los mismos conceptos en distintos centros e, incluso poder establecer ponderaciones homologadas para todos ellos.

Los criterios de reparto definidos para cada GFH se recogen en la plantilla de imputación. Entre los criterios de reparto, cabe diferenciar aquellos que son de obligada observación para desarrollar diversos procesos de explotación de especial relevancia (criterios 1 a 10 y 80 a 98 y aquellos que han sido definidos por el usuario (Servicio Cántabro de Salud) de acuerdo con sus posibilidades y necesidades de información (Anexo 2).

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software comercial que soporta la aplicación GESCOT® ha sido adaptado a las demandas realizadas por el Servicio Cántabro de Salud, admitiendo la posibilidad de introducir modificaciones o nuevos desarrollos en el futuro.

El Servicio Cántabro de Salud dispone de una **base de datos** de información de costes a nivel centralizado.

El procedimiento de captura de la información se realiza de forma **automática**.

Las salidas de información se realizan en forma de **informes** agrupados en 11 áreas distintas: infraestructura, costes de personal, costes de funcionamiento, imputación, consultas económicas, hospitalización, otras actividades, consultas, urgencias, actividad intermedia, nómina, informes de paciente, informes históricos, contrato de gestión e

informe de datos cargados. Los informes se presentan al usuario a través de una herramienta *Oracle Discoverer*[®].

5.6. LA APLICACIÓN GESCOT[®] EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD

Se describen a continuación las principales características de la implantación del sistema de contabilidad analítica GESCOT[®] en el Servicio Gallego de Salud. La información disponible al respecto para la realización de este trabajo corresponde al C.H.A. Marcide-Novoa Santos (Área Sanitaria de Ferrol).

OBJETIVO DE COSTE

El objetivo de coste de la aplicación GESCOT[®] en el Servicio Gallego de Salud (C.H.A. Marcide-Novoa Santos) es obtener información del consumo de recursos **por proceso**.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El SCA se estructura en Grupos Funcionales Homogéneos (**GFH**) que se clasifican en centros estructurales, intermedios y finales. Se dispone de la estructura de centros de coste del C.H.A. Marcide-Novoa Santos, correspondiéndose con la estructura organizativa del centro hospitalario. (Anexo 1)

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en el SCA se clasifican, según su naturaleza, en *costes de personal* y *costes de funcionamiento*, desglosándose los epígrafes de contabilidad hasta en tres niveles.

No se imputan costes por la **amortización** del inmovilizado.

A. COSTES DE PERSONAL

Para el tratamiento de los costes de personal, en la infraestructura de la aplicación GESCOT® se definen tres tablas imprescindibles, con el siguiente contenido en el C.H.A. Marcide-Novoa Santos:

- *Tipos de personal:*

Celadores
Cocinero
Costurera
Enfermería
Facultativo
Lavandera
Otros
Pinche
Planchadora

- *Relaciones laborales* (eventual, interino, plantilla).

- *Conceptos retributivos.* En esta tabla se especifican los conceptos que intervienen en el cálculo del coste/hora del personal, en particular:

Tabla 3. Conceptos retributivos. Infraestructura del sistema de contabilidad analítica del C.H.A. Marcide-Novoa Santos 2010.

Código	Descripción	Tipo	Interviene en cálculo del coste/hora
1	Guardias	Variable	NO
2	A.C.	Variable	SI
3	H.E.	Variable	SI
4	Trienios	Variable	SI
5	Haberes	Variable	SI
6	Complementos (AS)	Variable	SI
7	Cuotas	Variable	SI
8	Extra	Variable	SI
9	IT	Variable	SI

FUENTE: Tabla de infraestructura de la aplicación GESCOT® del C.H.A. Marcide.

B. COSTES DE FUNCIONAMIENTO

Los costes de funcionamiento incluyen los conceptos de gasto incluidos en el *Capítulo II* de contabilidad presupuestaria, así como las transferencias corrientes contempladas en el *Capítulo IV*.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN Y CRITERIOS DE REPARTO

El C.H.A. Marcide-Novoa Santos ha implantado en su SCA el **método matricial** de imputación de costes.

El método matricial de imputación de costes se lleva a cabo utilizando criterios de reparto específicos definidos para cada centro de coste. Entre los criterios de reparto definidos cabe diferenciar aquellos que son de obligada observación para desarrollar diversos procesos de explotación de especial relevancia (criterios 1 a 10 y 80 a 98) y aquellos que han sido definidos por el usuario de acuerdo con sus preferencias y posibilidades información (Anexo 2).

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software comercial que soporta la aplicación GESCOT® en el Servicio Gallego de Salud admite la posibilidad de introducir modificaciones o nuevos desarrollos en el futuro.

El procedimiento de captura de la información se realiza de forma mixta (80% automática y 20% manual).

La información que se extrae de la aplicación puede ser de dos tipos:

- Económica-asistencial: coste por proceso, coste por estancia, etc.
- Económica: coste por GFH, por grupo, por epígrafe, etc.

Para facilitar la explotación de los datos que suministra la aplicación GESCOT®, se dispone de una herramienta específica (*Discoverer*) comercializada también por Savac Consultores SL, que exporta las salidas de información en formato Excel.

5.7. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Se describen a continuación los aspectos más significativos de la implantación del sistema de contabilidad analítica GESCOT® en el Servicio Madrileño de Salud.

OBJETIVO DE COSTE

El objetivo de coste de del sistema GESCOT® en el Servicio Madrileño de Salud es obtener información del consumo de recursos:

- Por centro de responsabilidad.
- Por línea de actividad asistencial.
- Por proceso.
- Por paciente.

El objetivo final que se plantea en este sistema de contabilidad es la obtención del *coste por actividad y proceso asistencial*.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El SCA se estructura en Grupos Funcionales Homogéneos (**GFH**) que se clasifican en centros estructurales, intermedios, intermedios-finales y finales (Anexo 1).

La clasificación de los centros de coste se corresponde con la estructura organizativa y productiva de los centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud. Adicionalmente, se incluyen una serie de GFH que no se corresponden con dicha estructura, en particular los siguientes:

- *GFH ficticios*, que se definen para recoger costes de actividades de servicios centrales, como son GFH de Primaria y Centros Ajenos.
- GFHs para recoger e individualizar el coste de los tratamientos de *fármacos en dispensación ambulatoria* a paciente externo.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en el SCA se clasifican, según su naturaleza, en *costes de personal* (Capítulo I) y *costes de funcionamiento* (Capítulo II).

Entre los epígrafes contables de costes de funcionamiento se recoge la **amortización** de aplicaciones informáticas, construcciones, instalaciones técnicas, maquinaria, utillaje, mobiliario, equipos para proceso de información, elementos de transporte y las amortizaciones de otro inmovilizado material.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

El Servicio Madrileño de Salud ha implantado en sus centros hospitalarios el **método matricial** de imputación de costes, soportando imputaciones recíprocas entre GFH.

El objetivo final es llegar al cálculo de coste por proceso a través de la asignación de coste a paciente, en función de las actividades realizadas en el transcurso del proceso clínico, basándose en un sistema **mixto ABC**. Para ello, el SCA obtiene el coste por GFH o centro de coste, por servicios, líneas de producción (hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas, hospital de día, etc.) para poder calcular el *coste de las distintas actividades*, tanto en los GFH intermedios como en los finales.

En la actualidad, se llega al **coste por proceso en pacientes hospitalizados y de cirugía ambulatoria** a través de dos métodos de estimación, en función del grado de desarrollo de los sistemas de información hospitalarios:

- *Asignación directa de costes a paciente*, en función de las distintas actividades realizadas en su proceso clínico.
- Cálculo del *coste medio de cada GRD* en función de su peso relativo, en los procesos hospitalizados y en los procesos de CMA.

CRITERIOS DE REPARTO

Los GFH intermedios y estructurales imputan sus costes a los finales, reutilizando los siguientes criterios:

- Los *GFH estructurales* imputan sus costes, principalmente, utilizando el criterio “coste relativo de personal” de cada GFH.
- Los *GFH intermedios de logística* imputan sus costes, según el caso: en función de la actividad que realizan para otros servicios (p.e. alimentación); mediante otros criterios de reparto (p.e. limpieza por metros cuadrados); por cargas de trabajo (p.e. hostelería según cargas de trabajo).
- Los *GFH intermedios asistenciales* o de servicios centrales imputan sus costes con los siguientes criterios:
 - a) Bloque quirúrgico: por “tiempos de utilización por paciente y GFH”
 - b) Laboratorios: por “Catálogo de pruebas por paciente y GFH” (no existe un catálogo homologado para el SERMAS).
 - c) Radiodiagnóstico: por “Catálogo de pruebas homologado por paciente y GFH” de la SERAM.
 - d) Medicina Nuclear: por “Catálogo de pruebas homologado por paciente y GFH” de la SEMNU.
 - e) Pruebas funcionales: por “Catálogo de pruebas por paciente y GFH” (no existe un catálogo homologado para el SERMAS; en algún GFH y hospital se utiliza como criterio el nº de pruebas por GFH).
 - f) Unidades de Enfermería: por “estancias por paciente y GFH”.

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software comercial que soporta la aplicación GESCOT® ha sido adaptado a las sugerencias del Servicio Madrileño de Salud, admitiendo la posibilidad de introducir

modificaciones o nuevos desarrollos en el futuro siempre que esté conforme el proveedor del programa.

La información se puede extraer de la aplicación con periodicidad mensual acumulando por períodos. La exportación de la información a otros formatos contempla las siguientes posibilidades: ficheros de texto, Excel, Access, ficheros pdf y ficheros html.

El Servicio Madrileño de Salud **no** dispone de una **base de datos** de información de costes a nivel centralizado. Desde el aplicativo existe una salida automatizada y normalizada de información para enviar a los Servicios Centrales, que es remitida por los distintos hospitales a través del correo electrónico. El envío de información a los Servicios Centrales se realiza de forma periódica y acumulada (al primer semestre, tercer trimestre y anual).

La información que remiten es la siguiente:

- Detalle de costes por GFH / servicio homologado.
- Costes totales por tipo de personal y epígrafe homologado.
- Indicadores de actividad clínico-económica de hospitalización por GFH normalizado.
- Indicadores de actividad clínico-económica de hospitalización por GFH-proceso
- Indicadores de actividad clínico-económica de hospitalización por proceso.
- Indicadores de actividad clínico-económica de procesos no hospitalizados por GFH-proceso.
- Indicadores de actividad clínico-económica de procesos no hospitalizados por proceso.
- Indicadores de consultas externas.
- Indicadores de urgencias.
- Actividad y coste de criterios de imputación GFH emisor y receptor.

- Coste medio de criterios de imputación.
- Actividad y costes de productos de catálogo.
- Costes por proceso mediante el sistema coste por paciente.

5.8. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

En este apartado se describen los aspectos más significativos de la implantación del sistema de contabilidad analítica GESCOT® en el Servicio Murciano de Salud. La información disponible al respecto para el desarrollo de este trabajo corresponde fundamentalmente al Hospital J.M. Morales Meseguer.

OBJETIVO DE COSTE

El objetivo de coste del sistema GESCOT® en el Servicio Murciano de Salud es obtener información del consumo de recursos **por paciente**.

El objetivo final del sistema de contabilidad en este Servicio Regional de Salud es la obtención del coste por paciente que, a su vez, por la agregación de pacientes proporcione la información del “*coste por GRD*” o del “*coste por servicio*”.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El SCA se estructura en Grupos Funcionales Homogéneos (**GFH**) (también denominados Centros de Coste - CECO's), que se clasifican en centros estructurales, intermedios, intermedios-finales y finales.

La clasificación de los centros de coste se corresponde con la estructura organizativa de los centros hospitalarios del Servicio Murciano de Salud.

En el Anexo 1 se recoge la estructura del centro Hospital J.M. Morales Meseguer, en la que se muestran los GFH definidos, estableciéndose tres niveles de agrupación de los centros de coste.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en el sistema de contabilidad analítica se clasifican, según su naturaleza, en *costes de personal* y *costes de funcionamiento*.

Hasta el momento, **no** se imputan costes por la **amortización** del inmovilizado.

A. COSTES DE PERSONAL

Para el tratamiento de los costes de personal, en la infraestructura de la aplicación GESCOT® se definen tres tablas imprescindibles:

- *Tipos de personal:*
 - 1 Directivos
 - 2 Facultativos jerarquizados
 - 3 Facultativos de cupo
 - 4 Residentes
 - 5 Sanitarios no facultativos
 - 6 Fisioterapeutas
 - 9 No sanitarios
 - 10 No sanitarios A
 - 11 No sanitarios B
 - 12 No sanitarios C

- 13 No sanitarios D
- 14 No sanitarios E
- 15 Resto de personal
- 05 Psicólogos
- 06 ATS/Matronas
- 07 Técnicos especialistas
- 08 Fisioterapeutas
- 09 Auxiliares de enfermería

- *Relaciones laborales:*

- 01 Funcionarios
- 02 Estatutarios
- 03 Eventuales
- 04 Interinos
- 05 Laborales
- 06 Sustitutos
- 07 Residentes
- 1 Plantilla
- 2 Sin plaza fija

- *Conceptos retributivos.* En esta tabla se especifican los conceptos que intervienen en el cálculo del coste/hora del personal, en particular los siguientes:

Tabla 4. Conceptos retributivos. Infraestructura del sistema de contabilidad analítica del Hospital J.M. Morales Meseguer. 2010.

Código	Descripción	Tipo	Interviene en cálculo del coste/hora
1	Sueldo Base	Fijo	SI
2	Atención continuada	Variable	NO
3	Complementos fijos	Fijo	SI
4	Productividad var	Variable	NO
5	Peonadas (extra)	Variable	SI
6	Transplantes	Variable	SI
7	Resto (tardes)	Variable	NO
8	IT	Variable	NO
9	Cuotas Patronales	Fijo	NO

FUENTE: Tabla de infraestructura de la aplicación GESCOT® del Hospital J.M. Morales Meseguer.

B. COSTES DE FUNCIONAMIENTO

Los costes de funcionamiento incluyen los conceptos presupuestarios del Capítulo II de contabilidad presupuestaria, con tres niveles de desagregación.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

El Servicio Murciano de Salud ha implantado en sus centros hospitalarios el **método matricial** de imputación de costes, por el que todos los costes quedan adscritos obligatoriamente a un centro de coste final.

CRITERIOS DE REPARTO

El método matricial de imputación de costes se lleva a cabo utilizando criterios de reparto específicos (también denominados “criterios de actividad”) definidos para cada centro de coste.

Entre los criterios de reparto definidos en el Hospital J.M. Morales Meseguer, cabe diferenciar aquellos que son de obligada observación para desarrollar diversos procesos de explotación de especial relevancia (criterios 1 a 10 y 80 a 98) y aquellos que han sido definidos por el usuario de acuerdo con sus preferencias y posibilidades de información (Anexo 2).

ASIGNACIÓN DIRECTA DE CONCEPTOS DE COSTE A PACIENTE

En aquellos casos en los que es posible, se realiza la **asignación directa de conceptos de coste a nivel de paciente** o, en su defecto, al GFH responsable de la atención al paciente

repartiéndose posteriormente dichos costes a nivel de paciente utilizando dos posibles criterios:

- Uniformemente a *todos los pacientes* del GFH en el periodo de análisis.
- Uniformemente entre los *pacientes* del GFH que fueron *beneficiarios* de dicho concepto de coste durante el periodo de análisis (p.e. Consumo de material de laparoscopia: de momento no se puede asignar a nivel de paciente, pero si se puede repartir de manera uniforme exclusivamente entre los pacientes que han sido sometidos a laparoscopia durante ese período).

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software comercial que soporta el sistema de contabilidad analítica GESCOT® ha sido adaptado en las salidas y entradas de información a las sugerencias del Servicio Murciano de Salud, admitiendo la posibilidad de introducir modificaciones o nuevos desarrollos en el futuro.

El procedimiento de captura de la información se realiza de mediante ficheros de carga de datos en formato “.TXT”.

La información se puede extraer con periodicidad mensual o anual. Para facilitar la explotación de los datos que suministra la aplicación GESCOT®, se dispone de una herramienta Data Warehouse (*Oracle Discoverer*®) que exporta las salidas de información en formato Excel.

El Servicio Murciano de Salud dispone de una *base de datos* de información de costes a nivel centralizado.

5.9. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

A continuación se presentan los aspectos más significativos de la implantación del sistema de contabilidad analítica GESCOT® en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

OBJETIVO DE COSTE

El objetivo de coste del sistema GESCOT® en el Servicio de Salud del Principado de Asturias es la obtención de información del consumo de recursos:

- Por centro de responsabilidad.
- Por línea de actividad asistencial.
- Por proceso.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El SCA se estructura en Grupos Funcionales Homogéneos (**GFH**) que se clasifican en centros estructurales, intermedios y finales. Los GFH se agrupan en Servicios conforme a la organización asistencial de cada centro sanitario, por lo que la clasificación de los centros de coste se corresponde con la estructura organizativa de los hospitales del servicio de salud.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en el SCA se clasifican, según su naturaleza, en *costes de personal* y *costes de funcionamiento*. En el Servicio de Salud del Principado de Asturias se contempla la imputación de costes por la **amortización** del inmovilizado.

A. COSTES DE PERSONAL

La infraestructura del sistema de contabilidad analítica del SESPA desglosa los costes de personal en los siguientes conceptos generales:

- Retribuciones.
- Cotizaciones obligatorias a la Seguridad Social.
- Prestaciones sociales no reintegrables.

B. COSTES DE FUNCIONAMIENTO

Entre los costes de funcionamiento se contemplan los siguientes conceptos:

- Arrendamientos y cánones.
- Reparaciones y conservación.
- Material, suministros y otros: material de oficina, suministros, vestuario, productos alimenticios, productos farmacéuticos, menaje, lencería y ropa, material no sanitario, instrumental y pequeño utillaje sanitario, hemoderivados, material de radiología, material de laboratorio y reactivos, implantes, prótesis, oxígeno y gases medicinales, catéteres, sondas y drenajes, productos farmacéuticos de uso hospitalario, Banco de Sangre, comunicaciones, transporte y gastos diversos.

- Indemnizaciones por razón de servicio: dietas y locomoción.
- Asistencia sanitaria con medios ajenos: conciertos y convenios.
- Amortizaciones.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN Y CRITERIOS DE REPARTO

El Servicio de Salud del Principado de Asturias ha implantado en sus centros hospitalarios el método **matricial** de imputación de costes.

El **coste por proceso** se define como el coste medio de los pacientes dados de alta en un GRD. Está compuesto por sus costes directos, costes repercutidos de otros servicios y costes estructurales.

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software comercial de la aplicación GESCOT® implantado en el Servicio de Salud del Principado de Asturias no ha sido adaptado a requerimientos de información específicos, aunque admite la posibilidad de introducir modificaciones o nuevos desarrollos en el futuro.

En el SESPA la información de costes se genera a nivel central: periódicamente, cada hospital genera un fichero en el que se recogen sus datos económicos y asistenciales; dicho fichero es enviado a Servicios Centrales para su carga en la aplicación GESCOT®, generándose los informes correspondientes.

El procedimiento de captura de la información que se realiza en los hospitales se lleva a cabo generalmente de forma automatizada. No obstante, en algunos hospitales

(servicios) la captura de algunos datos puntuales se realiza de forma manual, aunque su volumen es poco significativo.

Las salidas de información que ofrece la aplicación se estructura en la siguiente tipología de informes:

- Infraestructura.
- Costes de personal.
- Costes de funcionamiento.
- Imputación.
- Consulta económicas.
- Hospitalización.
- Otras actividades.
- Consultas.
- Urgencias.

Todos los informes generados son exportables en formato EXCEL.

5.10.EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA GESCOT® EN EL SERVICIO RIOJANO DE SALUD

A continuación se describen los aspectos más significativos de la implantación del sistema de contabilidad analítica GESCOT® en el Servicio Riojano de Salud.

OBJETIVO DE COSTE

El sistema GESCOT® en el Servicio Riojano de Salud permite obtener información del consumo de recursos:

- Por centro de responsabilidad.
- Por línea de actividad asistencial.
- Por proceso.
- Por paciente.
- Por prueba y por producto.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El sistema de contabilidad analítica del Servicio Riojano de Salud se estructura en centros de coste denominados Grupos Funcionales Homogéneos (**GFH**), que se clasifican en estructurales, intermedios, intermedios-finales (“Urgencias” y “Medicina Intensiva HSP”) y finales.

La clasificación de los centros de coste se corresponde con la estructura organizativa de los centros hospitalarios del Servicio Riojano de Salud. En el Anexo 1 se presenta la estructura de los centros de coste, identificándose en su caso la línea de actividad asistencial del GFH.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en el sistema de contabilidad analítica se clasifican, según su naturaleza, en *costes de personal* y *costes de funcionamiento*.

Aunque anteriormente sí se realizaba, desde el año 2007 (año de apertura de un nuevo hospital en el Servicio Riojano de Salud) **no** se imputan costes por la **amortización** del inmovilizado, aunque la aplicación lo permite. En el momento en que se considere necesario, podrán volver a cargarse estos costes.

A. COSTES DE PERSONAL

Para el tratamiento de los costes de personal, en la infraestructura de la aplicación GESCOL® se definen tres tablas imprescindibles:

- *Tipos de personal:*

Asistente social	Jefe de sección
A.T.S. / D.U.E.	Médico especialista
Auxiliar de enfermería	Médico familia
Auxiliar Enfermería	Fisioterapeuta
BIÓLOGO	Servicios Administrativos-otros
Celador	Jubilados/as
Dirección	Logopeda
Dirección	Mantenimiento
Enfermería	Matronas
Facultativos	MIR
Farmacéuticos	Personal No Sanitario
Facultativo especialista de área	Psicólogo clínico
Facultativo especialista de cupo	Psicólogo
Jefe servicio	Técnico especialista
	Telefonía

- *Relaciones laborales:*

Descripción
Cupo -- contabilidad
Eventual
Estatutario fijo
Estatutario eventual (acumulacion de tareas)
Estatutario temporal fuera de plantilla
Estatutario temporal
Facultativos -- contabilidad
Interino
Jubilado
Libre autorizado
No sanitario -- contabilidad
Plantilla
Funcionario de carrera
Funcionario interino
Laboral fijo
Laboral temporal
Sin asignar -- contabilidad
Sanitario no facultativo -- contabilidad

- *Conceptos retributivos.* En esta tabla se especifican los conceptos que intervienen en el cálculo del coste/hora del personal, en particular:

Tabla 5. Conceptos retributivos. Infraestructura del sistema de contabilidad analítica del Servicio Riojano de Salud. 2010.

Código	Descripción	Tipo	Interviene en cálculo del coste/hora
BASE	Sueldo Base	Fijo	SI
FIJO	Incentivos	Fijo	SI
PRO	Productividad	Variable	SI
EXTR	Prorrata de la Extra	Variable	NO
IT	IT	Variable	NO
CUOT	Cuota Patronal	Fijo	NO
GUAR	Guardias	Variable	SI
AT.C	Atención Continuada	Variable	SI
VARI	Varios	Variable	NO

B. COSTES DE FUNCIONAMIENTO

Los costes de funcionamiento incluyen los conceptos presupuestarios del Capítulo II de contabilidad presupuestaria, con tres niveles de desagregación.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

El Servicio Riojano de Salud ha implantado en sus centros hospitalarios el **método matricial** de imputación de costes, asignado el consumo de recursos al objetivo de coste de forma directa o imputándolos a través de un criterio de reparto definido.

CRITERIOS DE REPARTO

El método matricial de imputación de costes se lleva a cabo utilizando criterios de reparto que se definen para los distintos centros de coste.

Entre los criterios de reparto, cabe diferenciar aquellos que son de obligada observación para desarrollar diversos procesos de explotación de especial relevancia (criterios 1 a 10 y 80 a 98) y aquellos que han sido definidos por el usuario (Servicio Riojano de Salud) de acuerdo con sus preferencias y necesidades de información (Anexo 2).

ESTIMACIÓN DEL COSTE POR PACIENTE

La aplicación permite la obtención del **coste por paciente** en tres fases:

2. Asignación directa de *epígrafes de coste* en los que es posible identificar al paciente destinatario (p.e. prótesis, farmacia, etc.).
3. Imputación de los *productos* reflejados en los Catálogos correspondientes y de los *servicios* consumidos durante el tratamiento del paciente (p.e. radiodiagnóstico, pruebas analíticas, tiempo de quirófano, etc.).
4. Imputación del *resto de costes del GFH* responsable de la atención al paciente. Para ello, se utilizan los siguientes criterios de reparto:
 - Pacientes hospitalizados. Se les imputan estos costes en función del número de estancias que han generado en el centro.
 - Pacientes no hospitalizados (procedimientos ambulatorios y consultas). Se les imputan estos costes en función de una “estancia ficticia” asociada a GRD (en el maestro “Procesos No Hospitalizados” de la aplicación

GESCOT®, en la columna “Estancia” se especifica el valor de reparto por GRD). En la actualidad todos estos GRD tienen el mismo valor (0,5) por lo que todos los pacientes reciben el mismo importe de estos costes, pero se pueden introducir valores diferentes para los distintos pacientes no hospitalizados.

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software que soporta la aplicación GESCOT® del Servicio Riojano de Salud es el comercializado por SAVAC Consultores SL, admitiendo no obstante la introducción de modificaciones o nuevos desarrollo en el futuro.

Este servicio de salud dispone de una **base de datos** de información de costes a nivel centralizado.

El procedimiento de captura de la información se realiza tanto de forma automática como manual.

Para facilitar la explotación periódica de los datos que suministra la aplicación GESCOT®, el Servicio Riojano de Salud cuenta con la herramienta *Oracle Discoverer*® comercializada por la misma compañía, ofreciendo salidas de información en Excel y en formato papel.

5.11. EL SISTEMA CANTONERA DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD

En este epígrafe se describe la estructura básica de funcionamiento del sistema de contabilidad analítica del Servicio Canario de la Salud, denominado Sistema CANTONERA, que en su proceso de diseño e implementación ha permitido obtener los siguientes objetivos básicos:

- Disponer de un sistema de contabilidad de costes en cada uno de los hospitales, Gerencias de Servicios Sanitarios y Gerencias de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud.
- Disponer de un sistema de agregación de la información, tanto *económica* (Presupuestos, Gasto Real y Aplicado; y Costes de Servicios, Actividades y Pacientes), como *asistencial* generadas en los diversos sistemas de información de titularidad del Servicio Canario de la Salud, proporcionando una visión integral de la organización y la posibilidad de análisis a distintos niveles, con la finalidad de evaluar la eficiencia en la utilización de los recursos. Este sistema permite elaborar el Cuadro de Mando para la Alta Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Con este Sistema, el Servicio Canario de la Salud dispone de un sistema de información que permite la obtención de los *costes de su actividad* al máximo nivel (costes por servicios hospitalarios, por procesos, por grupos funcionales homogéneos (GFH) y por paciente). De la misma manera dispone de un sistema que al menos con carácter mensual permite obtener la información de *actividad y gasto real* de cada uno de los servicios que integran el Servicio Canario de la Salud. Todo ello materializado en los indicadores e informes definidos en el aplicativo.

Existe una homologación de estructuras de datos en el Sistema, entre las que destacan:

- Homologación de la *Infraestructura* (centros de coste y/o actividad, tipos de personal, conceptos retributivos y epígrafes).
- Homologación de *Costes Directos* (costes de personal, suministros, farmacia, contratos, amortización, etc.).
- Homologación de *Criterios de Actividad y/o Imputación* (criterios, catálogos de productos, ponderaciones, muestreos, etc.).
- Homologación de *Estructuras de Coste* (costes directos, intermedios, estructurales, interconsultas, etc.).
- Homologación de *Actividad valorable* por cada Centro de Coste (GRD's, consultas, urgencias, catálogos, unidades de actividad, etc.).
- Homologación de *Indicadores de Gestión* (costes por centro de coste, proceso, prestación, paciente, unidades de actividad, etc.).

El sistema de contabilidad analítica CANTONERA está basado en la herramienta GESCOT®.

En la actualidad, CANTONERA está implantado en todos los centros hospitalarios del Servicio Canario de la Salud.

OBJETIVO DE COSTE

El objetivo de coste del sistema CANTONERA es obtener información del consumo de recursos:

- Por centro de responsabilidad.
- Por línea de actividad asistencial.
- Por proceso.
- Por paciente.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

CANTONERA se estructura en centros de coste denominados Grupos Funcionales Homogéneos (GFH) que se clasifican en centros estructurales, intermedios y finales:

- Estructurales:

Los GFH que se clasifican en este grupo son centros de coste que incorporan la actividad necesaria para el mantenimiento de los Servicios Generales y Áreas de Administración, cuyo coste de funcionamiento no puede ser imputado directamente mediante facturación de actividad a otros centros de coste.

- Intermedios:

Se define como centros de coste intermedios aquellos que realizan una actividad de posible facturación a otros servicios demandantes en base a un Catálogo de Actividades o Prestaciones.

Se puede distinguir entre *Intermedios Asistenciales* e *Intermedios No Asistenciales* en función de que su actividad recaiga directamente sobre el paciente o no.

- Finales:

Son centros finales aquellos que incorporan el coste de la actividad productiva realizada al paciente, gestiona la actividad asistencial del paciente en el Centro y genera el alta. También se incorporan a este grupo aquellos Centros Externos al centro hospitalario demandantes de servicios sobre pacientes no pertenecientes a su ámbito de actuación.

Se permite asimismo la creación de *Centros Auxiliares de Reparto*, que son centros constituidos con la finalidad de solventar situaciones de inconsistencia en el desarrollo del proceso, aunque no tienen la consideración de GFH como tal en la estructura del centro.

Para la creación de un GFH en la estructura de un centro hospitalario se deben tener en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

- El GFH debe poder ser valorado en función de una actividad y, para ello, debe tener un **personal que la desarrolle** y, por tanto, el coste del mismo. Así, para la apertura de diversas líneas de actividad (como GFH) dentro de un Servicio, debe facilitarse información del personal, consumos, aparatos, bienes comunes, etc. dedicados a cada línea.

Sólo quedan excluidos de esta obligatoriedad aquellos GFH que vayan a ser utilizados como *centros auxiliares de reparto*.

- Deberá estar contenido entre los **homologados** por el Servicio Canario de la Salud o, al menos, tener su correspondencia única y directa.
- La **actividad** de cada GFH deberá estar perfectamente registrada, detallada y diferenciada. El objetivo fundamental y obligatorio es evitar que un GFH tenga costes no imputables a su actividad registrada o viceversa.

La clasificación de los centros de coste se corresponde con la estructura organizativa de los centros hospitalarios del Servicio Canario de la Salud.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en CANTONERA se clasifican, según su naturaleza, en *costes de personal* (capítulo I) y *costes de funcionamiento* (capítulo II).

Hasta el momento, **no** se imputan costes por la **amortización** del inmovilizado.

A. COSTES DE PERSONAL

Para el tratamiento de los costes de personal, en el sistema CANTONERA se definen tres tablas imprescindibles:

- *Tipos de personal* (en la que se establecen codificaciones obligatorias mínimas para las Categorías y Puestos de Trabajo)
- *Relaciones laborales* (con codificación mínima obligatoria para los vínculos de funcionario, estatutario y laboral).
- *Conceptos retributivos*, en particular, los especificados en la tabla adjunta:

Tabla 6. Conceptos retributivos. Sistema CANTONERA del Servicio Canario de la Salud. 2010.

Código	Descripción	Tipo
1	Salario base ¹	Fijo
2	Trienios	Fijo
3	Complemento Destino y Específico	Fijo
4	Complemento Atención Continuada (Guardias)	Variable
5	Productividad Fija ²	Fijo
6	Productividad variable, Carrera Profesional e Incentivos ³	Variable
7	ILT	Variable
8	Cuota Patronal	Fijo

(1) Incluye en su caso, prorrata extra, liquidación de contratos, nómina cupos, indemnización por residencia y descuentos por huelga.

(2) Incluye gratificación personal Cabildo y complementos transitorios absorbibles.

(3) Incluye acción social y desplazamiento a domicilio.

FUENTE: Documento Técnico: "Proyecto CANTONERA. Homologación de la Gestión del Coste". Dirección General de Recursos Económicos. Servicio Canario de la Salud.

B. COSTES DE FUNCIONAMIENTO

Los costes de consumos de bienes y servicios incluidos en CANTONERA se detallan a nivel de Partidas Presupuestarias del presupuesto de gasto del Servicio Canario de la Salud.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

El sistema de contabilidad analítica CANTONERA se basa en la metodología Full-Cost, con imputación de costes Directos y Repercutidos (éstos a través de cálculo *matricial*):

a) Imputación de costes directos:

COSTES DE PERSONAL:

Todo el coste de personal debe quedar imputado a su GFH en esta fase y no dejarlo para el proceso de Imputación de Costes General, es decir, si en algún caso se debe utilizar centros auxiliares de reparto estos deberán ser descargados en la fase de Distribución de Personal.

Conceptos Retributivos Especiales:

Cuotas Patronales: Deben calcularse por cada empleado y ser asignadas al concepto retributivo correspondiente. No se permite el reparto proporcional a GFH con la funcionalidad 'Costes Globales'.

Prorrata Paga Extra: Deberá estar calculado por cada empleado y acumulado al Concepto Retributivo correspondiente. No se permite el reparto proporcional a GFH con la funcionalidad 'Costes Globales'.

Devoluciones por IT: Deberá estar imputado al empleado correspondiente de forma negativa y asignado al concepto retributivo correspondiente. No se permite la imputación acumulada por GFH.

Distribución de los costes de personal:

En la afectación de los costes personal, cobra alta importancia la distribución del Coste de Personal entre las diferentes actividades realizadas por los empleados dentro del mismo Servicio o fuera de él. Las actividades a diferenciar pueden ser diversas y cada una de ellas debe corresponderse con un GFH que puede pertenecer al propio Servicio o no. Por ejemplo, las actividades posibles a definir en un Servicio Médico o Quirúrgico son:

- Hospitalización.
- Quirófano.
- Consulta externa:
- Urgencias.
- Pruebas.
- Docencia.
- Investigación.

Cualquier otra línea de actividad podrá ser abierta según necesidad, con el visto bueno de los Servicios Centrales de la Organización.

En el sistema CANTONERA se dispondrá de la posibilidad de trabajar con tres modelos de Plantilla de Distribución del coste de personal en función de la información disponible:

- *Distribución por Empleado*: Evidentemente, la situación perfecta. Difícil de obtener y mantener.
- *Distribución por Grupos*: para este tipo de distribución la Dirección o Servicio correspondiente debe facilitar, en función de cada grupo de empleados, la dedicación en número de personas, tiempo o porcentaje a cada una de las líneas de actividad definida.
- *Distribución Mixta (Empleado/Grupos)*: En función de la información recibida se podrá optar por trabajar con plantillas de distribución independientes para cada uno de los Servicios o Dirección.

COSTES DE FUNCIONAMIENTO:

Todo coste de funcionamiento debe quedar imputado a su GFH en esta fase y no dejarlo para el proceso de Imputación de Costes General, es decir, si en algún caso se debe utilizar centros auxiliares de reparto estos deberán ser descargados en la fase de Distribución de Costes de Funcionamiento.

Distribución de los costes de funcionamiento:

Apartado de alta importancia para la Distribución del Coste de Funcionamiento entre los diversos GFH para el reparto de centros auxiliares y la corrección de imputaciones erróneas en origen.

Se dispondrá de la posibilidad de trabajar con dos modelos de Plantilla de Distribución en función de la información disponible:

- *Distribución por Criterio de Imputación:* Se dispone de un criterio óptimo de reparto (Superficie, Ponderación, Aparatos, Personas dedicadas, etc.).
- *Distribución por Porcentaje:* Al no disponer de un criterio óptimo de reparto (Superficie, Ponderación, Aparatos, Personas dedicadas, etc.) se opta por establecer un muestreo.

b) Imputación de Costes General:

Para los GFH homologados de tipo estructural o intermedio se definen diferentes opciones de imputación, según las posibilidades de información. Es de uso obligatorio la utilización de una de las opciones reseñada.

Existen diferentes tipos de criterios de imputación:

- *Criterios de imputación fijos:*
Recibe el nombre de criterio fijo aquel que no sufre modificación a lo largo de un amplio periodo. Son criterios poco homologables puesto que suelen ser específicos de cada centro (superficie, puntos telefónicos, Pc's, aparatos, etc.).
- *Criterios de imputación subordinados:*
Recibe el nombre de criterio subordinado aquel resultante del cálculo realizado y basado en criterios reales. Resultarán de gran utilidad para los complejos hospitalarios y para simplificar la incorporación de los GFH de Atención Primaria al sistema.
- *Muestras:*

Cuando no se dispone de un criterio homologado definido en la plantilla de la imputación se puede optar por la solución última, el muestreo. Cualquier muestreo debe ser validado por los Servicios Centrales del Servicio Canario de la Salud antes de su utilización con el objeto de evitar inconsistencias entre mismos Servicios en distintos Centros e, incluso, poder establecer un muestreo homologado para todos ellos.

- *Ponderaciones:*

En algunas ocasiones resulta necesario efectuar ponderaciones de algún criterio real para afinar mejor el criterio de imputación de algunos conceptos. Cualquier ponderación deberá ser validada por los servicios centrales antes de su utilización con el objeto de evitar inconsistencias entre mismos conceptos en distintos centros e, incluso, poder establecer unas ponderaciones homologadas para todos ellos.

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software comercial que soporta el sistema CANTONERA es la herramienta GESCOT®, que ha sido adaptada a las necesidades del Servicio Canario de la Salud. En este sentido, se ha incorporado la captura de información de carácter asistencial con el fin de permitir la obtención del Cuadro de Mando Corporativo del Servicio Canario de la Salud, al margen de la contabilidad de costes.

Asociada a la herramienta de GESCOT®, existe un Data Warehouse (Discoverer de Oracle) que permite la emisión de *informes de actividad y coste*, por centros, servicios y pacientes. Existe la posibilidad de volcado directo a programas de office.

El Servicio Canario de la Salud dispone de una base de datos de información de costes a nivel centralizado. Las estaciones de los Centros son independientes y emiten ficheros mensuales para la carga en el Sistema de Servicios Centrales.

5.12. EL SISTEMA DE GESTIÓN DE COSTES Y ACTIVIDAD EN EL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

A continuación se describen los aspectos más significativos del Sistema de Gestión de Costes y Actividad implantado en el Servicio Extremeño de Salud.

OBJETIVO DE COSTE

El objetivo del Sistema de Gestión de Costes y Actividad en el Servicio Extremeño de Salud es obtener información del consumo de recursos:

- Por centro de responsabilidad.
- Por línea de actividad asistencial.
- Por proceso.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El sistema de contabilidad analítica se estructura en **Centros de Costes y Actividad (CeCos)**, que se clasifican en centros estructurales, intermedios, finales y auxiliares:

- **Estructurales:** Son los CeCos que realizan funciones de dirección y administración y no generan un producto definido y facturable.
- **Intermedios:** CeCos que realizan funciones de asistencia al paciente a través de actividades ligadas al diagnóstico o quirúrgicas, logísticas o relacionadas con el alojamiento y la manutenzione.

- **Finales:** CeCos responsables de la atención directa a los pacientes.
- **Auxiliares:** Son CeCos que tienen como única funcionalidad registrar el coste que no puede afectarse directamente a un CeCo determinado.

La clasificación de los centros de coste se corresponde con la estructura organizativa del Servicio Extremeño de Salud en Gerencias Integradas de Área, que engloban la Atención Especializada, Primaria y Sociosanitaria.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en este sistema de contabilidad analítica se clasifican, según su naturaleza, en:

- Gastos de personal.
- Gastos corrientes en bienes y servicios.
- Transferencias corrientes.
- Amortización de activos fijos.

Los gastos corrientes de bienes y servicios incluyen las partidas presupuestarias contempladas en el Capítulo II de la contabilidad presupuestaria. El coste de transferencias corrientes (Capítulo IV) incorpora el gasto por receta médica.

Como se ha señalado anteriormente, en el Servicio Extremeño de Salud se imputa a los centros de actividad y coste el importe correspondiente a la **amortización** de activos fijos.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

Se utiliza una metodología de imputación de costes Full-Cost, estableciéndose un proceso de estimación de costes en dos fases diferenciadas:

1. Formación de costes propios:

En esta fase se realiza la asignación automática de costes a los CeCos responsables del gasto y el posterior traspaso del coste asignado a CeCos auxiliares. Se distinguen, por una parte las contabilizaciones automáticas de costes en los CeCos (información procedente de la contabilidad financiera) y por otra, los traspasos entre Cecos, bien de forma directa (por cuenta financiera e importe) bien a través de algún criterio de reparto.

2. Formación de costes repercutidos:

En esta fase todos los costes de los CeCos Estructurales e Intermedios repercuten sus costes de tal forma que, al final del proceso, todo el gasto del Área de Salud esté recogido en los CeCos Finales y en el coste de la producción final.

La formación de costes repercutidos se lleva a cabo mediante cuatro procedimientos diferenciados:

- Traspaso de costes repercutidos (Imputación manual de costes).
- Imputación de costes por Valores Estadísticos (Distribución Real).
- Facturación de actividad.
- Subreparto.

CRITERIOS DE REPARTO

Todos los CeCos Estructurales y algunos Intermedios reparten sus costes en función de alguno/s de los criterios denominados “valores estadísticos” (Anexo 2).

El resto de CeCos Intermedios facturan sus costes en función de la actividad efectivamente realizada por ellos. La facturación se realiza por clases de actividad que tienen URV y que se corresponden con pruebas de los Catálogos que se relacionan a continuación:

Catálogos de Actividades:

- Anatomía Patológica.
- Bioquímica.
- Banco Regional Sangre.
- Cocina.
- Hematología.
- Medicina Nuclear.
- Medicina Física.
- Microbiología.
- Neurofisiología.
- Oncología Radioterápica.
- Pruebas especiales.
- Radiología.
- Pruebas genéricas.
- Otras pruebas.

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software comercial que soporta el Sistema de Gestión de Costes y Actividad del Servicio Extremeño de Salud se ha desarrollado en plataforma **SAP**, habiéndose adaptado a su estructura organizativa y admitiendo la posibilidad de introducir modificaciones o nuevos desarrollos en el futuro. Se dispone de una **base de datos** centralizada.

Los **informes** que facilita este sistema de contabilidad han sido desarrollados a medida y se refieren a datos maestros, datos económicos, indicadores clínico-económicos, etc. Todos pueden ejecutarse en cualquier momento y permiten su exportación a Excel.

5.13. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALITICA DE LOS HOSPITALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA (INGESA)

En los hospitales que son competencia del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) no se ha implantado, por el momento, un sistema de contabilidad analítica común con una infraestructura para la estimación de costes claramente definida.

Sin embargo, en los hospitales de Ceuta y Melilla se está utilizando una metodología de cálculo de costes que permite una determinación del consumo de recursos en estos centros sanitarios.

Con objeto de reflejar de la manera más comprensiva posible las principales cuestiones comunes a los hospitales del INGESA, en este apartado se han agrupado los aspectos más relevantes que puedan resultar de interés para conocer la situación actual de dichos hospitales en esta materia.

OBJETIVO DE COSTE

La metodología de estimación de costes utilizada en los hospitales de INGESA ofrece información del consumo de recursos por cada **centro de responsabilidad**.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

Existe una estructura de centros de coste, aunque no se ha definido por el momento una clasificación precisa de los mismos según la tipología de la actividad que en ellos se realiza (p.e. diferenciando entre centros estructurales, intermedios y finales).

Dicha estructura de centros de coste no se corresponde con la estructura organizativa de los hospitales de INGESA. La principal diferencia estriba en la inclusión en esta estructura de otros centros de gasto de Atención Primaria (p.e. Primaria-Salud Bucodental, Primaria-Salud Mental, Urgencias Primaria, etc.).

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en la contabilidad analítica de los hospitales INGESA se clasifican según su naturaleza en:

- Costes de personal.
- Consumo de bienes corrientes (incluyendo farmacia).
- Servicios (contratos de servicios).
- Conciertos (asistencia sanitaria concertada).
- Mantenimiento (reparaciones).

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

En los hospitales de INGESA los costes se imputan directamente a cada Centro de Coste sin provocar ninguna cascada. No se han definido centros estructurales, intermedios ni finales.

Los gastos que se pueden asignar directamente al centro de coste se afectan de manera automatizada (gastos de personal a través del programa de nóminas y el de turnos; bienes corrientes a través del HP HIS y programa de farmacia). El resto de gastos se asignan a los centros en función de distintos criterios de reparto (limpieza y energía eléctrica por metros cuadrados, conciertos por servicios peticionarios,...).

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El software comercial que soporta el SCA de INGESA se ha desarrollado en plataforma **SAP**, no disponiéndose de información centralizada.

El software ha sido adaptado considerándolo como un sistema cerrado aunque se admite que pueden introducirse modificaciones y que en realidad, actualmente está en vías de desarrollo.

El procedimiento de captura de la información, se realiza inicialmente de forma automática, pero los errores observados se trabajan manualmente para poder volver a incorporarlos de forma automática con posterioridad.

La información se puede extraer en formato Excel.

5.14.EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ECONÓMICA ALDABIDE DEL SERVICIO VASCO DE SALUD - OSAKIDETZA

ALDABIDE es el sistema de información económica-financiera del Servicio Vasco de Salud – Osakidetza. Aporta funcionalidades de contabilidad general que permiten gestionar la información referente a distintas áreas, entre las que se encuentran:

- Finanzas (FI).
- Contabilidad Analítica (CO).
- Logística (MM).
- Facturación (SD).
- Mantenimiento.
- Activos (AA).

En este epígrafe se presentan las principales características del modelo de contabilidad analítica que se integra en la plataforma informática ALDABIDE.

OBJETIVO DE COSTE

El modelo de contabilidad analítica de Osakidetza tiene por objeto la imputación de los costes que se originan en las organizaciones de servicios, para llegar a determinar el coste de los servicios funcionales de las organizaciones de servicios en cada una de las áreas en las que desarrollan su actividad: hospitalización, consultas externas, urgencias, servicios exteriores... Permite obtener información del consumo de recursos a distintos niveles:

- Por centro de responsabilidad.
- Por línea de actividad asistencial.
- Por proceso.

El coste por proceso se obtiene cruzando la información económica (coste de hospitalización estimado para cada servicio) con la casuística atendida por el servicio. Así, el **coste por proceso** se define como el coste medio de todos los pacientes que han sido dados de alta en un mismo GRD, utilizando para su cálculo la metodología *Top-Down*³.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El sistema de contabilidad analítica incorporado en ALDABIDE se estructura en “**centros de coste**” (CdC), que se clasifican en estructurales, intermedios y finales.

A su vez, los centros de coste finales de los hospitales se agrupan en la siguiente tipología:

- **Hospitalización:**
Son CdC finales en los que se presta asistencia sanitaria en régimen de hospitalización y generan altas que pueden clasificarse en GRD.
- **Consultas:**
Estos CdC finales recogen el gasto generado por los pacientes atendidos en las consultas no ambulatorias.
- **Urgencias:**
Son CdC que recogen el gasto generado por pacientes que solicitan atención en la admisión de urgencias y no son finalmente ingresados.
- **Servicios Exteriores:**

³ El coste por “proceso de hospitalización” es el resultado de obtener el coste medio de todos los pacientes que han sido dados de alta en un determinado GRD, en función de los pesos medios de cada GRD.

Estos CdC recogen el gasto derivado de la prestación de asistencia sanitaria fuera del régimen de hospitalización y que no son consultas ni urgencias.

Por su parte, los centros intermedios y finales se agrupan bajo la denominación de “Otros”.

La clasificación de los centros de coste se corresponde con la estructura organizativa de los centros hospitalarios del Servicio Vasco de Salud.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

La información del consumo de recursos según su naturaleza se obtiene de manera automática del sistema de información económico ALDABIDE, que funciona en plataforma SAP de manera online.

Para su presentación, esta información se clasifica habitualmente en los siguientes “**Grupos de Clases de Coste**”, que divide las cuentas contables en cinco grupos principales:

- Gastos de Funcionamiento. Todo son cuentas del grupo 6 (gasto) salvo las de utilización de otros servicios.
- Gastos de Personal.
- Amortizaciones.
- Utilización de otros servicios (grupo 9).
- Gastos financieros.

Cada uno de estos grupos se desagrega en distintos *subgrupos*. El sistema de contabilidad analítica permite crear tantos grupos y subgrupos de coste como se desee para presentar

la información, tanto en las cuentas del grupo 6 (“gastos de funcionamiento”) como en las del grupo 9 (“utilización de otros servicios”).

A. COSTES DE PERSONAL

En ALDABIDE los costes de personal se suelen clasificar en los siguientes subgrupos:

- Facultativos.
- Enfermería y técnico sanitario.
- Auxiliar sanitario.
- No sanitario.
- Directivos.
- Exceso por retribuciones al personal.
- Seguridad social.
- Aportación a sistemas complementarios de pensiones: ITZARRI.
- Indemnizaciones.
- Actividad docente y tribunales.
- Acción social.
- Varios.
- Pensionistas.
- Ajuste auxiliar de nómina.
- Resto cuentas.

A su vez, en los subgrupos de coste “Facultativos”, “Enfermería y técnico sanitario”, “Auxiliar sanitario”, “No sanitario” y “Directivos” se identifican cuentas contables para los siguientes conceptos retributivos:

Retribución fija
Antigüedad
C. Profesional

Retribución variable
Guardias
Autoconcertación
ILT
Paga extra

B. COSTES DE FUNCIONAMIENTO

Los costes de funcionamiento se clasifican comúnmente en los siguientes subgrupos:

- Consumos productos farmacéuticos.
- Consumos material sanitario.
- Consumos otros aprovisionamientos.
- Variación de existencias.
- Devoluciones de compras.
- Otros gastos externos.
- Otros gastos de explotación.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

El sistema de imputación de costes utilizado por ALDABIDE es un modelo full-cost con imputaciones de costes **en cascada**.

a) Reparto primario de costes:

Como se ha señalado anteriormente, el sistema de Contabilidad Analítica (CO) de Osakidetza es un módulo que está integrado (en SAP) en la plataforma ALDABIDE, junto con el resto de módulos del sistema económico-financiero de este servicio de salud. Esta circunstancia permite la afectación directa (“*online*”) de los **gastos de funcionamiento** a

cada centro de coste. De este modo, cada vez que se produce un movimiento de logística (MM) o de activos (AA) o un asiento manual en el módulo de Finanzas (FI), automáticamente se genera también un documento de Contabilidad Analítica (CO) asignado a un centro de coste.

En relación con los **gastos de personal**, Osakidetza cuenta con un sistema de gestión de recursos humanos denominado GIZABIDE que funciona también en SAP. Dentro de la estructura organizativa, cada profesional está asignada a una “unidad organizativa” que a su vez está asociada a un centro de coste. Cada mes, una vez efectuado en GIZABIDE el cálculo de la nómina, se vuelca en ALDABIDE el documento financiero de asiento de nómina y los diferentes documentos en contabilidad analítica asignando el gasto a cada centro de coste.

Asignación del personal a los Servicios:

En aquellos casos en los que una persona desarrolle su actividad en más de un Servicio, se le asigna el código del servicio al que dedica mayor porcentaje de la misma. Posteriormente, se distribuye su coste entre los servicios que realmente desarrolla su actividad.

En el caso del personal facultativo, previo la distribución del coste por área funcional (hospitalización, consultas, urgencias...), se le asigna el coste a una de las áreas funcionales de la especialidad (p.e. hospitalización) para luego distribuir el gasto en función del porcentaje de dedicación.

El personal MIR se asignará a la especialidad en la que se estén formando, a excepción del personal MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, asignados a la Organización Central, que quedarán codificados en el servicio “MIR/MÉDICOS”.

Distribución del coste de personal por áreas de actividad o servicio:

En aquellos casos en los que una persona desarrolle una actividad en varias áreas (Personal de Enfermería y Otro Personal) se procederá a distribuir su coste en cada una de las áreas o servicios en función de los días efectivos trabajados en cada unidad que quedan registrados en el módulo de carteleras del sistema de información de RRHH (Gizabide). La distribución se realizaría a nivel de servicio y de persona.

En el caso del personal facultativo, las áreas funcionales serán:

- Hospitalización.
- Consultas externas.
- Consultas externas extrahospitalarias.
- Urgencias.
- Quirófanos.
- Quirófanos de Urgencias.
- Pruebas funcionales.
- Otras.

La distribución del coste del personal facultativo se puede realizar de manera diferenciada, según se trate de conceptos de nómina variables (p.e. guardias) o conceptos fijos.

b) Ciclos de reparto:

Una vez realizado el reparto primario de costes, se ejecutan en SAP los ciclos de reparto de los **centros de coste intermedios** a los finales, siguiendo un orden de imputación en cascada. Estos ciclos de reparto se crearon en su día y se han de mantener en el tiempo si se incorporan en el sistema nuevas cuentas de gasto o nuevos centros de coste.

En cada ciclo de reparto se define:

1. Cuál o cuáles son los CdC intermedios "*origen*" (aquellos cuyo coste se va a repartir a los finales).
2. Cuál o cuáles son los CdC finales o intermedios "*destino*" (que van a recibir el coste).
3. El *criterio de reparto* (importe fijo, % del importe del CdC origen, % de un determinado gasto en el CdC destino, un "valor estadístico" también denominado "unidad de reparto" o "unidad de obra") y la *clase de coste* con la que va a quedar reflejada la imputación.

Se establecen distintos Niveles de Imputación para cada centro de coste: se fijan un "nivel óptimo" (Nivel 1) y los que, en ausencia de este, se deben emplear (Niveles 2, 3 y 4), según la disponibilidad de información con la que cuente el centro en sus sistemas de información asistencial.

En caso de que el criterio de reparto a utilizar en el ciclo sea un "valor estadístico" recogido en el sistema de información asistencial de Osakidetza denominado OSABIDE (altas, estancias, unidades relativas de valor (URVs), nº menús de cocina), dado que dicho sistema no funciona en SAP, hay que acudir a dicho sistema

donde se ha predeterminado ya una *interface* para extraer un archivo txt que se sube a SAP con los “valores estadísticos” por CdC.

El orden de los flujos de imputación (orden de reparto) de los centros intermedios es el siguiente:

- 1º. Edificio.
- 2º. Lencería.
- 3º. Limpieza.
- 4º. Mantenimiento.
- 5º. Lavandería.
- 6º. Alimentación.
- 7º. Farmacia.
- 8º. Esterilización.
- 9º. Laboratorio.
- 10º. Radiología.
- 11º. Anatomía Patológica.
- 12º. Pruebas funcionales y otros servicios (Rehabilitación, Diálisis, Banco de
- 13º. Sangre, Medicina Nuclear, Radioterapia, Hemodinámica...).
- 14º. Anestesia/Reanimación.
- 15º. Quirófanos.
- 16º. Urgencias.
- 17º. Unidades de Enfermería.
- 18º. Cuidados Intensivos.
- 19º. Traslados Interservicios.

Una vez efectuado el reparto de los CdC intermedios, se procede a efectuar el “**traslado interservicios**”. El traslado interservicios hace referencia a las estancias que cada paciente

dado de alta en una determinada especialidad de hospitalización (CdC final) ha podido tener anteriormente en otros servicios. Es decir, el modelo de imputación de costes de Osakidetza tiene en cuenta las estancias generadas por los pacientes en otras especialidades en los *subepisodios* de hospitalización.

El traslado interservicios se realiza de la siguiente manera:

1. Se divide el coste total de hospitalización (directo + imputado) de un CdC final entre el número de estancias habidas en él.
2. El coste por estancia obtenido se multiplica por el número de estancias generados por pacientes que no son dados de alta en el propio servicio sino trasladados a otros, y se imputa al CdC que finalmente da el alta. Este reparto queda reflejado en una *clase de coste* denominada “traslados interservicios”. La carga de la información asistencial relativa a los traslados interservicios se sube a SAP a través del mismo *interface* que se utiliza para cargar los valores estadísticos empleados en los ciclos de reparto de los centros intermedios.

Finalmente se ejecuta el ciclo de reparto de **Estructura**. Este ciclo de reparto tiene las siguientes características:

1. Los CdCs de “*origen*” son los centros de tipo estructural (ni final, ni intermedio).
2. Los CdCs de “*destino*” son los centros finales.
3. Como *criterio de reparto* se define el % de gasto (directo + imputado) que suponga el CdC receptor respecto al coste total de los CdC finales; y como *clase de coste* una denominada “estructura”.

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El sistema de contabilidad analítica de Osakidetza está soportado por un software comercial desarrollado en plataforma **SAP**, que ha sido adaptado a las necesidades de información de este Servicio de Salud. Asimismo, es posible introducir modificaciones o nuevos desarrollos al software en el futuro.

Se dispone de una **base de datos** centralizada de la información de costes.

El procedimiento de **captura de la información** se realiza de forma mixta:

La información de gasto se captura de forma automática de los distintos módulos económicos financieros incorporados en ALDABIDE.

En cambio, las unidades de obra (“valores estadísticos”) se capturan en parte mediante un interface y en parte de forma manual: un número importante de “valores estadísticos” o “unidades de obra” utilizados como criterio de reparto se extraen del sistema de información asistencial de los hospitales de agudos mediante un *interface* homogéneo que permite la carga de datos de un fichero txt al módulo de Contabilidad Analítica (en SAP).

El resto de “valores estadísticos” que no cuentan con este sistema automatizado de extracción de datos se introducen de manera manual.

Son muchas las posibilidades de *exportación a otros formatos* de las salidas de información de costes en ALDABIDE. La tipología de **informes** que ofrece el sistema de contabilidad de Osakidetza es muy variada. Los informes se pueden obtener para

cualquier periodo y ejercicio. De igual modo se pueden solicitar comparaciones con otros ejercicios para periodos determinados (período concreto o acumulado).

Se pueden crear grupos tanto para las clases de coste, como para los centros de coste y se pueden solicitar informes para cualquier periodo o comparación de periodos con esas agrupaciones. Se pueden crear grupos de centros de coste, tanto dentro de un mismo centro (ejemplo: un hospital) como con centros de coste de diferentes centros.

5.15. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ECONÓMICA DE LA AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

En este epígrafe se recogen las principales características del **Sistema de Información Económica de Atención Especializada (SIE-AE)** de la Agència Valenciana de Salut de la Comunitat Valenciana, en la versión que se emplea para la recogida y análisis de datos desde el año 2001 en los hospitales de la Agència Valenciana de Salut.

Se describe el método definido para contabilizar los consumos de recursos y las actividades de cada servicio o unidad de los centros hospitalarios y obtener un análisis consolidado y consistente del coste en el lugar donde se produce, la relación entre la actividad realizada y su coste, y la posición relativa del servicio respecto al conjunto de hospitales de características similares.

La información presentada en este apartado tiene como fuente el Manual del Sistema de Información Económica de Atención Especializada publicado por la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana en 2003.

No obstante, en la actualidad la Conselleria de Sanitat está impulsando la puesta en marcha de un nuevo sistema de costes basado en nuevo modelo conceptual mucho más avanzado que el existente para dar respuesta a las necesidades de información sobre rendimientos y costes que demanda la organización. El nuevo modelo se implantará sobre un nuevo aplicativo o herramienta de gestión de rentabilidad y costes (*profitability and cost management*) que se encuadra en el ámbito de los sistemas de gestión del rendimiento (*performance management*) y se complementará con el uso de herramientas de inteligencia de negocio o BI (*business intelligence*). Al final de este epígrafe se explican las principales características del proyecto.

1. OBJETIVO DE COSTE

El SIE-AE es un sistema de información para la gestión de la Agència Valenciana de Salut que aporta conocimiento sobre la transformación de los recursos disponibles en actividades sanitarias. Es un sistema de contabilidad analítica basado en el **modelo ABC** (Activity Based Costing) y compuesto por dos grandes subsistemas de recogida y análisis de datos:

- El subsistema de los *costes totales de funcionamiento* de los centros de atención especializada.
- El subsistema de medición de las *actividades* que ocasionan el consumo de recursos.

El SIE-AE es un instrumento de gestión que recoge y analiza los datos sobre actividad y costes en los centros de atención especializada y suministra indicadores de coste, de actividad (o producción) y de coste por actividad, para la gestión de las unidades de análisis básicas del sistema y determinadas agrupaciones normalizadas de las mismas.

2. ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

Los subsistemas de costes y de medición de la actividad que componen el SIE-AE interactúan en la unidad organizativa básica, denominada **centro de actividad y coste** (CAC), donde se analizan los resultados mediante una serie de indicadores normalizados.

Junto a esta unidad organizativa básica, en la estructura del SIE-AE se definen: grupos de CAC, subgrupos de CAC, subcentros de coste y actividades.

- **Grupos de centros de actividad y coste**

En principio, se definen las siguientes agrupaciones de CAC:

Tabla 7. Grupos de Centros de Actividad y Coste del Sistema de Información Económica de Atención Especializada. Agència Valenciana de Salut. 2002.

Figura 1. Grupos de centros de actividad y coste	Figura 3. Hospital	Figura 4. CES 1	Figura 5. CES2	Figura 6. CES3	Figura 7. Otras denominaciones
Figura 8. Centros estructurales primarios	Figura 9. 0	Figura 10. A	Figura 11. H	Figura 12. O	Figura 13. Estructurales o básicos
Figura 14. Centros estructurales secundarios	Figura 15. 1	Figura 16. B	Figura 17. I	Figura 18. P	
Figura 19. Servicios centrales asistenciales	Figura 20. 2,3	Figura 21. C	Figura 22. J	Figura 23. Q	Figura 24. Intermedios asistenciales o de apoyo
Figura 25. Centros del área quirúrgica (quirófanos, paritorios, CMA)	Figura 26. 4	Figura 27. D	Figura 28. K	Figura 29.	
Figura 30. Centros logísticos de hospitalización	Figura 31. 5	Figura 32.	Figura 33.	Figura 34.	Figura 35. Intermedios logísticos
Figura 36. Centros logísticos ambulatorios	Figura 37. 6	Figura 38. E	Figura 39. L	Figura 40.	
Figura 41. Centros de urgencias	Figura 42. 7	Figura 43.	Figura 44. V	Figura 45.	Figura 46. Finales o funcionales
Figura 47. Centros de hospitalización	Figura 48. 8	Figura 49.	Figura 50.	Figura 51.	
Figura 52. Centros de atención ambulatoria	Figura 53. 8	Figura 54. F	Figura 55. M	Figura 56. T	
Figura 57. Centros no imputables	Figura 58. 9	Figura 59. G	Figura 60. N	Figura 61. U	Figura 62. No imputables

FUENTE: Conselleria de Sanitat. Manual de Sistema de Información Económica de Atención Especializada. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2003.

Esta clasificación se ha flexibilizado con el paso del tiempo debido a la necesidad de ampliar el número de códigos en determinados grupos (especialmente el grupo 8) y dar un sentido más finalista a los CAC, de forma que algunos CAC que originalmente se clasificaban en los grupos 2 y 3 han pasado a ser considerados del grupo 8 y muchos de los grupos C y J han sido eliminados.

- **Subgrupos de centros de actividad y coste**

Sólo se emplean para distinguir en el grupo 8 los CAC de hospitalización de los de atención ambulatoria.

- **Centro de actividad y coste**

- Unidad mínima de recogida de datos de actividad clínica y administrativa.
- Unidad mínima de análisis de datos.

- **Subcentro de coste**

- Cada centro de atención especializada puede discrecionalmente desarrollar subcentros de costes
- Unidad mínima de recogida de datos de costes.

- **Actividades**

La codificación de las actividades o procedimientos presenta el formato AA-BBB-CC-DDD.

- AA representan los *grupos* de imputación/grupos de actividades.
- BBB son el código del *centro de actividad y coste*.
- CC identifican, si es necesario, *agrupaciones de procedimientos* diagnósticos terapéuticos. Cuando no es necesario, se codifica 00.
- DDD indican el *número de orden* del procedimiento.

CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE ACTIVIDAD Y COSTE

En los CAC se concentran recursos humanos y materiales que realizan una actividad similar. Un servicio clínico puede estar formado por uno o más CAC. La situación más frecuente es que tenga actividad de hospitalización y de consultas externas y por lo tanto esté formado por dos CAC. El servicio clínico tiene un responsable y por tanto este es el nivel mínimo para suministrar datos agregados.

Atendiendo a los grupos de CAC definidos en el SIE-AE (tabla 7), los CAC se clasifican en la siguiente tipología (Anexo 1):

■ Centros estructurales

CAC de servicios comunes cuya prestación se dirige a toda la estructura del centro de atención especializada. Recogen actividades dirigidas al mantenimiento de las instalaciones, la provisión de servicios y suministros (energía, agua, comunicaciones...), la dotación de las unidades de administración y gestión, la prestación de servicios básicos (hostelería, limpieza...) y los centros de soporte a la actividad asistencial (esterilización, medicina preventiva, farmacia...).

Se diferencia entre centros estructurales primarios y secundarios:

- Los *centros estructurales primarios* son unidades que desempeñan actividades de sustento y conservación y afectan a todos los CAC de un centro de atención especializada. Se definen como centros estructurales primarios los siguientes:

- Mantenimiento general.
- Mantenimiento específico.
- Agua.
- Electricidad.

Combustible.

Comunicaciones y transporte.

- Los *centros estructurales secundarios* son unidades que desempeñan actividades de sustento y apoyo y que afectan a toda la estructura del centro de atención especializada, donde **disponen de una ubicación física** para realizar la mayor parte de sus actividades. Son centros estructurales secundarios los que realizan actividades de:

- Administración (unidades de dirección, unidades administrativas, unidades de servicios al personal y otras unidades de servicios)

- Hostelería (cocina, lencería y vestuario, lavandería, seguridad y limpieza)

- Soporte de la actividad asistencial (unidad de documentación clínica y admisión, servicio de atención e información al paciente, farmacia, medicina preventiva, etc.).

■ **Servicios centrales asistenciales**

Los servicios centrales asistenciales son centros que *prestan atención al paciente para su diagnóstico*, a solicitud de los facultativos de los centros de hospitalización y atención ambulatoria en la mayoría de los casos.

El futuro de estos CAC proveedores de prestaciones a otros CAC, que actualmente se comportan como CAC finales en el sentido de que no reparten sus costes a otros CAC, es el reparto a los CAC destinatarios de su actividad en función del consumo de actividades que realizan. Esta información constituirá una pieza más del sistema de presupuestación clínica. Por ejemplo, será posible conocer con precisión cuánto y qué consume medicina interna del laboratorio de bioquímica clínica y biología molecular.

Se definen como servicios centrales asistenciales los siguientes:

- Análisis clínicos (de los centro de especialidades).
- Microbiología.
- Bioquímica clínica y biología molecular.
- Hematología, laboratorio.
- Inmunología.
- Anatomía patológica.
- Farmacocinética clínica.
- Medicina nuclear, laboratorio.
- Radiodiagnóstico (radiología convencional, de mama, ecografía y doppler, resonancia magnética, TAC e intervencionismo radiodiagnóstico)
- Radiodiagnóstico (de los centro de especialidades).
- Medicina nuclear, diagnóstico por la imagen.
- Neurofisiología.
- Endoscopias(*)
- Unidad de dietética, HMLE
 - Unidad de reproducción (*)
 - Medicina nuclear, tratamientos (*)
 - Rehabilitación y medicina física, tratamiento (*)
 - Litotricia (*)
 - Servicio de rehabilitación, HMLE
 - Unidad de logopedia, HMLE
 - Unidad de terapia ocupacional, HMLE
 - Unidad de psicología clínica, HMLE

() Estos CAC se consideran servicios centrales asistenciales, si bien a efectos del análisis, se incluyen junto con el resto de CAC de sus especialidades.*

▪ **Centros del área quirúrgica**

Se considera área quirúrgica aquella que dispone de sistema de monitorización, máquina de ventilación, canalización de gases anestésicos, subcentral de esterilización y ambiente estéril restringido. Se contempla la siguiente tipología de CAC del área quirúrgica:

- Bloque quirúrgico programado.
- Bloque quirúrgico urgente.
- Bloque quirúrgico de cirugía mayor ambulatoria.
- Paritorios.

Para los diferentes CAC del área quirúrgica se definen indicadores referidos, según el caso, a minuto disponible, minuto utilizado, intervención, rendimiento económico del bloque quirúrgico, parto vaginal o por cesárea. Los indicadores referidos a los minutos reales de uso no se emplean. Sin embargo, se desea potenciar estos indicadores como los principales del bloque quirúrgico por dos razones. Por un lado cuando se utiliza el coste del minuto disponible de quirófano para construir un coste por proceso siempre se infraestima el coste de la intervención, porque en las historias clínicas figura la duración de la intervención (“de piel a piel”) o el tiempo de anestesia. Por otra parte, en los comparativos, al emplear el tiempo utilizado se reflejarán mejor las diferencias entre hospitales.

También algunos centros de especialidades disponen de quirófano donde se realizan intervenciones con anestesia local de algunas especialidades.

El bloque quirúrgico se caracteriza por la ausencia de homogeneidad de la estructura física, de forma que bajo esta denominación podemos encontrar combinaciones de quirófanos muy distintas entre hospitales. Asimismo, se dispone de escasos indicadores de resultado, sobre todo por especialidad. Por tanto, las modificaciones en el bloque quirúrgico irán encaminadas hacia obtener el coste por quirófano, el coste por especialidad que emplea el quirófano (como una pieza más de la presupuestación clínica), el coste por intervención de cada especialidad quirúrgica y el coste por minuto de cada especialidad quirúrgica.

Como parte del área quirúrgica se definen otros CAC relacionados con la **atención prequirúrgica y postquirúrgica inmediata**, en particular:

- Consulta y técnicas de anestesiología.
- Anestesiología.
- Unidad de cuidados críticos.
- URPA (unidad de recuperación postanestésica).

- URPA, CMA (unidad de recuperación postanestésica de cirugía mayor ambulatoria).
- UAM (unidad de adaptación al medio, del hospital o de la unidad de CMA).
- UAM HDIA (unidad de adaptación al medio, cuando está integrada en un hospital de día polivalente)

■ **Centros logísticos**

Los centros logísticos son CAC caracterizados por:

- Tener CAC dependientes que comparten determinados costes porque no se pueden afectar directamente. Son centros logísticos las unidades de enfermería que comparten varios servicios clínicos de hospitalización, o por la existencia de pacientes ectópicos, o cuando es ineficiente el esfuerzo para diferenciar determinados orígenes de coste por CAC de destino.
- Realizar una actividad similar (una línea de actividad) cuya suma (o suma ponderada) por CAC se emplea como factor de reparto de costes (reparto de costes en función de la actividad). Un centro logístico se corresponde con una línea de actividad.
- Estar delimitados con un criterio de ocupación de espacio físico (plantas, salas, edificios...).
- No es necesario utilizarlos cuando se puedan afectar directamente los costes a los CAC de destino.

En un principio se definieron centros logísticos de hospitalización, atención ambulatoria y hospital de día, estando prevista la creación de centros logísticos de quirófanos y de urgencias para poder calcular el coste por especialidad de las correspondientes líneas de actividad.

Posteriormente también se han creado centros logísticos de radiodiagnóstico con el objetivo de poder afectar los costes de los recursos que son comunes a varios CACs de este servicio.

- Los *centros logísticos de hospitalización* son las unidades de enfermería de hospitalización. Su línea de actividad son las estancias y sus costes se reparten en función de las que se producen en cada CAC final que las genera.
- Los *centros logísticos ambulatorios* son centros que se emplean para afectar costes que no pueden imputarse directamente a los CAC finales de atención ambulatoria del hospital, del centro de especialidades ni del hospital de día, ya que se trata de recursos compartidos. Los centros logísticos ambulatorios pueden repartir costes correspondientes de:
 - o Personal sanitario no facultativo y no sanitario.
 - o Consumos (de material sanitario, no sanitario y de farmacia).
 - o Servicios exteriores (suministros, servicios contratados y gastos diversos).

En el SIE-AE 2002 se excluyen los CAC ambulatorios del reparto de costes estructurales primarios y secundarios.

- Los *centros logísticos de radiodiagnóstico* se crean para recoger costes que no pueden afectarse directamente a los diferentes CACs de ese servicio. Además de los costes anteriores (de los centros logísticos ambulatorios), pueden repartir también costes de personal facultativo.
- **Centros de urgencias**
Se definen como centros de urgencias los siguientes CAC:

- Observación de urgencias.
- Urgencias generales 1.
- Urgencias generales 2.
- Urgencias generales 3.
- Urgencias pediátricas.
- Urgencias CES2.

Los hospitales deben revisar estos CAC para dejarlos en los mínimos posibles que respondan a estructuras de atención diferentes y actividad diferenciada. En general, un CAC de urgencias para cada “puerta de urgencias”.

Como indicador de estos CAC se establece la “urgencia”.

- **Centros de hospitalización**

Entre los centros de hospitalización se contemplan las siguientes tipologías de CAC:

- Hospitalización general:

La línea de actividad de hospitalización general es la estancia, utilizándose como indicador. El coste por estancia de un CAC de hospitalización incluye: costes por reparto de estructurales (primarios y secundarios) y de logísticos de hospitalización, y la afectación directa de cualquier origen de coste. Esto abarca los cuidados personales, farmacia y en su caso endoprótesis que recibe un paciente durante su estancia. También puede recoger las exoprótesis prescritas durante la estancia en hospitalización y al alta del paciente. No incluye reparto de costes de los servicios centrales asistenciales.

- Hospitalización en hospitales de media y larga estancia (HMLE):

El indicador de la hospitalización en HMLE es la estancia, utilizándose como medida de actividad. El coste por estancia de un CAC de hospitalización en HMLE incluye: costes por reparto de estructurales (primarios y secundarios) y

de logísticos de hospitalización, y la afectación directa de cualquier origen de coste. Esto abarca los cuidados personales, farmacia y, en su caso, endoprótesis, que recibe un paciente durante su estancia. También puede recoger las exoprótesis prescritas durante la estancia en hospitalización y al alta del paciente. No incluye reparto de costes de los servicios centrales asistenciales.

- Hospitalización pediátrica:

La línea de actividad e indicador de hospitalización pediátrica es la estancia. El coste por estancia de un CAC de hospitalización pediátrica incluye: costes por reparto de estructurales (primarios y secundarios) y de logísticos de hospitalización, y la afectación directa de cualquier origen de coste. Esto abarca los cuidados personales, farmacia y en su caso endoprótesis que recibe un paciente durante su estancia. También puede recoger las exoprótesis prescritas durante la estancia en hospitalización y al alta del paciente. No incluye reparto de costes de los servicios centrales asistenciales.

Se diferencian los siguientes CAC de hospitalización pediátrica:

- Neonatología, hospitalización
- UCI Neonatal
- UCI Pediátrica
- Pediatría, hospitalización
- Cirugía pediátrica, hospitalización

Actualmente, además, se han desarrollado nuevos CACs específicos de hospitalización infantil por especialidades, utilizados por los centros Hospital Universitari i Politènic La Fe y el Hospital General Universitario de Alicante. El detalle de CAC es el siguiente:

- Cirugía cardiovascular infantil
- Cirugía general infantil
- Cirugía maxilofacial infantil

- Cirugía ortopédica y traumatología infantil
- Cirugía plástica infantil
- Neurocirugía infantil
- Oftalmología infantil
- Otorrinolaringología infantil
- Urología infantil
- Alergología infantil
- Cardiología infantil
- Dermatología infantil
- Endocrinología infantil
- Hematología infantil
- Medicina digestiva infantil
- Nefrología infantil
- Neumología infantil
- Neuropediatría infantil
- Oncología infantil
- Pediatría infecciosa infantil
- Psiquiatría infantil
- Reumatología infantil
- Metabolopatía infantil

- Hospitalización de día:

En los indicadores de gestión de atención especializada de la Agència Valenciana de Salut se notifican actividades de distintas especialidades realizadas en la estructura de atención denominada “hospital de día”. Sin embargo, para poder definir de forma adecuada la bolsa de costes, el SIE-AE debe identificar la estructura de atención, independientemente de las especialidades que la utilicen. Una solución para armonizar ambos puntos de

vista es la creación de *CAC logísticos de hospital de día*, encargados de repartir a sus CAC dependientes los costes que no puedan ser afectados directamente (básicamente personal de enfermería y algunos consumos).

Los centros logísticos de hospital de día coinciden necesariamente con una estructura física compartida por varias especialidades. En ellos se afectarán los costes que no puedan afectarse directamente a los hospitales de día dependientes. En el caso de un hospital de día monográfico de una especialidad se empleará únicamente el CAC específico.

Los hospitales de día polivalentes son el resultado de sumar los costes de los hospitales de día por especialidad que los componen. De este modo, en el hospital de día se podrá disponer de costes tanto por especialidad como por estructura de atención.

El Catálogo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de enfermería en Hospital de día está consensuado y puesto en funcionamiento en el SIE-AE del ejercicio 2003. Desde el punto de vista de la contabilidad de los costes, su característica más destacada es la imposibilidad de afectación de personal facultativo en los CAC correspondientes.

- Hospitalización a domicilio:

Las unidades de hospitalización a domicilio son unidades hospitalarias que asumen la asistencia en el domicilio de los pacientes tras su estabilización en el hospital o cuando se considere el propio domicilio como mejor lugar terapéutico.

Puesto que el rasgo diferencial de la atención que prestan estas unidades es que su personal se traslada al domicilio del paciente, los costes derivados del empleo de transportes (taxis u otros) por el personal de la unidad deben afectarse directamente a este CAC en el origen de coste 'Servicios contratados' o 'Gastos diversos', según corresponda por su naturaleza. En este caso no debe emplearse el CAC estructural primario 'Comunicaciones y transportes', puesto que es un coste de la unidad, no del hospital en su conjunto.

Son CAC de hospitalización a domicilio:

Hospitalización a domicilio general
Hospitalización a domicilio pediátrica

Desde 2006 está en funcionamiento el *Catálogo de Procedimientos del Hospital a Domicilio* con el cual se han definido los procedimientos de Hospital a domicilio, se ha desarrollado una escala de unidades relativas de costes asociada a los mismos y se han elaborado los indicadores de funcionamiento para su gestión.

- **Centros de atención ambulatoria**

Los CAC de atención ambulatoria deben coincidir con las especialidades definidas en los indicadores de gestión de atención especializada de la Agència Valenciana de Salut. La actividad clínica se mide de acuerdo con los conceptos y definiciones del manual de definiciones de dichos Indicadores:

- *Primeras consultas*: número total de pacientes vistos de forma ambulatoria y en un local de consultas externas por primera vez para una especialidad y un

proceso concreto. Si el paciente acude de nuevo por un proceso distinto, se considerará primera.

- *Consultas sucesivas*: número total de consultas que deriven de una primera consulta y todas aquellas que se generen como revisión o seguimiento de un proceso anterior.
- *Técnicas diagnóstico-terapéuticas*: número de pacientes que han acudido a la consulta para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico. Esta visita no se contabilizará como consulta primera o sucesiva.

Los códigos y las unidades relativas de coste (URC) de estas tres actividades son las siguientes:

- Primeras consultas = 1,0
- Consultas sucesivas = 0,5
- Técnicas diagnóstico-terapéuticas: El concepto y la ponderación relativa de sus costes dependerá de la especialidad. En el caso de las técnicas de especialidades que disponían de un CAC propio y se integrarán como una actividad en los CAC de atención ambulatoria, existen datos previos suficientes para fijar cuántas veces cuesta más una técnica que una primera consulta. Para el resto de especialidades, de las que no se dispone de datos anteriores, se ha estimado un coste de 1,5 veces la primera consulta, por el consumo de material.

De este modo, se han definido las unidades relativas de coste de las distintas actividades desarrolladas en los centros de atención ambulatoria del hospital y en los centros de atención ambulatoria de los centros periféricos de especialidades.

Las especialidades que disponen de un catálogo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos desarrollado, tienen definidas en los mismos, las actividades que se realizan en este ámbito de atención ambulatoria, así como las unidades relativas de coste que permiten la construcción de los indicadores correspondientes, ajustados a la casuística de cada uno.

■ **Centros no imputables**

Los centros no imputables agrupan los costes que no deben repercutirse en el centro de atención especializada porque no son propios de la actividad asistencial, pero que implican una actividad realizada utilizando sus recursos sanitarios y/o administrativos.

Estos CAC sólo recogerán costes, no tienen medida de actividad. La función de este grupo es sólo “detractora” del gasto total del hospital y la potencial desigualdad en la cumplimentación puede repercutir en los costes del resto de CAC del hospital.

Son costes no imputables los correspondientes a:

- Atención primaria.
- Inspección médica.
- Servicio de atención médica urgente (SAMU).
- Servicio especial de urgencia (SEU).
- Servicios sociales.
- Universidad y docencia (facultativos especialistas en formación (MIR/FIR/BIR/QUIR, etc en los primeros tres años de su formación, formación continuada realizada en el centro pero abierto al resto de personal de al AVS, becas y otros cursos).
- Otros centros de atención especializada (personal con actividad en otros centros, préstamos y devoluciones de material entre centros de la Consellería de Sanitat, préstamos y devoluciones de material entre otros centros, ...).
- Otros costes ajenos (complementos de pensión del personal sanitario no facultativo, sentencias, mortuorio, tanatorio, Instituto de Medicina Legal, transporte de familiares y visitas).
- Centro de Investigación.
- Escuela de Enfermería.

- Medicamentos para el SIDA.
- Otros medicamentos y material de uso externo (fibrosis quística, hemofilia, fenilcetonuria, medicación hemodiálisis).
- Coordinación de trasplantes.
- Farmacología.

ORÍGENES DE COSTE

En el SIE-AE se diferencian cuatro agrupaciones de costes en función de su origen: costes de personal, consumo de productos, servicios externos y prestaciones.

A. COSTES DE PERSONAL

Por su origen, los costes de personal se clasifican en:

- Personal facultativo (PF)
- Personal sanitario no facultativo (PSNF)
- Personal no sanitario (PNS)

El importe que se utiliza para estimar los costes de personal de cada CAC es el derivado de la nómina más la cuota patronal de la Seguridad Social, de la que se deduce el importe de la recuperación de incapacidad transitoria; es decir, todo el capítulo I de la contabilidad presupuestaria. Los conceptos incorporados en la nómina mensual correspondiente son los siguientes:

- Base tarifada.
- Base accidentes de trabajo.
- Cuota de la Seguridad Social.
- Cuota de formación profesional.
- Cuota para desempleo.

- Base imponible.
- Recuperación de la incapacidad temporal.
- Total del coste mensual del trabajador.

Los complementos de pensión del PSNF y las comisiones de servicio (personal remunerado por el centro de atención especializada pero que ejerce sus funciones en otro centro) se contabilizan en el grupo 9 de CAC no imputables.

B. CONSUMO DE PRODUCTOS

Por su origen, los consumos de productos se clasifican en:

- Material no sanitario
- Material sanitario
- Consumo de productos farmacéuticos

En el 'Consumo de productos farmacéuticos' se incluyen los productos farmacéuticos adquiridos a terceros y los elaborados por el servicio de farmacia del centro de atención especializada.

Las entradas de productos en el centro de atención especializada, queden o no depositados en los almacenes, deben ser registrados en el programa informático de gestión de almacén, al efecto de afectar su coste al centro consumidor.

C. SERVICIOS EXTERNOS

Los servicios externos se clasifican en:

- **Suministros exteriores:**

Consumos de agua, combustibles, electricidad, gases licuados de uso médico, comunicaciones y transportes, y banco de sangre. Los consumos se afectan directamente a los centros de actividad estructurales del mismo nombre, excepto el banco de sangre que se afectará directamente al centro receptor.

- **Servicios contratados:**

Costes ocasionados por los arrendamientos, mantenimiento, cocina, limpieza, lavandería, seguridad, laboratorios, etc.

- **Gastos diversos:**

Incluye los tributos, las pólizas de seguros, las indemnizaciones por razón del servicio y otros gastos diversos (ayuda a asociaciones, patentes y marcas...). Los tributos y las pólizas de seguros se afectan en su totalidad al centro de actividad 'Unidades Administrativas'.

D. PRESTACIONES

Se diferencian las siguientes prestaciones:

- Prótesis (actualmente desglosado en los conceptos de exoprótesis y endoprótesis)
- Transporte sanitario
- Actividades asistenciales concertadas

E. AMORTIZACIONES

Está previsto que en el nuevo Modelo de Gestión de Rendimientos y Costes, se incluyan las amortizaciones a la hora de imputar los costes. Para ello es preciso disponer previamente del inventario de activos afectos a cada CAC. La incorporación de las dotaciones a la amortización dependerá directamente de la implantación del nuevo sistema integral de gestión o ERP (Orion Logis) que está realizando actualmente la Conselleria de Sanitat, y dentro de éste del módulo de activos fijos en los centros sanitarios.

3. METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

El sistema de imputación de costes del SIE-AE se desarrolla en diversas fases. Comienza con la *afectación directa de todos los costes* originados en el período de tiempo considerado a los subcentros de coste que los ocasionan según su origen de coste.

Además de los costes afectados de forma directa, el coste total de los CAC incluye su participación en los *costes estructurales*, mediante un reparto en proporción a

magnitudes específicas (fundamentalmente metros cuadrados que ocupan o número de personas que trabajan en ellos medido por equivalente a trabajador a tiempo completo - ETC). Puesto que el peso de los costes puede ser bastante distinto entre unos hospitales y otros, a efectos comparativos el cuadro de mandos del SIE-AE muestra para cada CAC el porcentaje que representan los costes estructurales en el coste total y proporciona indicadores ajustados que los excluyen.

Finalmente, el coste total de ciertos CAC incluye *costes logísticos*. Por ejemplo, al no ser posible afectar con precisión a cada especialidad la dedicación de la enfermería en una unidad de hospitalización compartida, se forma una bolsa de coste intermedia (un centro logístico) que reparte el coste de enfermería en función de algún criterio de actividad, en este caso las estancias.

- **Afectación directa de costes:**

En esta primera fase se produce una afectación directa de los costes a los CAC que los originan, según su origen de coste. Se realiza en los subcentros de coste con una periodicidad mensual. Los costes que en esta fase no puedan afectarse a los CAC consumidores se afectarán a los centros logísticos correspondientes para su posterior reparto.

a) Costes de personal:

Se mantiene actualizado el porcentaje de dedicación del personal del centro de atención especializada a sus respectivos CAC, para procesarlo junto a los datos remitidos por el centro de cálculo. Este mantenimiento es fundamental puesto que el personal constituye una parte muy elevada del coste total de un CAC y además la transformación de la dedicación del personal en ETC sirve de criterio de reparto para

muchos de los costes estructurales secundarios y en algún caso para los logísticos ambulatorios.

La afectación de costes de personal a sus CAC correspondientes se produce mensualmente.

Para el personal sanitario facultativo (PSF) se tendrá en cuenta que:

- La atención continuada del PSF se afecta distribuyendo su coste entre urgencias, hospitalización y quirófano.
- En la actividad ordinaria el PSF presta sus servicios en hospitalización, asistencia ambulatoria, quirófanos y urgencias o en laboratorios, por lo que hay que dividir su coste en función de su dedicación a cada CAC, de acuerdo con el jefe del servicio clínico.

La afectación del coste del PSNF y personal no sanitario (PNS) se realiza al CAC donde presta sus servicios, debiendo distribuirse su coste en caso de desempeñar actividades en distintos CAC en proporción al tiempo dedicado a cada uno de ellos.

El coste de los médicos internos residentes se afecta de la siguiente forma (ver Centros no imputables):

- En un principio, el coste de los médicos internos *residentes de Medicina familiar y comunitaria* no se afectaba en el SIE de atención especializada, ya que están incluidos dentro del presupuesto de los centros de gestión de atención primaria. En caso de que realizaran la atención continuada en el hospital, se afectaba el coste de las guardias al CAC donde las efectuaban. A

partir de 2005 todos los MIREs estaban incluidos dentro mismo presupuesto y la afectación del coste de la atención normal de los de Medicina familiar y comunitaria se realizaba en el CAC no imputable de Atención primaria

- Con respecto a los médicos internos *residentes de otras especialidades*, su coste se afectará al CAC no imputable 'Universidad y docencia', durante los tres primeros años, salvo que el jefe del servicio considere que éstos realizan actividad para ese servicio, en cuyo caso el responsable deberá determinar el porcentaje de dedicación al CAC correspondiente. En caso de que realicen atención continuada en el hospital, se afectará su coste al CAC donde la realizan.

b) Consumo de productos:

En los CAC de los que se conoce con precisión el consumo de productos se afecta directamente. Los centros logísticos correspondientes a cada línea de producto se emplean para afectar los costes de consumos que no es posible diferenciar, para posteriormente repartirlos a los centros de hospitalización y atención ambulatoria correspondientes mediante un criterio objetivo.

c) Servicios externos:

Se afecta el consumo real de *suministros exteriores* que se ocasione durante el periodo considerado, si es posible calcular su coste, o bien el importe facturado por los proveedores respectivos durante dicho periodo. El coste de *servicios contratados* se afecta a los centros receptores de estos servicios. En relación con los gastos diversos, las indemnizaciones por razón del servicio se afectarán directamente al centro al que pertenece la persona objeto de la indemnización. Cuando el potencial

beneficiario de la indemnización preste servicios en más de un centro de actividad se afectará al que dedique la mayor parte de su tiempo.

d) Prestaciones:

Aunque el objetivo desde el inicio del SIE-AE es que “el coste de las prestaciones se afecte a los CAC que las prescriban”, lo cierto es que la situación de la cumplimentación de estos datos es desigual entre centros de atención especializada. La estrategia para completar los datos de estos orígenes de coste de forma fácil, fiable y completa pasa por la utilización de las bases de datos centrales para afectar de forma automática de las prestaciones hasta el nivel que permitan los datos disponibles.

Una vez confirmada la afectación directa, las siguientes fases se realizan de modo automático. Al final de esta fase se obtienen habitualmente indicadores de gestión estructurales primarios.

■ **Reparto de costes estructurales primarios:**

En esta fase los costes de los CAC estructurales primarios se reparten a los CAC de los siguientes grupos de CAC :

- Centros estructurales secundarios.
- Servicios centrales asistenciales.
- Centros del área quirúrgica.
- Centros logísticos de hospitalización.
- Centros logísticos de HDIA y de Radiodiagnóstico
- Urgencias.

- Centros de hospitalización y atención ambulatoria.
- Centros no imputables.

Al final de esta fase se obtienen los indicadores de resultado de los CAC estructurales secundarios, denominados habitualmente indicadores de gestión estructurales secundarios.

■ **Reparto de costes estructurales secundarios:**

En esta fase, los costes de los centros de actividad estructurales secundarios se reparten a los CAC de los siguientes grupos:

- Servicios centrales asistenciales.
- Quirófanos y paritorios.
- Centros logísticos de hospitalización.
- Centros logísticos de HDIA y de Radiodiagnóstico
- Centros de urgencias.
- Centros de hospitalización y atención ambulatoria.
- Centros no imputables.

■ **Reparto de los costes logísticos:**

Consiste en el reparto de los costes de los centros logísticos de hospitalización y atención ambulatoria a sus centros finales homónimos.

- Centros logísticos de hospitalización:

Los costes se reparten a los centros de hospitalización. Se exceptúan del reparto los CAC de hospitalización a domicilio y el de medicina intensiva,

porque todos sus costes se afectan directamente. El criterio de reparto utilizado son las estancias causadas en una unidad de enfermería por los pacientes ingresados en cada CAC de hospitalización.

- Centros logísticos de atención ambulatoria:

Los costes se repartirán a los subgrupos de CAC de atención ambulatoria, exceptuando del reparto los CAC de hospital de día (que disponen de sus propios centros logísticos) y los CAC “Hepatología, Hospital clínico, actividad ambulatoria”, “Gastroenterología, Hospital clínico, actividad ambulatoria”, y “Quemados, actividad ambulatoria”. Los centros logísticos de los centros de especialidades se reparten a los subgrupos correspondientes.

■ **Centros logísticos de hospital de día y de radiodiagnóstico:**

Los costes recogidos en estos CAC se reparten entre los correspondientes a cada una de las especialidades que utilizan el hospital de día (p.e. el CAC “Centro logístico del hospital de día 1” reparte a las especialidades incluidas en el hospital de día 1; el CAC “Centro logístico del hospital de día pediátrico” a las subespecialidades del hospital de día pediátrico).

Los CAC logísticos de radiodiagnóstico se reparten entre los CACs de esta especialidad que se determinen, en función de su actividad.

Al finalizar esta fase todos los costes están repartidos entre los servicios centrales asistenciales, quirófanos, urgencias, los centros de hospitalización y atención ambulatoria y los centros no imputables (en su caso).

Tras esta fase, y al realizar el cruce con la actividad, se obtienen los indicadores de resultado de los CAC, denominados costes unitarios por actividad o procedimiento (en otras nomenclaturas, Indicadores de Gestión Precio IGP).

Figura 4: Reparto de costes en el Sistema de Información Económica de la Agència Valenciana de Salut. 2003.



FUENTE: Conselleria de Sanitat. Manual de Sistema de Información Económica de Atención Especializada. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2003.

La incorporación al SIE-AE de los *catálogos de procedimientos*⁴, elaborados de forma consensuada por los profesionales de cada especialidad, supone un elemento clave tanto para normalizar la medición de actividad de los centros sanitarios como para estimar de forma más exacta el coste de las actividades asistenciales.

CRITERIOS DE REPARTO

⁴ Desde 1997 se inició un proceso de normalización de los sistemas de medición de la actividad clínica mediante catálogos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que permiten una aproximación a la medición de la producción en unidades homogéneas y a la estimación del coste unitario por procedimiento. Los catálogos desarrollados e incorporados al SIE-AE hasta este momento son los siguientes: Radiodiagnóstico, 1998 y 2003; Medicina nuclear, 1999; Bioquímica clínica y biología molecular, 1999; Hematología, 1999; Microbiología, 1999; Rehabilitación y medicina física, 1999 y 2003; Farmacia hospitalaria, 1999; Anatomía patológica, 1999 y 2000; Cardiología, 2001; Documentación clínica y admisión, 2001; Anestesia, reanimación y terapéutica del dolor, 2002; Oncología radioterápica, 2002; Hospital de día, procedimientos de enfermería, 2003; Oncología médica, actividad ambulatoria, 2003.

A) a) Criterio de reparto de los centros estructurales primarios:

Los centros estructurales primarios, de forma generalizada y exceptuando el de mantenimiento específico, cuyo coste se imputa directamente, reparten sus costes en función de los metros cuadrados de los CAC receptores.

b) Criterio de reparto de los centros estructurales secundarios:

Con carácter general, los centros estructurales secundarios reparten sus costes en función del número de equivalentes a trabajadores a tiempo completo (ETC), como una aproximación al número de trabajadores por CAC, ya que es un criterio más ajustado a la realidad. En general, esos centros estructurales secundarios no tienen más actividad cuanto más coste de personal tenga un CAC de destino, sino cuanto más personal tenga.

Por otra parte, los CAC “Unidad de documentación clínica y admisión”, “Servicio de atención e información al paciente”, “Unidad de trabajo social” y “Medicina preventiva” distribuirán sus costes en un futuro según la actividad que realicen para los CAC destino del centro de atención especializada. La disponibilidad de los datos necesarios marcará el ritmo de modificaciones del SIE-AE en esta área.

Los costes de los CAC de “Farmacia”, “Cocina”, “Lavandería”, “Limpieza” y “Seguridad”, se reparten en función respectivamente de los parámetros *dosis dispensadas*, *dietas*, *kg de ropa lavada* y *metros cuadrados* los dos últimos.

Los CAC de “Lencería y vestuario”, “Gases licuados” y “Esterilización” reparten su coste en función porcentajes establecidos que el propio centro puede ajustar en función de su realidad.

c) Criterio de reparto de los centros logísticos de hospitalización:

Para este tipo de centros el reparto se realiza en base a las estancias planta-servicio producidas en los CAC de hospitalización dependientes de cada unidad de enfermería.

d) Criterios de reparto de los centros logísticos ambulatorios:

Hasta ahora el reparto se producía en función de la actividad de los CAC de atención ambulatoria, medida en unidades de medida asistencial (UMAS). Se considera que el criterio UMAS precisa de actualización, al tratarse de un criterio diseñado con fines presupuestarios que penalizaba o favorecía determinadas actividades sin relación estricta con el coste.

Se acuerdan dos criterios de reparto de los centros logísticos ambulatorios, operativos a partir de la base de datos 2002:

- Mientras en los centros logísticos ambulatorios exista un coste de PSNF y de PNS, el reparto a los CAC de atención ambulatoria dependientes del centro logístico se hará según los ETC del personal facultativo asignado a cada CAC de atención ambulatoria.
- Cuando ya no aparezca coste de PSNF y de PNS en los centros logísticos ambulatorios, el reparto se hará según la actividad realizada, medida con las URC producidas por cada CAC de atención ambulatoria dependiente.

e) Criterios de reparto de los centros logísticos de hospital de día y radiodiagnóstico:

El reparto de costes de los CAC logísticos de hospital de día se realizará en función de la actividad, medida en *número de visitas*. En el caso de los hospitales de día que incluyen Unidad de Adaptación al Medio, el número de pacientes atendidos en esta unidad se considera equivalente a visitas.

Por otro lado, los CAC logísticos de radiodiagnóstico reparten su coste en función de la actividad medida en URC, a los CAC de esa especialidad.

EL COSTE POR PROCEDIMIENTO O POR ACTIVIDAD

El cociente entre el coste total de un CAC y el número total de unidades normalizadas de producción es el coste por unidad de producción. Este indicador, al estar ajustado por la casuística propia de cada centro de actividad, es directamente comparable.

- **Costes unitarios estructurales primarios y secundarios**

Relacionan el coste de cada centro estructural primario con magnitudes objetivas, como metros cuadrados para el mantenimiento, número de trabajadores (ETC) para las comunicaciones, etcétera.

- **Costes unitarios por procedimiento o actividad (CUP)**

Coste medio o ponderado con el cual el CAC produce los procedimientos o actividades que suministra a sus pacientes. Las variables obtenidas muestran el coste total de un CAC, su producción total medida en unidades normalizadas de actividad (URC) y los costes unitarios, con las posibilidades descritas a continuación, que constituyen distintos indicadores de coste por unidad de producción, según se considere el coste total, el coste sin prestaciones o el coste sin prestaciones ni costes estructurales:

$$\text{CUP} = \Sigma \text{ Coste total} / \Sigma \text{ Actividades.}$$

Este coste sería el más preciso y más útil si los datos sobre prestaciones fueran completos y no diferenciales entre hospitales.

$$\text{CUP-SPCE} = (\Sigma \text{ Coste total} - \Sigma \text{ Prestaciones}) / \Sigma \text{ Actividades.}$$

Es el CUP más ajustado a la información sobre costes disponible de forma general (sin prestaciones, con estructurales).

$$\text{CUP-SPSE} = \frac{(\sum \text{Coste total} - \text{SPrestaciones} - \sum \text{Costes estructurales primarios y secundarios})}{\sum \text{Actividades}}$$

El ajuste del CUP con la exclusión de los costes estructurales se emplea para mejorar la capacidad de comparación entre CAC, al eliminar la parte de los costes sobre la que el responsable del servicio tiene menos capacidad de gestión (sin prestaciones, sin estructurales).

■ **Índice de coste relativo (ICR)**

Concepto medido: coste relativo. Su valor en el patrón de referencia está formado por la suma de los costes y la actividad del mismo CAC en un conjunto de hospitales con determinadas características, que forman el grupo de comparación.

Objetivo: minimizar los costes de funcionamiento.

Definición: Razón, para un CAC de un hospital determinado, entre su propio coste por unidad de producción y el obtenido en el conjunto de los hospitales del grupo de comparación (valor 1).

Construcción del indicador:

- Coste por unidad de producción en el grupo de comparación (estándar):
 - Numerador: sumatorio de costes de funcionamiento en el CAC de los hospitales que forman el grupo de comparación.

- Denominador: sumatorio de la producción en el CAC de los hospitales que forman el grupo de comparación.
 - Interpretación: directa, un valor de 1,31 indica que un laboratorio determinado está produciendo a un coste 31% mayor que el grupo de comparación.
- Coste por unidad de producción en un hospital:
 - Numerador: coste de funcionamiento del CAC.
 - Denominador: producción del CAC medida en unidades de cuenta comunes, utilizando las URC del catálogo correspondiente.
 - Resultado: coste por unidad de cuenta común.

Ajuste del indicador: estos indicadores se calculan para el estándar y para cada hospital, de forma que se pueden obtener los siguientes índices de coste:

- Índice de coste relativo (ICR), construido a partir de CUP.
- Índice de coste relativo sin prestaciones (ICR-SP), construido a partir de CUPSPCE.
- Índice de coste relativo sin prestaciones y sin costes estructurales (ICR-SPSE), construido a partir de CUP SPSE. En la aplicación informática InfoSIE aparece con el acrónimo ICR-SE.

■ **Comparación intrahospital interanual**

La comparación del mismo CAC en distintos periodos de tiempo es una de las más útiles, puesto que el patrón de referencia es el mismo CAC en un periodo de tiempo inmediatamente anterior. Para realizar esta comparación es necesario actualizar los costes mediante un deflactor sanitario, que incorpore las variaciones de los precios de los factores productivos que intervienen en la producción. La fuente del deflactor

puede ser el índice de precios al consumo en su componente medicina y conservación de la salud.

Actualmente se está utilizando el deflactor del PIB, publicado por el Ministerio de Economía y Hacienda en su informe trimestral de coyuntura.

SISTEMAS INFORMÁTICOS

El SIE-AE es un sistema de sistemas. Para obtener indicadores de resultado de un CAC en un periodo de tiempo determinado, precisa conocer datos originados en otros sistemas de información (nóminas, suministros y almacén, expedientes, farmacia, actividad concertada, prótesis, indicadores de gestión de atención especializada y catálogos de procedimientos incluidos en el propio SIE-AE, etc.).

El módulo de análisis incorporado en el SIE-AE permite obtener un **cuadro de mandos** por servicios.

En la actualidad, se dispone de una **base de datos única** para todos los centros de atención especializada (desde el año 2002, incorporada en la red Arterias) y la información que alimenta el Sistema de Información Económica se obtiene de forma cada vez más automatizada a partir de otros sistemas de información sobre consumos y actividad que forman parte del sistema sanitario.

Análisis de los resultados:

En la actual versión del SIE-AE, el InfoSIE es la aplicación informática de que permite a cada usuario el acceso a un análisis temporal y espacial de resultados predeterminado en función de sus necesidades, además de posibilitar análisis ad hoc mediante la exportación

de datos a hojas de cálculo. Se presenta de forma sistemática información por periodos anuales sobre actividades, costes, costes unitarios por procedimiento e índices de coste relativo, con los siguientes niveles de agregación:

- CAC:
Análisis con el máximo nivel de desagregación de los costes y de la actividad.

- Servicios clínicos:
Análisis de los costes y las actividades de cada servicio clínico o agrupación de centros de actividad por especialidad. Un servicio clínico puede estar compuesto por uno o varios CAC, con un único responsable (el jefe de servicio) que debe disponer de información agregada e integrada del coste y la actividad que su servicio realiza en el Área de salud de su competencia.

- Líneas de actividad:
La línea de actividad se define porque distintos CAC suministran el mismo tipo de actividad o procedimiento (estancias en hospitalización) o su producción puede llevarse a una misma unidad de cuenta común (atención ambulatoria, radiodiagnóstico...). La línea de actividad nos permite integrar los costes y las actividades de grandes áreas asistenciales para suministrar indicadores de coste por actividad.

- Hospital.

- Conjunto de hospitales de la Conselleria de Sanitat:
Obtener una visión global, sintética y accesible de los costes de funcionamiento de la atención especializada provista por la Conselleria de Sanitat Unidades de análisis:

Hospital y centros de especialidades.

Atención especializada del Área de salud.

La Central de Rendimientos y Costes de la Agència Valenciana de Salut:

La Agencia Valenciana de Salud ha implantado a lo largo de los últimos ejercicios un nuevo modelo de organización, gestión y financiación de la sanidad pública valenciana que ha supuesto importantes cambios en la realidad organizativa y que obligan a realizar la adecuación paralela de los sistemas de información. En este escenario, la antigüedad y desfase del actual sistema de contabilidad y costes impiden su utilización en la medida que requiere y demanda la organización.

Es por ello que la Conselleria de Sanitat está trabajando en la actualidad en el diseño conceptual de un nuevo modelo de gestión de rendimientos y costes que, sobre la base de un nuevo sistema de contabilidad analítica, dará respuesta a las necesidades de información reales del sistema sanitario público. El sistema se construirá sobre un nuevo soporte adaptado a las nuevas tecnologías de la información y utilizará herramientas de gestión de rentabilidad y costes (*profitability and cost management*) del ámbito de la gestión del rendimiento (*performance management*) y se complementará con el uso de herramientas de inteligencia de negocio o BI (*business intelligence*), contemplando, entre otras, las siguientes funcionalidades:

- conocimiento de los costes generados en cada fase del circuito asistencial
- simulaciones ante distintos cambios o diversos escenarios (*what if*)
- elaboración de cuentas de resultados por departamentos, servicios, etc.
- trazabilidad de los distintos orígenes de coste
- comparación datos reales con los presupuestados

- detección de ineficiencias, costes de subactividad.
- consulta de la metainformación asociada al sistema
- a medio plazo, el conocimiento de los costes por proceso, por paciente e, incluso, por profesional.

La oferta de información a los usuarios se realizará a través de lo que constituirá la Central de Rendimientos y Costes de la Agencia Valenciana de Salud, que permitirá disponer de información puntual y detallada de la producción de servicios sanitarios en todos los centros de actividad de la red sanitaria, de la cuantía de los costes asociados así como de los costes unitarios por actividad. La Central será, por tanto, el portal de entrada y lugar de encuentro en el que se canalizarán todas las demandas de información de los usuarios, pero también proporcionará un entorno de trabajo colaborativo y cooperativo que permitirá el trabajo en equipo, la gestión de comunicaciones y relaciones de la Agencia con los usuarios así como la formación en herramientas y sistemas corporativos mediante e-learning.

Con todas estas premisas se pretende disponer de una herramienta catalizadora de sinergias que permitirá la mejora en la gestión del conocimiento, facilitará la colaboración y, con ello, ayudará a generar una mayor inteligencia colectiva, lo que ayudará a maximizar la rentabilidad del proyecto y facilitará el retorno de la inversión realizada.

5.16. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALITICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (COAN-HyD)

En Andalucía, a principios de los años 90, los hospitales del Servicio Andaluz de Salud inician el desarrollo de un sistema de contabilidad analítica que se introdujo finalmente en 1993 con el nombre de Coan-h. A lo largo de los años el sistema Coan-h se ha constituido en una fuente de información por centros de responsabilidad útil en la toma

de decisiones, tanto a nivel de los servicios hospitalarios como a nivel de las Direcciones de los hospitales y del Servicio Andaluz de Salud.

Por otro lado, los Distritos de Atención Primaria comienzan a desarrollar la contabilidad analítica de gestión bajo el sistema ICAP (Imputación de Costes en Atención Primaria) a partir del año 1997. Este sistema no llegó a tener el mismo grado de implantación y desarrollo que el hospitalario. Posteriormente, se decide implantar un único sistema común a hospitales y Distritos.

Es así como, en el año 2002, se implementa en todos los hospitales y Distritos del Servicio Andaluz de Salud el sistema COAN-HyD, modelo de contabilidad analítica corporativo del que se describen a continuación sus principales características.

OBJETIVO DE COSTE

La Contabilidad Analítica de Gestión del SAS tiene vocación de sistema integral en el que no solo tienen cabida los **costes** que se generan en los niveles micro de Hospitales y Distritos de Atención Primaria, sino que incorpora las variables que explican ese consumo: la **actividad asistencial** y los **profesionales**.

De esta manera, el sistema COAN-HyD se estructura de acuerdo con el siguiente esquema:

Figura 5: Organización de la información en el sistema de contabilidad analítica del Servicio Andaluz de Salud. 2010.



FUENTE: Información facilitada por la Subdirección de Presupuestos del Servicio Andaluz de Salud. 2010.

Un elemento fundamental en el sistema de Contabilidad Analítica del SAS es la *actividad asistencial* que realizan los profesionales, consumiendo unos recursos necesarios, recursos sobre los que a su vez hay que hacer la mejor gestión. El objetivo de coste en el sistema COAN-HyD se incluyen en los **centros de responsabilidad** definidos en la estructura organizativa de los centros hospitalarios así como en las **líneas de actividad asistencial**.

ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

El sistema de Contabilidad Analítica de Gestión del SAS se estructura en **Centros de Coste**.

El primer nivel de clasificación (Nivel 1) de los centros de coste en COAN-HyD es el siguiente:

1. Centros Básicos (centros normalmente estructurales de soporte al hospital).
2. Centros Intermedios (fundamentalmente las especialidades diagnósticas).
3. Centros Finales (especialidades con actividad final, de resultado sobre el paciente).
4. Centros Exteriores (centros que consumen recursos pero no aportan ningún tipo de actividad, ni directa ni indirecta, al hospital).

5. Primaria, exclusivamente en las Áreas de Gestión Sanitaria (centros con actividad asistencial de primaria: Centros de Salud y Consultorios). En este documento no se profundiza en esta tipología de centros de coste ya que el ámbito de estudio de este trabajo se limita al ámbito hospitalario.

A partir del Nivel 1 anteriormente descrito, los Centros se desagregan según catálogo estandarizado (Anexo 1). Los hospitales pueden tener líneas específicas, pero siempre por debajo de las estándares.

Se describen a continuación los aspectos más relevantes que caracterizan los distintos tipos de Centros de Coste:

- **Centros Básicos.** Son Centros que trabajan “a demanda”, como inductores de costes, es decir con criterio de Reparto.
- **Centros Intermedios.** En este grupo se incluyen centros inductores de costes y *Centros Mixtos*. Estos últimos son Especialidades que en los últimos años han desarrollado actividad asistencial final, ampliando su ya conocida actividad diagnóstica (p.e. Radiodiagnóstico realiza actividad de CMA, Medicina Nuclear tiene hospitalización y Consultas, además de la diagnóstica, etc.). No todos los Centros son obligatorios.

Las “Unidades de Hospitalización” son las plantas de enfermería: el hospital decide cuál es su mejor opción, desagregar varias plantas y luego inducir el coste o bien direccionar directamente al personal de enfermería a las especialidades, en su línea de actividad correspondiente.

En cuanto al “Área quirúrgica”, es un centro inductor de costes en el que se direccionan parte de los anestesiólogos, pero a la vez existe como especialidad final “Anestesiología y reanimación”. Desde el año 2009 existen los dos y proceden del antiguo “Área quirúrgica y anestesia”.

- **Centros Finales.** Todos los Centros finales son especialidades o unidades dependientes o independientes dictadas en Resoluciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS (p.e. Patología mamaria, Infecciosos, etc.) o bien especialidades sujetas a Decreto de Estructura del SAS (Salud Mental). Cada especialidad se subdivide en *Líneas de Actividad*. Las habituales son:

- Hospitalización.
- Consultas Externas.
- CMA.
- Pruebas Funcionales.
- Hospital Día Médico.
- Sesiones (de diálisis, de fisioterapia y rehabilitación, de oncología radioterápica).
- Hospitalización Domiciliaria.

La estructura de cada Hospital viene definida por su Cartera de Servicios, es decir, por su Actividad Asistencial, que a su vez está incluida en los Sistemas de Información Asistenciales Oficiales y Corporativos. Es de obligado cumplimiento que todas las líneas tengan su actividad correspondiente, según los catálogos para COAN-HyD.

- **Centros Exteriores.** Consumen recursos pero no producen ningún tipo de actividad, ni directa ni indirecta, al hospital. No son centros inductores de costes (no tienen criterio de reparto) ni tampoco tienen asignado Productos.

La estructura de Centros COAN-HyD responde fundamentalmente a la Cartera de Servicios de las especialidades. La estructura organizativa puede ser (y de hecho lo es) una mezcla de formas de gestión micro en la que conviven la Especialidades, las Unidades de Gestión Clínica, la atención integral primaria-hospitalaria en determinadas áreas de conocimiento, la gestión de especialidades a nivel Provincial, etc.

Esta manera de articular la Organización (no sólo los Hospitales) ha sido la que ha marcado la estructura COAN-HyD: Estándar, según Cartera de Servicios, por líneas de actividad, codificada teniendo en cuenta los Sistemas Asistenciales, etc. Cualquier estructura funcional de la que se necesite información es susceptible de ser creada en COAN-HyD reclasificando su estructura base.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

Los costes incluidos en el sistema de contabilidad COAN-HyD se clasifican, según su naturaleza, en *costes de Personal, Fungible, Fármacos, Consumos, Mantenimiento Directo/Contratas, Prestaciones y Costes No presupuestarios*. Hasta el momento, **no** se imputan costes por la **amortización** del inmovilizado.

Al igual que la estructura de Centros COAN-HyD están estandarizados, el Servicio Andaluz de Salud está trabajando para que en el año 2011 toda la estructura de cuentas sea la del “Catálogo Universal del SAS”. Con ello se consigue que el coste y su “ubicación” (la cuenta) sea inequívoca, que se automatice con la salida del sistema SIGLO (Sistema Integral de Gestión Logística, que incorpora el catálogo para los artículos) de manera automática y que su explotación sea en cierto modo parecida a los de los costes de Capítulo de personal.

En los hospitales la información normalmente se introduce **automáticamente** en la aplicación COAN-HyD, aunque alguna puede alimentarse de forma manual. Determinada información, como la procedente de “personal”, se carga de forma automática obligatoriamente.

A. COSTES DE PERSONAL

Se incluyen **todos los costes** que para el SAS representa cada profesional, incluidos las Retribuciones y los Complementos, la Atención Continuada, los Incentivos y la Seguridad Social.

B. FUNGIBLE

En este apartado se incluyen los **productos sanitarios y no sanitarios**, clasificados de la siguiente forma:

- Genérico.
- Médico:
 - Prótesis e Implantes.
 - Reactivos de Laboratorio.
 - Placas Radiológicas.
 - Otros Fungibles Médicos.
- Enfermero.
- Otro Fungible.

C. FÁRMACOS

Se incluyen en este apartado los fármacos de **consumo interno** y de **pacientes ambulatorios** (NO Recetas):

- Fármacos Consumo Interno.
- Fármacos Pacientes Ambulatorios.

D. CONSUMOS

Se incluyen en este apartado todos los **consumos** con la siguiente clasificación:

- Comunicaciones.
- Víveres.
- Agua.
- Electricidad.
- Carburante.
- Dietas y Kilometraje.
- Gases Medicinales.
- Cursos de Formación.
- Arrendamiento.
- Tributos.
- Otros Consumos.

E. MANTENIMIENTO DIRECTO/CONTRATAS

Incluye los **servicios de mantenimiento directo/contratas** contratados de cada tipo (la contratación puede ser menor) estructurados de la siguiente forma:

- Limpieza
- Desratización
- Seguridad
- Mantenimiento
- Lavandería
- Cocina
- Archivo y Documentación Clínica
- Transporte Mercancías
- Otras Contratas

F. PRESTACIONES

Incluye los **servicios contratados** de cada tipo (la contratación puede ser Menor), clasificándose de la siguiente forma:

- Transporte:
 - Ordinario.
 - Sanitario.
- Ortopedia.
- Terapias Oncológicas.
- Ventiloterapia.
- Análisis Clínicos.
- Diagnósticos por Imagen.
- Diálisis.
- Logopedia.
- Otras prestaciones.

F. COSTES NO PRESUPUESTARIOS

Son costes que no estando en el presupuesto del hospital, los consume y los gestiona el centro hospitalario. Incluye:

- Contratos centralizados.
- Banco de Sangre.
- Formación e Investigación.
- Radiofármacos.
- Otros costes no presupuestarios.

METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

El modelo de imputación de costes que utiliza el COAN-HyD para recoger el consumo de recursos total de un centro de responsabilidad, se estructura en la imputación o direccionamiento directo y la repercusión indirecta de costes que se produce entre los servicios vía **matricial**.

La incorporación directa de costes en las líneas de actividad de las especialidades (o el último nivel de desagregación de la estructura COAN-HyD) son los Costes directos o controlables.

Dado que el sistema COAN-HyD es una herramienta de gestión, se marca como criterio general incluir en lo posible el máximo de los costes de forma directa. Según su naturaleza, algunos serán controlables y otros menos, pero se tratan todos como costes presupuestables, seguibles y evaluables.

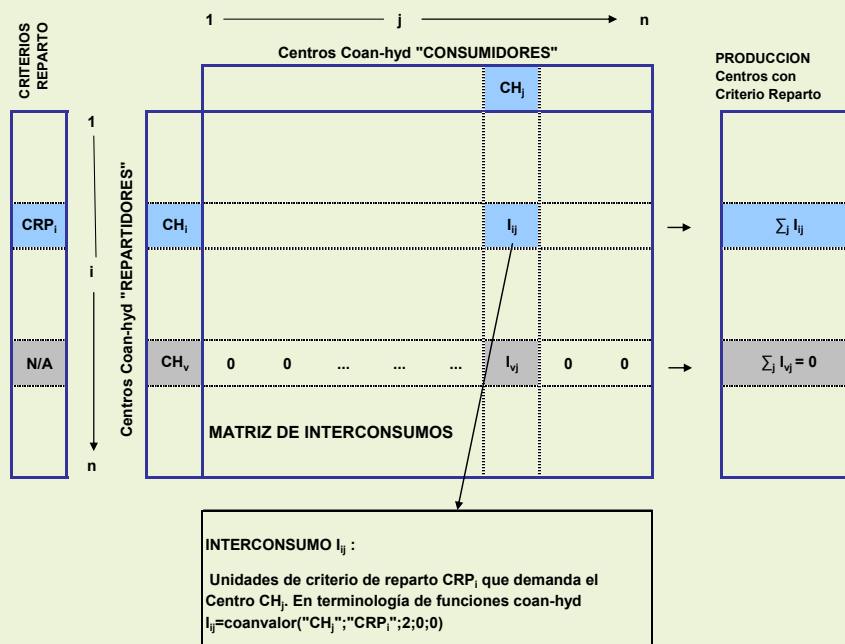
Como ejemplo, algunos criterios son:

- Todos los facultativos especialistas deben incluirse en las líneas de actividad de su especialidad.
- Los MIR se direccionan a la especialidad elegida. Dado que se producen múltiples rotaciones, el criterio es posicionarlo en la especialidad elegida.
- Las guardias se imputan en las líneas de hospitalización. Hay excepciones: por ejemplo, especialidades sin hospitalización en Hospitales Comarcales y guardias localizadas.
- En los centros de responsabilidad de cocina, lavandería, mantenimiento... (los básicos), se incluyen todas las contrataciones ya que posteriormente se

imputarán como costes indirectos. La idea es tener precios de Kg. de ropa, dieta, etc.

La caracterización de líneas/centros en “básicos/intermedios” (con criterio de reparto), en “finales” (con producto) o en “centros exteriores” (consumidores de recursos sin producir) da lugar a los interconsumos, a las unidades demandadas de criterios de reparto. En el COAN-HyD no existe una jerarquía previa de líneas/centros, de modo que cualquiera puede ser un centro “repartidor” o “consumidor”, por lo que los interconsumos se disponen en la denominada “**MATRIZ de Interconsumos**”. Los criterios de reparto son estándares y homogéneos para todos los hospitales.

Figura 6: Matriz de interconsumos del sistema de contabilidad analítica del Servicio Andaluz de Salud. 2010.



FUENTE: Información facilitada por la Subdirección de Presupuestos del Servicio Andaluz de Salud. 2010.

El método utilizado para el cálculo de costes totales es la conversión de la matriz de interconsumos en valor monetario (€) y, mediante *iteraciones sucesivas*, ir descargando

dicha matriz económica como costes indirectos. Se ha comprobado que a la undécima iteración el valor a repercutir es nulo.

Para los centros “repartidores” que tienen adscrito un criterio de reparto (básicos, intermedios, o dispositivos de gestión en Atención Primaria) se consideran los costes primarios generados en la primera imputación matricial de costes. El coste unitario de producto de este tipo de centros COAN-HyD se obtendrá mediante el cociente de su coste primario y las unidades de su criterio de reparto demandadas en el total del Centro Asistencial.

En los centros finales o exteriores el coste total se compone de los costes directos controlables y los costes indirectos repercutidos sucesivamente. El coste unitario del producto de una línea COAN-HyD final será el cociente del coste total y las unidades producidas por dicha línea COAN-HyD.

CRITERIOS DE REPARTO

El Servicio Andaluz de Salud ha definido para cada centro de coste básico e intermedio contemplado en la estructura del sistema COAN-HyD un único criterio de reparto, bien basado en **Catálogos de Productos** valorados en Unidades Relativas de Valor (URV) o bien en unidades específicas (p.e. superficie, nº de profesionales, puntos GRD de CMA, fármacos, etc.) (Anexo 3).

Como resumen:

La metodología de imputación o direccionamiento de costes en el sistema COAN-HyD se basa en varios puntos:

- a) Tipo de coste controlable o directo a incluir.
- b) Especialidad y Línea de actividad (hospitalización, consultas, CMA,...) de la estructura COAN-HyD donde se incluye.
- c) Criterio de reparto: tipo de unidades a incluir (Kg de ropa, dietas, URVs, superficie,...) o Interconsumos.
- d) “Centro peticionario” donde se incluyen los interconsumos.

Los costes directos (a y b) así como los indirectos (c y d) siguen unos criterios de calidad definidos y comunes para todos los Hospitales (y Distritos de Atención Primaria). Éstos están definidos en el manual del Módulo C3 (Control Calidad Coan): Controles que pasan todos los sistemas COAN-HyD al menos dos veces al año (mitad y cierre) y que aporta un rigor común a la hora de alimentar costes directos o indirectos (y actividad asistencial, profesionales, outliers,...) y en la posterior explotación de dicha información.

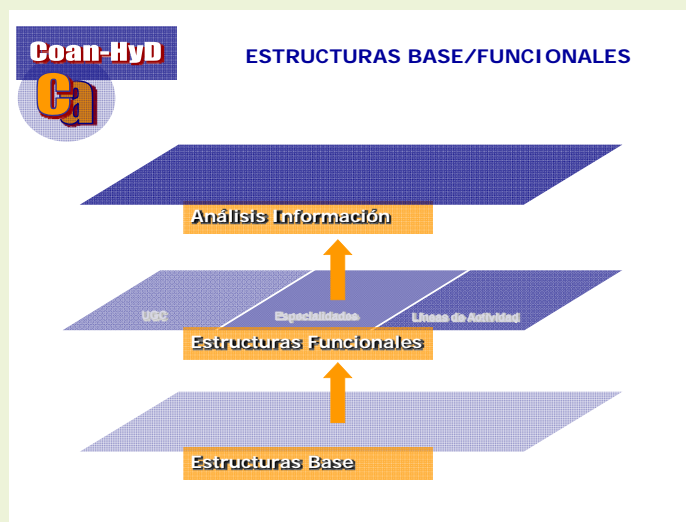
SISTEMAS INFORMÁTICOS

El **software** que soporta el COAN-HyD es desarrollado a medida pudiendo introducir modificaciones o nuevos desarrollos. Es un sistema que está innovando y absorbiendo los cambios organizativos y de estrategia del SAS. Su versatilidad y adaptabilidad hacen de él un sistema actual.

Toda la explotación que ofrece el sistema de contabilidad analítica es **mensual**. Normalmente los informes se presentan en Excel, por el conocimiento generalizado y la disponibilidad que se tiene del paquete Office. La información que está en COAN-HyD puede explotarse, bien aisladamente, o relacionándola para diseñar Indicadores que ayuden a la gestión.

Además, cualquier análisis de la información se puede hacer desde distintas perspectivas funcionales, reclasificando la **estructura base** del sistema:

Figura 7: Estructura base del sistema de contabilidad analítica del Servicio Andaluz de Salud. 2010.



FUENTE: Información facilitada por la Subdirección de Presupuestos del Servicio Andaluz de Salud. 2010.

Éstas son las líneas que marcan los diseños de los informes de COAN-HyD. Para ello se dispone de la información en todos los niveles de la estructura (p.e. los laboratorios, la CMA de Urología, todas las líneas de Hospitalización, etc.) en formato tabla dinámica con Herramienta OLAP. En concreto:

- Módulo SIENA: Incluye toda la información relativa a profesionales, desde sus costes a la subcategoría (Médico, Matrona, celador,...), la situación laboral (De baja, en activo, ...), la edad, el género, etc.
 - Importes: -----
 - Profesionales: -----
 - Reparto actividad: ----
 - Horas de Atención Continuada: ----
- Microdato: Todos los datos de costes, actividad, interconsumos,...
- Costes Totales.
- Costes Indirectos: Procedencia de los costes indirectos.
- Etc.

En COAN-HyD se dispone de los costes totales como una cuenta más de la aplicación (como personal o fármacos). El módulo de explotación permite analizar los costes totales, los unitarios cuando se relaciona con el producto, o ver la procedencia de los costes indirectos (cuánto del coste total de la línea de hospitalización de Urología procede de laboratorios, o de limpieza, etc.).

El Sistema de Contabilidad Analítica del SAS que se ha descrito anteriormente se soporta en la **aplicación COAN-HyD** en el caso de los centros hospitalarios. Cuando la información está centralizada, algunos de los software desarrollados por el Servicio Andaluz de Salud destacables por su estabilidad y uso son:

- Módulo C3 (Control Calidad COAN).
- SIENA (Sistema Integral de Explotación de Nóminas Avanzado).
- INFORCOAN (sistema transparente y estructurado de información COAN desde el año 1999, ubicado en el portal CEGES, accesible desde todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía).

Cuando en los servicios de apoyo del SAS se centralizan los COAN-HyD procedentes de los centros hospitalarios, como paso previo se establecen unas exigencias de calidad, filtro sin el cual no pasa a incluirse en la **base central**.

Este sistema se desarrolla en el MÓDULO C3. Los contrastes se hacen con los costes, la actividad y los profesionales. No es posible tener costes sin actividad asistencial o sin profesionales que los generen. Además los datos que proceden de otros sistemas oficiales corporativos (p.e. CMBD, INFHOS, etc.) deben coincidir exactamente con la información incluida en COAN-HyD.

En general, el Sistema de Contabilidad Analítica de Gestión COAN-HyD se ha desarrollado de la mano de las diferentes estrategias del SAS, incorporándolas para dar respuesta a las necesidades de la Organización en todos los niveles de ésta.

6. ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA

En el apartado anterior se han presentado las características principales de los sistemas de contabilidad analítica implantados en los hospitales de los distintos Servicios Regionales de Salud, describiendo el objetivo de coste, la estructura del sistema, la metodología de imputación de costes y las características del sistema informático empleadas en cada caso.

En este apartado se desarrolla un análisis comparado de los SCA, identificando los *elementos comunes* y *diferenciadores* de cada uno de ellos. En este análisis se hará hincapié en aquellos **aspectos** que resultan **críticos** de cara a una **posible propuesta de normalización** de un conjunto de datos mínimos básicos de costes hospitalarios del SNS, de acuerdo con la estructura y funcionamiento actual de sus centros sanitarios, señalando asimismo las lagunas de información que se han encontrado al realizar este trabajo.

6.1. OBJETIVO DE COSTE

En la actualidad, exceptuando el sistema de contabilidad de INGESA, todos los SCA implantados en los diferentes Servicios Regionales de Salud permiten obtener información de costes por **centro de responsabilidad**, por **línea de actividad asistencial** y por **proceso**, entendiendo éste último como el coste medio de todos los pacientes que han sido dados de alta en un determinado GRD, en función de los pesos medios de cada GRD.

En los hospitales de INGESA, el SCA implantado permite obtener información del consumo de recursos por centro de responsabilidad, no siendo factible por el momento obtener estimaciones de costes con un mayor nivel de desagregación.

El Sistema GESCOT® permite obtener información de costes **por paciente** en los siguientes Servicios Regionales de Salud:

- Servicio Cántabro de la Salud.
- Servicio Madrileño de la Salud, Servicio
- Servicio Murciano de Salud.
- Servicio Riojano de Salud.
- Servicio Canario de Salud (Proyecto CANTONERA).

El objetivo de coste del Sistema de Información Económica de la Agencia Valenciana de Salud se diferencia del resto de los SCA en su definición, centrándose este sistema de contabilidad en el análisis de las actividades que se realizan en hospital en cada uno de los centros de actividad y coste (CAC) y en la obtención del **coste por unidad de producción**. La información del consumo de recursos por centro de responsabilidad y línea de actividad asistencial se obtiene mediante agrupaciones normalizadas de los costes que se generan en las unidades básicas del sistema.

La tabla 8 muestra un resumen de los objetivos de coste de los distintos SCA, según la información facilitada por cada uno de los Servicios Regionales de Salud en el protocolo de recogida de información utilizado en el desarrollo de este proyecto:

Tabla 8: Objetivo de coste de los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	Centro de responsabilidad	Líneas de actividad asistencial	Proceso ¹	Paciente ²	Otros
▪ Sistema GESCOT®:					
- Servicio Aragonés de Salud	⊗	⊗	⊗		
- Servicio Balear de Salud	⊗	⊗	⊗		
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León	⊗	⊗	⊗		
- Servicio Cántabro de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗ ³	
- Servicio Gallego de Salud	⊗	⊗	⊗		
- Servicio Madrileño de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗	
- Servicio Murciano de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗	
- Servicio de Salud Principado de Asturias	⊗	⊗	⊗		
- Servicio Riojano de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗	Coste unitario por prueba y por producto
- Servicio Canario de la Salud (CANTONERA)	⊗	⊗	⊗	⊗	
▪ Sistemas en plataforma SAP:					
- Servicio Extremeño de Salud	⊗	⊗	⊗		
- INGESA	⊗				
- Servicio Vasco de Salud (ALDABIDE)	⊗	⊗	⊗		
▪ Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	⊗	⊗	⊗		Coste por unidad de producción (CUP)
▪ Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)	⊗	⊗	⊗		Coste unitario por producto

(1) Se entiende por Coste por Proceso el coste medio de todos los pacientes que han sido dados de alta en un determinado GRD, en función de los pesos medios de cada GRD.

(2) La información de coste por paciente que se obtiene en los distintos SCA puede ser muy diferente entre sí, alcanzando distintos niveles de precisión en la estimaciones realizadas dependiendo de la bondad del grado de desarrollo de los sistemas de información en cada uno de los centros hospitalarios.

(3) Dependiendo de la bondad de la información registrada.

Algunos Servicios Regionales de Salud han ofrecido información del objetivo final de sus sistemas de contabilidad analítica, buscando generalmente una mayor precisión en la estimación del coste por paciente o por proceso:

- Por su parte, el Servicio Aragonés de Salud explicita que el objetivo final de su SCA es la obtención del coste por paciente; en la actualidad no dispone de información del consumo de recursos a este nivel de desagregación.
- El Servicio Madrileño de la Salud plantea como objetivo futuro de su sistema de contabilidad la estimación del coste por actividad y proceso asistencial.
- Así, el Servicio Murciano de Salud establece como objetivo final de su SCA la obtención del ‘coste por GRD’ o ‘coste por servicio’ mediante la agregación del coste de los pacientes atendidos.
- La Agencia Valenciana de Salud establece como objetivo final la obtención del coste por paciente a partir de la agregación del coste unitario de las actividades que se le realizan.

6.2. ESTRUCTURA

DENOMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

DENOMINACIÓN

En todos los Servicios Regionales de Salud en los que se ha implantado el sistema GESCOT®, los centros de coste reciben la denominación de **Grupos Funcionales Homogéneos (GFH)**.

En los SCA implantados en plataforma SAP, las unidades básicas del sistema de contabilidad se denominan de forma genérica como **Centros de Coste**, con pequeñas diferencias en algunos casos (en ALDABIDE bajo las siglas CdC; en el Servicio Extremeño de Salud son llamados Centros de Coste y Actividad o CeCo's).

En los SCA desarrollados a medida (no comerciales) los centros de coste reciben diversas denominaciones: el sistema COAN-HyD del Servicio Andaluz de Salud también denomina a sus unidades básicas como “Centros de Coste”, mientras que en el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud reciben el nombre de **Centros de Actividad y Coste (CAC)**.

CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE

En cuanto a la clasificación de los centros de coste utilizada por los distintos SCA cabe destacar que, con independencia de las denominaciones empleadas en cada caso, en todos los sistemas de contabilidad se contempla la siguiente tipología de centros:

- Centros que realizan funciones de *dirección o administración* y no generan un producto definible y facturable a otros centros de coste. En la fase de imputación reparten todos sus costes. Estos centros suelen denominarse **estructurales o básicos**.
- Centros que realizan una función *logística o asistencial*, con producto definible y facturable a otros centros de coste. En la fase de imputación reparten todos sus costes. Estos centros suelen denominarse **intermedios**.
- Centros que realizan la *actividad clínica principal* del centro hospitalario. En la fase de imputación sólo reciben costes, sin poder imputar nada salvo por medio de las interconsultas. Estos centros suelen denominarse **finales**.

Adicionalmente, algunos SCA contemplan en su estructura, la definición de centros de coste **intermedios-finales** que, por la naturaleza de la actividad asistencial que realizan, *pueden facturar internamente o no* a otros centros de coste. En la fase de imputación

pueden repartir todo, parte o ningún coste. Esta tipología de centro de coste es propia del Sistema GESCOT®.

Hay SCA en los que se incorporan en la estructura del sistema otra tipología de centros de coste, que recogen *consumos de recursos que no se repercuten* en el centro hospitalario. Con la definición de estos centros, esta particularidad queda reflejada en el proceso de estimación de costes, quedando dichos consumos “separados” del resto de costes hospitalarios, actuando por tanto como detractores del gasto total del hospital. Se definen centros con estas características en los siguientes sistemas de contabilidad:

- En el sistema COAN-HyD del Servicio Andaluz de Salud se definen **centros exteriores** que consumen recursos pero no producen ningún tipo de actividad, ni directa ni indirecta, al hospital. No son centros inductores de coste (no tiene criterio de reparto) ni tampoco tienen asignados productos.
- En el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud se definen **centros no imputables**, donde se agrupan los costes que no deben repercutirse en el centro hospitalario, pero cuya actividad se realiza utilizando sus recursos sanitarios y administrativos.

Entre los costes no imputables en el SIE-AE se contempla el consumo de algunos recursos que en otros SCA se recogen en centros de costes que participan en el proceso de imputación. En este sentido, conviene destacar el tratamiento como coste no imputable de la Docencia e Investigación en el SIE-AE. Esta circunstancia no se produce en los demás SCA, donde se definen centros de coste estructurales con criterios de imputación específicos (p.e. en COAN-HyD; Fundación Hospital de Manacor del Servicio Balear de Salud) o centros finales (p.e. en el C.H.A. Marcide del Servicio Gallego de Salud; Servicio Madrileño de Salud; Servicio Riojano de Salud; Hospital Morales Meseguer del Servicio Murciano de Salud) para recoger

estos costes. En el Servicio Aragonés de Salud la Docencia y la Investigación constituyen áreas de producción.

Otros costes clasificados en centros no imputables en el SIE-AE, son en cambio incorporados en centros de costes estructurales, intermedios o finales en otros SCA, como es el caso de:

- Servicios Sociales.
- Sentencias (incorporado en “Asesoría Jurídica” en otros SCA).
- Mortuorio.
- Complementos de pensión de personal sanitario no facultativo.
- Medicamentos para SIDA (incluidos en otros SCA en centros de coste relacionados con esta patología).
- Escuela de Enfermería.
- Farmacología Clínica.

En algunos SCA se permite además la creación de otra tipología de centros de coste que se definen para *solventar situaciones* de inconsistencia en el desarrollo del proceso. Estos centros suelen denominarse **auxiliares de reparto**. Se establecen centros de estas características en Servicio Canario de Salud (Proyecto Cantonera) y en el Servicio Extremeño de Salud.

En el Servicio Aragonés de Salud, Servicio Madrileño de Salud, Servicio Riojano de las Salud y en el Proyecto CANTONERA, se crean **Unidades de Explotación Analítica (UEA)**, que agrupan costes de distinta naturaleza bajo un mismo concepto, que con carácter general tienen la condición de estructura (p.e. edificios, zonas comunes). Se trata de costes para los que no se puede crear un GFH, por no tener la consideración de unidad mínima de gestión.

La tabla 9 muestra las tipologías de centros de coste definidos en los distintos SCA:

Tabla 9: Clasificación de los centros de coste en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	Estructurales o Básicos	Intermedios	Finales	Intermedios-Finales	Auxiliares de reparto	Unidades Explotación Analítica	Otros
▪ Sistema GESCOT®:							
- Servicio Aragonés de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗		⊗	Ficticios
- Servicio Balear de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗			Ficticios
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León	⊗	⊗	⊗				
- Servicio Cántabro de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗			
- Servicio Gallego de Salud	⊗	⊗	⊗				Ficticios
- Servicio Madrileño de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗		⊗	Ficticios
- Servicio Murciano de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗			Ficticios
- Servicio de Salud Principado de Asturias	⊗	⊗	⊗				
- Servicio Riojano de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗		⊗	Ficticios
- Servicio Canario de la Salud (CANTONERA)	⊗	⊗	⊗		⊗	⊗	
▪ Sistemas en plataforma SAP:							
- Servicio Extremeño de Salud	⊗	⊗	⊗		⊗		
- INGESA	No se ha definido, por el momento, una clasificación precisa de centros de coste.						
- Servicio Vasco de Salud (ALDABIDE)	⊗	⊗	⊗				
▪ Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	⊗	⊗	⊗				No imputables
▪ Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)	⊗	⊗	⊗				Centros exteriores

En la mayoría de los SCA implantados, la estructura de centros de coste definida **se corresponde con la estructura organizativa** de los centros hospitalarios.

No obstante, se producen las siguientes excepciones al respecto:

- En el Servicio Madrileño de Salud, el Servicio Aragonés de Salud, el Servicio Gallego de Salud (C.H.A. Marcide), el Servicio Balear de Salud (Hospital Fundación Manacor), el Servicio Murciano de Salud y el Servicio Riojano de Salud (Hospital J.M. Morales Meseguer) se incorporan centros de coste

ficticios que no se corresponden con la estructura organizativa de los hospitales (fundamentalmente, centros de Atención Primaria y Centros Ajenos).

Al comparar la estructura de centros de los SCA, se observa que el consumo de recursos que se recogen en los centros *ficticios* “Atención Primaria” y “Centros Ajenos” se detraen en otros SCA como *centros exteriores* (en COAN-HyD) o *centros no imputables* (en SIE-AE).

En el caso de que los centros ficticios pudieran recibir costes de otros centros o bien repercutirlos mediante criterios de reparto, se producirían diferencias en el tratamiento de los consumos que incluyen.

LÍNEAS DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y ÁREAS ESPECÍFICAS DE LA ESTRUCTURA DE CENTROS DE COSTE

Finalizado el proceso de imputación, todos los costes del hospital quedan recogidos en los centros finales o líneas de actividad asistencial, la comparativa de los mismos en los diferentes SCA resulta, por tanto, esencial de cara a comparar los componentes del coste incluidos en los costes unitarios de cada uno de sus productos definidos.

En la tabla 10, se muestran las **líneas de actividad ó áreas de producción final** definidas en las estructuras de centros de los diferentes SCA.

En todos los SCA de los que se dispone de información sobre este aspecto, se encuentran definidas las líneas de actividad de hospitalización, CMA ó actividad ambulatoria y consultas como centros de producto final, sin embargo, las diferencias radican en que si para una misma especialidad existen otras líneas de producción final, como es el caso de la ‘dispensarización de medicamentos a pacientes externos’ (DPA) en los SCA con modelo

GESCOT®, este coste es detraído del resto de centros finales de la especialidad correspondiente mientras que en los demás SCA este coste queda incluido como coste directo de las líneas de actividad en las que se ha estructurado la especialidad (pe, en COAN-HyD).

A efectos de comparabilidad del coste unitario de alguna línea de actividad clave como es el caso de la hospitalización, la CMA y/o las urgencias la profundización en el análisis de este aspecto resulta esencial pues pueden estar incluyéndose o detrayéndose partidas de coste importantes por el hecho de estructurar los centros de actividad finalista de forma diferente.

Cómo puede observarse en la tabla 11, referida al tratamiento que los diferentes SCA realizan del **Área Quirúrgica**, aunque todos contemplan la CMA como línea de actividad finalista de los centros de especialidades, el incluir o no la cirugía menor ambulatoria como un centro de coste finalista más (p.e. C. H. A. Marcide-SERGAS, Servicio Riojano de Salud) resulta en el efecto anteriormente descrito de detraer o incrementar el coste de la línea de actividad bien de CMA, Consultas, u Hospital de Día, dependiendo de dónde el hospital o el Servicio Regional de Salud haya considerado que se realiza esta actividad.

Respecto al **Área de Urgencias**, la tabla 12 muestra la variabilidad entre los SCA a la hora tanto de la estructuración en centros de coste como de la tipología de los mismos y su unidad de producto. Potencialmente no es lo mismo diferenciar entre dos centros de coste las urgencias ingresadas de las no ingresadas y que ambos sean finalistas, que tratar las urgencias ingresadas como centro intermedio que imputa a la línea de hospitalización de cada especialidad y considerar las urgencias no ingresadas como centro finalista. En el primer caso a la línea de hospitalización no se les imputan los costes de las altas cuyo ingreso procedía de urgencias mientras que en el segundo sí, en cuyo caso el coste de la hospitalización resultaría afectado.

Tabla 10: Líneas de Actividad o Áreas de Producción definidas en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	Hospitalización	CMA/Ambulatoria	Hospital de Día	Pruebas funcionales	Procedimientos Extraídos	Consultas externas	Urgencias	Docencia	Investigación	DPA
▪ Sistema GESCOT®:										
- Servicio Aragonés de Salud	⊗	⊗			⊗ ¹	⊗		⊗	⊗	
- Servicio Balear de Salud	⊗	⊗	⊗			⊗	⊗			⊗
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León										
- Servicio Cántabro de Salud										
- Servicio Gallego de Salud ²	⊗					⊗				
- Servicio Madrileño de Salud	⊗	⊗	⊗			⊗		⊗	⊗	⊗
- Servicio Murciano de Salud	⊗	⊗ ³		⊗		⊗				⊗
- Servicio de Salud Principado de Asturias										
- Servicio Riojano de Salud	⊗					⊗				
- Servicio Canario de la Salud (CANTONERA)	⊗	⊗	⊗			⊗				⊗
▪ Sistemas en plataforma SAP:										
- Servicio Extremeño de Salud										
- INGESA										
- Servicio Vasco de Salud (ALDABIDE)	⊗					⊗	⊗			
▪ Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	Se definen CAC con un nivel de desagregación mayor (tanto en centros de tipo logístico, diagnóstico y asistencial finalista) todos ellos con Unidades de Producción específicas.									
▪ Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)	⊗	⊗	⊗	⊗		⊗				

(1) Recoge "Hemodinámica cardiaca" y "Oxigenoterapia", según consta en la estructura de centros de coste. **(2)** En todas las Especialidades del Hospital C.H.A.Marcide–Novoa Santos se definen las líneas de Hospitalización y Consultas, aunque en algunas de ellas se definen además otros centros de coste finales en

los que no se identifica la línea de actividad asistencial a la que corresponden (p.e. en la Especialidad de Nefrología). (3) Se recogen aquí dos centros de coste finalistas: uno de asistencia ambulatoria y otro de cirugía (p.e. en la Especialidad de Oftalmología).

Tabla 11: Centros de coste del Área Quirúrgica definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Centros de Coste	GESCOT®						SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)
▪ QUIRÓFANOS	Intermedio	Intermedio	Intermedio	Intermedio excepto quirófano experimental que es final	Intermedio	Intermedio	Servicio central asistencial ¹	Intermedio
▪ UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA	Área de Producción "AMB"	Intermedio ²	Final ³	Intermedio		Intermedio	Servicio central asistencial ⁴	Intermedio ⁵
▪ Unidad de Cirugía sin ingreso/secretaria		Estructural						
▪ U. Enfermería QUIROFANOS			Intermedio		Intermedio ⁶	Intermedio		
▪ Cirugía Ambulatoria en Especialidades con actividad quirúrgica	Área de Producción "AMB"	Final	Final	Final	Final ⁷	Final		Final (CMA)
▪ Cirugía menor en Especialidades con actividad Quirúrgica			Final			Final		
▪ Quirófanos en centros finales de especialidades con línea de actividad quirúrgica		Intermedios				Intermedio		

(1) En el SIE-AE todos los CAC de quirófanos se denominan "Bloque Quirúrgico". (2) Centro de coste denominado "UNITAT DE CIRURGIA S/INGRÉS". (3) Centro de coste denominado "Unidad de Corta estancia". (4) Se recoge aquí el CAC "Bloque Quirúrgico CMA". (5) Se recoge aquí el centro de coste "Hospital de día quirúrgico". (6) En la agrupación HOS de centros de coste destina a enfermería, se define un centro denominado "Unidad de Enfermería Quirófanos". (7) Se definen centros de coste denominados "Atención ambulatoria" en los que se supone se incorpora la cirugía ambulatoria de aquellas Especialidades que realizan actividad quirúrgica. En estas Especialidades se definen además otros centros de coste finales denominados "Cirugía" (p.e. en Oftalmología y Dermatología).

Tabla 12: Centros de coste del Área de Urgencias definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Centros de Coste	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA	Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD) ¹
▪ Urgencias	Intermedio	Intermedio (Urgencias Ponderadas)	Final	Intermedio/Final	Intermedio (Urgencias Ponderadas)	Intermedio/Final (urgencias ingresadas ponderadas)	Intermedio/Final (nº Urgencias Ingresadas)	Centros de Urgencias	Final
▪ Urgencias Obstétricas y Ginecológica									Final
▪ Urgencias Pediátricas	Intermedio								Final
▪ Urgencias Traumatológicas	Intermedio								Final
▪ Urgencias		Final							
▪ Urgencias en centros de responsabilidad final		Intermedio (Porcentaje ó urgencias ponderadas)							
▪ Urgencias en centros de responsabilidad final		Final							
▪ U. Enfermería de Urgencias			Intermedio (Porcentaje)						
▪ Guardias Urgencias			Intermedio (Porcentaje)						
▪ Urgencias Hospitalización				Final					
▪ Urgencias Docencia				Final					
▪ Urgencias Investigación				Final					

Centros de Coste	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA	Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD) ¹
▪ Unidad de corta estancia urgencias						Final			
▪ Enfermería de unidad de corta estancia						Intermedio (Días de estancia)			
▪ Consultas alta resolución urgencias						Final			

(1) En el área de “Cuidados Críticos y Urgencias”, se definen los centros de coste de Urgencias que, como centro de actividad asistencial finalista mide su actividad por “Urgencias no ingresadas”.

COSTES SEGÚN NATURALEZA

En este epígrafe se compara la tipología de **costes incluidos** en los diversos SCA atendiendo a su naturaleza. La clasificación de los costes incorporados a la contabilidad analítica es diversa en los distintos Servicios Regionales de Salud, aunque es habitual la diferenciación entre los costes de *personal* y aquellos consumos que se producen en el normal *funcionamiento* de los centros hospitalarios, pudiendo establecerse en estos últimos distintos niveles de desagregación (p.e. suministros, gastos de mantenimiento, prestaciones, etc.).

En este análisis, se establece una agrupación de los costes basada en la estructura de la contabilidad presupuestaria, habitual en el sector sanitario público español, con independencia de las denominaciones específicas utilizadas en los diversos SCA. Así, en la tabla adjunta se muestra la tipología de costes incluidos en cada sistema de contabilidad de acuerdo con la siguiente agrupación:

- Capítulo I: Personal.

- Capítulo II:
 - Bienes corrientes y servicios: suministros y servicios que consumen los centros sanitarios propios.
 - Conciertos de asistencia sanitaria: servicios complementarios a través de conciertos asistenciales y de transporte sanitario.

- Capítulo IV: convenios de colaboración y, fundamentalmente, entregas a familias e instituciones sin fines de lucro (entregas por desplazamiento, ortopedia, vehículos para minusválidos, etc.).

- Amortizaciones: se contempla de forma individualizada el coste de la amortización del inmovilizado.

Tabla 13: Costes según su naturaleza incluidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	CAPITULO I	CAPITULO II		CAPITULO IV	Amortizaciones
	Personal	Bienes Corrientes y Servicios	Conciertos de asistencia sanitaria	Transferencias corrientes ¹	
▪ Sistema GESCOT®:					
- Servicio Aragonés de Salud	⊗	⊗	⊗		
- Servicio Balear de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León	⊗	⊗	⊗		
- Servicio Cántabro de Salud	⊗	⊗	⊗		⊗
- Servicio Gallego de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗	
- Servicio Madrileño de Salud	⊗	⊗	⊗		⊗
- Servicio Murciano de Salud	⊗	⊗	⊗		
- Servicio de Salud Principado de Asturias	⊗	⊗	⊗		⊗
- Servicio Riojano de Salud	⊗	⊗	⊗		(2)
- Servicio Canario de la Salud (CANTONERA)	⊗	⊗	⊗		
▪ Sistemas en plataforma SAP:					
- Servicio Extremeño de Salud	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
- INGESA	⊗	⊗	⊗		
- Servicio Vasco de Salud (ALDABIDE)	⊗	⊗	⊗		⊗
▪ Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	⊗	⊗	⊗	⊗	
▪ Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)	⊗	⊗	⊗	⊗	

(1) Transferencias corrientes: incluye las entregas a familias e instituciones sin fines de lucro (p.e. entregas por desplazamiento, ortopedia, vehículos para minusválidos, etc.) incluidos en el Capítulo IV de la contabilidad presupuestaria.

(2) Aunque anteriormente sí se realizaba, desde el año 2007 (año de apertura de un nuevo hospital) no se imputan costes por amortización del inmovilizado, aunque la aplicación lo permite.

Como puede observarse, todos los SCA implantados en los hospitales del SNS incorporan costes de personal (**Capítulo I**) así como el consumo de bienes corrientes, servicios y conciertos de asistencia sanitaria (**Capítulo II**).

En cambio, sólo se incorporan los costes de transferencias corrientes (**Capítulo IV**) en cinco de los quince SCA que se contemplan en este trabajo. La incorporación del coste de la **amortización** del inmovilizado en la contabilidad analítica se contempla en seis SCA.

En relación con el coste de personal, destaca que aunque todos los SCA incluyen el coste de los profesionales que trabajan en los centros hospitalarios, no todos los sistemas de contabilidad incorporan los mismos **conceptos retributivos** en la estimación del coste/hora del personal, produciéndose diferencias entre ellos. Este criterio se define habitualmente en los SCA para asignar el tiempo de dedicación de los profesionales (p.e. en la asignación de costes de personal a nivel de paciente)

La tabla 14 muestra los conceptos retributivos que **se excluyen** del cálculo coste/hora en los SCA de los que se dispone de esta información:

Tabla 14: Conceptos retributivos excluidos del cálculo del coste/hora en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	Guardias	Atención continuada	Productividad variable, Carrera profesional, incentivos	IT	Cuota patronal	Otros
▪ Sistema GESCOT®:						
- Servicio Aragonés de Salud						
- Servicio Balear de Salud	⊗		⊗			Peonadas. Nocturnidad y Festivos. Resto variable.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León						
- Servicio Cántabro de Salud						
- Servicio Gallego de Salud	⊗					

- Servicio Madrileño de Salud						
- Servicio Murciano de Salud		⊗	⊗	⊗	⊗	Tardes.
- Servicio de Salud Principado de Asturias						
- Servicio Riojano de Salud				⊗	⊗	Prorrata extra. Varios.
- Servicio Canario de la Salud (CANTONERA)						
▪ Sistemas en plataforma SAP:						
- Servicio Extremeño de Salud						
- INGESA						
- Servicio Vasco de Salud (ALDABIDE)						
▪ Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)						
▪ Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)	No se excluye ningún concepto retributivo					

6.3. METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

SISTEMA DE IMPUTACIÓN

AFECTACIÓN DE COSTES

El análisis comparado de la afectación de costes se ha centrado en el tratamiento que se realiza de los *costes de personal* (guardias y MIR) y los *conciertos de asistencia sanitaria*, por considerarse que es en estos conceptos de coste donde se producen las principales diferencias entre los SCA.

A. PERSONAL

Durante la fase de afectación, en los distintos SCA la distribución de los costes de personal se realiza en función de la dedicación de los profesionales a los diferentes centros de coste. En este apartado, se resumen los aspectos más relevantes que se han podido identificar al respecto.

En los SCA que utilizan el sistema **GESCOT**[®], esta información se introduce en la aplicación a través de la “*plantilla para la distribución de los costes de personal*”, en función del porcentaje de dedicación del personal (p.e. en el Proyecto CANTONERA, en función de la información disponible los costes de personal se distribuyen: por empleado, por grupos de empleados, o mixta diferenciando en cada GFH por “empleado/grupos”). Para la realización de este trabajo no se ha dispuesto de la plantilla de distribución de los costes de personal de ningún SCA, no pudiéndose por tanto profundizar en las similitudes y diferencias entre los sistemas de contabilidad en la afectación de estos costes.

En el sistema **ALDABIDE** del Servicio Vasco de Salud, en aquellos casos en los que una persona desarrolle una actividad en varias áreas, se procederá a distribuir su coste en cada una de las áreas o servicios en función de los días efectivos trabajados en cada unidad que quedan registrados en el módulo de carteleras del sistema de información de RRHH (Gizabide). La distribución se realizaría a nivel de servicio y de persona.

El **SIE-AE** de la Agencia Valenciana de Salud, para distribuir los costes de personal mantiene actualizado el porcentaje de dedicación de los profesionales a los diferentes CAC del centro hospitalario. Este mantenimiento es fundamental puesto que el personal constituye una parte muy elevada del coste total de un CAC y, además, la transformación de la dedicación del personal en ETC sirve de criterio de reparto para muchos de los costes estructurales secundarios y en algún caso para los logísticos ambulatorios. El personal facultativo distribuye sus costes en función de su dedicación a los siguientes CAC, de acuerdo con el jefe clínico:

Hospitalización.

Asistencia ambulatoria.

Quirófanos.

Urgencias.

Laboratorios.

No se dispone de información sobre cómo se realiza la distribución de los costes de personal en los SCA del Servicio Extremeño de Salud, INGESA y Servicio Andaluz de Salud.

Distribución del coste de las Guardias y Atención Continuada del personal facultativo:

En todos los SCA, las Guardias se contemplan como uno de los conceptos retributivos que se incluyen en la nómina del personal que las realiza. En la contabilidad presupuestaria se incluyen, por tanto, en el Capítulo I (*Costes de personal*). No obstante, como se ha señalado anteriormente, este concepto retributivo se excluye del cálculo del coste/hora en algunos Servicios Regionales de Salud.

La información que se dispone sobre la distribución del coste de las Guardias entre los centros de coste en los distintos SCA, es muy escasa.

En el **SIE-AE** la atención continuada del personal sanitario facultativo se afecta distribuyendo su coste entre:

Urgencias.

Quirófano.

Hospitalización.

En el sistema **COAN-HyD** las guardias se imputan a las líneas de hospitalización. Hay excepciones, por ejemplo, especialidades sin hospitalización en hospitales comarcales y guardias localizadas.

En el C.H.A. Marcide del Servicio Gallego de Salud se definen centros intermedios para la distribución las Guardias según porcentaje. Sin embargo, no se ha dispuesto de información de los GFH receptores de los costes de estos centros.

En el modelo GECLIF se establecía que la distribución del coste debía considerar dos fases:

1. Distribución del coste por el concepto guardias: se asignará según la actividad realizada en Urgencias y Hospitalización (en el caso de mayores de 55 años el coste se asignará a consulta o a cualquier otra unidad distinta de las anteriores donde realicen su actividad).

2. El resto del coste se asignará a las diferentes áreas de actividad:

- Hospitalización (hospitalización + quirófanos)
- Consultas Externas (hospital y ambulatorios)
- Pruebas funcionales
- Investigación
- Docencia

Ya que el Sistema GESCOT® se basa en el modelo GECLIF, se puede suponer que los SCA que han implantado dicho sistema sigan estas pautas para distribuir el coste del concepto Guardias, pero no se ha podido contrastar esta hipótesis con los Servicios Regionales de Salud.

Distribución del coste del personal MIR:

La información disponible sobre la distribución del coste del personal MIR en los diferentes SCA es también muy escasa.

En el sistema **ALDABIDE** el personal MIR se asigna al servicio funcional de la especialidad en la que se estén formando, a excepción del personal MIR de *Medicina Familiar y Comunitaria* que son asignados a la Organización Central quedando codificados en el servicio “MIR/MEDICOS”.

En el **SIE-AE** el coste de los médicos internos residentes se afecta de la siguiente manera:

- El coste de los MIR *de Medicina familiar y comunitaria* no se afecta en el SIE-AE de atención especializada, ya que están incluidos dentro del presupuesto de los centros de gestión de atención primaria. En caso de que realicen la atención continuada en el hospital, se afectará el coste de las guardias al CAC donde las realizan.
- Con respecto a los médicos internos *residentes de otras especialidades*, su coste se afectará al CAC ‘Universidad y docencia’, durante los tres primeros años, salvo que el jefe del servicio considere que éstos realizan actividad para ese servicio, en cuyo caso el responsable deberá determinar el porcentaje de dedicación al CAC correspondiente. En caso de que realicen atención continuada en el hospital, se afectará su coste al CAC donde la realizan.

En el sistema **COAN-HyD** el personal MIR se direcciona a la especialidad elegida.

En el modelo GECLIF se establecía que el coste de los médicos residentes (MIR) se asignaría al GFH donde rotaran, utilizando los mismos criterios que el personal facultativo. Ya que el Sistema GESCOT® se basa en el modelo GECLIF, se puede suponer que los SCA que han implantado dicho sistema sigan estas pautas para distribuir el coste del personal MIR, pero no se ha podido contrastar esta hipótesis con los Servicios Regionales de Salud.

B. CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA

Como se ha señalado anteriormente, el gasto hospitalario por conciertos de asistencia sanitaria se recoge en el Capítulo II de la contabilidad presupuestaria. En la mayoría de los SCA, el coste de estos servicios se afecta a los centros del hospital como un coste directo.

No obstante, en algunos SCA se han definido centros de coste específicos (intermedios o finales) que recogen el consumo de estos servicios externos concertados, como se muestra en la tabla adjunta:

Tabla 15: Centros de coste de Conciertos de Asistencia Sanitaria en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Centro de coste			Servicio Regional de Salud			
Descripción	Clasificación	Criterio de imputación	GESCOT®			COAN-HyD
			Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	Servicio Andaluz de Salud
Mantenimiento interno concertado	-	Superficie		⊗		
Gestión de conciertos	-	Unidades de catalogo		⊗		
Diálisis concertada	Final		⊗		⊗	⊗
Conciertos	Final				⊗	
Oxigenoterapia	Final				⊗	
Radiología concertada (se agrupan diversos centros de coste)	Final o Intermedio	En algunos centros de coste, por URV's (Catálogo)			⊗	
RNM y TAC Logroño (camión)	Final				⊗	
RNM y TAC concertados ERESA	Intermedio	URV's (Catálogo)			⊗	

Como se puede observar, la información disponible sobre el tratamiento de los conciertos como centro de coste es confusa, lo que puede llevar a conclusiones erróneas en el análisis comparado de los SCA.

Así ocurre al valorar los conciertos de asistencia sanitaria constituidos como centros finales. Al no llegar a repercutirse estos costes en los centros peticionarios correspondientes, el SCA puede estar detrayendo el coste de dichos centros. Esta situación hace que el coste del centro peticionario no sea comparable con otros SCA en los que los conciertos han sido afectados como costes directos de los mismos.

La diálisis concertada es incorporada en algunos SCA (p.e. COAN-HyD; Servicio Madrileño de Salud) como línea de actividad asistencial del centro peticionario correspondiente.

MODELO DE IMPUTACIÓN DE COSTES

Una vez finalizada la fase de afectación, para desarrollar el proceso de imputación de costes de los centros estructurales e intermedios a los centros finales los SCA se puede optar por distintas metodologías, plasmando de un modo u otro las relaciones existentes entre los centros.

- Todos los Servicios Regionales de Salud que han implantado el sistema **GESCOT®**, utilizan en esta fase un modelo de imputaciones recíprocas, también denominado **“matricial”**. En este modelo, todos los GFH pueden repartir sus costes teniendo en cuenta la actividad que se realiza, recogiendo todas las interrelaciones recíprocas que existen entre los centros.

GESCOT® utiliza el método de *ecuaciones simultáneas* para resolver el modelo matricial, de tal forma que quedan perfectamente resueltas todas y cada una de las

imputaciones cruzadas que se produzcan sin establecer límites de aproximación, al no existir iteración del proceso.

El Servicio Cántabro de Salud ha definido entre los criterios de imputación de costes el nº 99 “*Tiempo de interconsulta*”. No obstante, no se dispone de información del uso de este criterio en la “estructura de la imputación” de su SCA.

- En los SCA desarrollados en **plataforma SAP**, la imputación de centros estructurales o intermedios se realiza con distintas metodologías:

- El sistema de imputación de costes utilizado por **ALDABIDE** (Servicio Vasco de Salud) es un modelo full-cost con imputaciones de costes ***en cascada***.

Una vez asignados los costes directos a los centros de coste, se ejecutan en SAP los denominados “*ciclos de reparto*” de los centros intermedios a los finales, siguiendo un orden de imputación en cascada. Una vez efectuado el reparto de los centros de coste intermedios, se procede a efectuar el “*traslado interservicios*”, reflejando las estancias que cada paciente dado de alta en una determinada especialidad de hospitalización ha podido tener anteriormente en otros servicios. De este modo, el SCA implantado en Osakidetza tiene en cuenta las estancias generadas por los pacientes en otras especialidades en los subepisodios de hospitalización. Finalmente se ejecuta el ciclo de reparto de “estructura”, en función del porcentaje de gasto (directo + imputado) que represente cada centro receptor.

- En el SCA del **Servicio Extremeño de Salud**, la formación de los *costes repercutidos* se lleva a cabo mediante ***cuatro procedimientos*** diferenciados:

- Traspaso de costes repercutidos (imputación manual de costes).
- Imputación de costes por Valores Estadísticos (distribución real).
- Facturación de actividad (Catálogos de Actividades).
- Subreparto.

El Servicio Extremeño de Salud también ha definido entre los criterios de imputación de costes de su sistema de contabilidad analítica el nº 99 “*Tiempo de interconsulta*”. No obstante, no se dispone de información de qué centros de coste utilizan este criterio.

- En el **SIE-AE** de la Agencia Valenciana de Salud, una vez realizada la afectación directa de los costes a los CAC que los originan, se desarrolla un **reparto en distintas fases** de los siguientes costes:

- 1º. Reparto de los costes estructurales primarios.
- 2º. Reparto de los costes estructurales secundarios.
- 3º. Reparto de los costes logísticos (de hospitalización y de atención ambulatoria).
- 4º. Reparto de los costes de los centros logísticos de hospital de día.

Al finalizar estas fases de reparto, todos los costes están repartidos entre los servicios centrales asistenciales, los centros de hospitalización y atención ambulatoria y los centros no imputables. Como resultado de esta fase se obtienen los *costes unitarios por actividad o procedimiento*.

- El sistema **COAN-HyD** del Servicio Andaluz de Salud utiliza el modelo **matricial** de imputación de costes. No existe una jerarquía previa de líneas/centros, de modo que cualquiera puede ser un centro repartidor o consumidor, por lo que los interconsumos se disponen en la denominada “Matriz de Interconsumos”. COAN-HyD

utiliza el método iterativo para resolver el modelo matricial. Éste método consiste en ir descargando la matriz de interconsumos como costes indirectos a través de iteraciones sucesivas (en la undécima iteración el valor a repercutir es nulo).

Al analizar de forma comparada las metodologías utilizadas por los distintos SCA, destacan los siguientes aspectos:

- **Incorporación de los interconsumos entre centros de coste:**

Los SCA que utilizan un modelo matricial de imputación de costes (ya sea resuelto mediante ecuaciones simultáneas o a través del método iterativo), permiten que en el proceso de imputación se puedan reflejar todas las relaciones de interconsumos existentes entre los centros (con independencia de que los GFH se clasifiquen como estructurales, intermedios o, incluso, finales).

En los SCA con procesos de imputación en cascada o en fases de reparto, al establecerse un orden en la imputación de costes, el sistema de contabilidad no permite reflejar durante el proceso de reparto los interconsumos que, en la realidad, podrían estar produciéndose entre los centros.

En definitiva, los costes que se repercuten sobre los centros finales (o sobre las líneas de producción asistencial) son potencialmente diferentes utilizando un modelo matricial o un reparto en cascada o en fases de reparto.

- **Imputación de costes entre Especialidades:**

En los centros hospitalarios cobra una especial relevancia en el proceso de estimación de costes el reflejo de la actividad que realizan las diferentes Especialidades, tanto

médicas como quirúrgicas, a demanda de otras (básicamente la realización de pruebas funcionales e interconsultas) así como el traslado de pacientes hospitalizados interservicios.

En los SCA que han definido centros de coste intermedios en los que se recoge la realización de **pruebas funcionales**, la imputación de costes a otras Especialidades queda resuelta, aplicando para ello los criterios de imputación establecidos. Este es el caso de los SCA implantados en el Servicio Aragonés de Salud, la Fundación Hospital Manacor, el Servicio Cántabro de Salud, el Servicio Madrileño de Salud, el Hospital Morales Meseguer de Murcia y el Servicio Riojano de Salud.

En el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud se recoge la actividad de técnicas diagnósticas y terapéuticas realizadas en los CAC de atención ambulatoria, aunque no se dispone de información sobre el tratamiento de la actividad realizada a demanda.

En el sistema COAN-HyD no se contempla la imputación de costes entre centros por la realización de pruebas funcionales.

No se dispone de información al respecto en los SCA desarrollados en plataforma SAP.

En cuanto a las **interconsultas**, como se ha comentado anteriormente, aunque en los SCA del Servicio Cántabro de Salud y el Servicio Extremeño de Salud se ha definido un criterio de imputación “Tiempo de interconsulta”, no se dispone de información sobre la utilización del mismo. En el Servicio Andaluz de Salud no se contemplan las interconsultas, no disponiéndose de información al respecto en los demás Servicios Regionales de Salud.

Los **traslados interservicios** sólo se imputan en el sistema ALDABIDE del Servicio Vasco de Salud.

- **Identificación del origen de los costes repercutidos:**

Tanto en los SCA que utilizan el modelo matricial como aquellos que realizan el reparto de costes en fases o en cascada, es posible identificar el origen de los costes repercutidos a los centros finales (o a las líneas de actividad), diferenciando en qué proporción proceden del consumo de servicios de dirección-administración, logísticos o procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

El reflejo del origen de los costes repercutidos en los informes que emiten los distintos SCA para cada 'objetivo de coste' puede ser de especial relevancia, en particular en la comparación entre Servicios Regionales de Salud de los costes por proceso de las líneas de hospitalización y de CMA.

CRITERIOS DE IMPUTACIÓN O REPARTO

El uso de Catálogos tiene un impacto al comparar los costes de producción de los servicios peticionarios, ya que en el uso de unidades relativas de valor ajusta el coste de del centro peticionario en función de la complejidad de los procedimientos o pruebas solicitadas.

En este apartado se identifican que SCA han definido Catálogos de Productos para repercutir el coste de determinados centros durante el proceso de imputación. No se ha llevado a cabo un análisis comparado de los pesos relativos de los productos contemplados en los diferentes catálogos, por no disponerse de la información necesaria para llevarlo a cabo.

La tabla 16 recoge la información disponible sobre los catálogos que han sido definidos en los diferentes SCA. Esta tabla muestra únicamente los centros de coste para los que se han definido **catálogos de productos** en los diferentes SCA, incorporándose la información disponible sobre los ***criterios alternativos utilizados*** en otros sistemas de contabilidad.

Tabla 16: Catálogos de productos definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA ¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE ²	COAN-HyD
Admisión	Coste de personal por GFH	⊗		⊗			CP_V_GFH CH_V_GFH		⊗ Unidades de documentación clínica y admisión	Nº pacientes atendidos
Archivo de Historias Clínicas	Coste de personal por GFH			⊗		(S) Ingresos + Consultas + UCA	Nro. Ingresos+Consultas+Urgencias + Interven. GFH / Salidas de Historias por G.F.H.		⊗ Unidades de documentación clínica y admisión	
Documentación Clínica	Coste de personal por GFH			⊗		(S) Ingresos + Consultas + UCA	Nro. Ingresos+Consultas+Urgencias + Interven. GFH / Salidas de Historias por G.F.H.		⊗ Unidades de documentación clínica y admisión	Nº pacientes atendidos
Farmacia hospitalaria									⊗	Fármacos
Laboratorio			⊗	⊗		Determinaciones	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD										
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA		
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA ¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE ²	COAN-HyD	
Análisis Clínicos	Número de Peticiones por GFH						CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			⊗	⊗
Anatomía Patológica	⊗	⊗		⊗		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗		⊗	⊗
Bioquímica				⊗		Determinaciones		⊗		⊗	⊗
Laboratorio de Banco de Sangre				⊗		Bolsas de sangre	CP_V_GFH CP_V_Pac	⊗			
Hematología	Porcentaje			⊗			CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗		⊗	⊗
Microbiología y Parasitología				⊗		Determinaciones	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗		⊗	⊗
Inmunología						Determinaciones	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			⊗	⊗
Genética						Determinaciones	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac				⊗

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA ¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE ²	COAN-HyD
Radiodiagnóstico	⊗	⊗	⊗	⊗		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗	⊗	⊗
Radiofísica										⊗
Radioterapia							CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Medicina Nuclear			⊗			⊗ Fundación Rioja Salud	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗	⊗	⊗
Neurofisiología Clínica				Coste de Personal por G.F.H.		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗	⊗	⊗
Esterilización	⊗	⊗		⊗		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH			Puntos GRD Quirúrgicos
Anestesiología	Tiempo de anestesia			Horas de anestesia		Tiempo anestesia / porcentaje			⊗ Anestesiología , reanimación y terapéutica del dolor	
Consulta y técnicas de Anestesiología									⊗ Anestesiología , reanimación y terapéutica del	

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA ¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE ²	COAN-HyD
									dolor	
Reanimación postquirúrgica				Imputación directa					⊗ Anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor	Intervenciones con ingreso
Unidad del dolor									⊗	
Unidades o Planta de Enfermería			Estancias por paciente y GFH	Días de estancia reales / Estancias totales suministradas por G			CP_V_Pac CH_V_Pac			Criterio de reparto específico
Enfermería en hospital de día									⊗	
Hospital a domicilio									⊗	
Consultas Externas	Porcentaje			⊗ Centro Periférico Especialidades		S) Consultas Totales	Nro. de Consultas por G.F.H./Tiempo de Consultas por G.F.H		Reparto basado en actividad/coste o ETC de personal facultativo/lineal /por horas asignadas	
Pruebas especiales			⊗				CP_V_GFH CH_V_GFH	⊗		

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA ¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE ²	COAN-HyD
							CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Angiología y cirugía vascular						⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Cirugía torácica.						⊗				
Pruebas especiales. Oftalmología						⊗ CARPA				
Pruebas vestibulares. Sala técnicas oftalmología y c. Externa h.s.p.						⊗				
Pruebas especiales. Otorrinolaringología						⊗ CARPA	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Urología							CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Urología. Litotricia						⊗				
Ecografía ginecológica						⊗	CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Cardiología				⊗		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac		⊗	

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA ¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE ²	COAN-HyD
							CH_V_Pac			
Arritmias							CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Digestivo				⊗		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Neumología				⊗			CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas funcionales respiratorias						⊗ CARPA				
Unidades de Cuidados Intensivos							CP_V_Pac CH_V_Pac			
Actividad ambulatoria Oncología médica									⊗	
Oncología radioterápica								⊗	⊗	
Rehabilitación y medicina física								⊗	⊗	
Gestión de conciertos				⊗						

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA ¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE ²	COAN-HyD
Unidad de Calidad	Coste de personal por GFH						CP_GFH CP_V_GFH		ETC de cada CAC	
Peluquería							CP_GFH			
Cafetería propia	Coste de personal por GFH	Facturación					CP_GFH			
Alimentación de pacientes	Porcentaje			⊗		Menús / Porcentaje	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗	Dietas por CAC	Número de Dietas
Fotografía							CP_GFH			

NOTAS:

- Gerencia de Salud de Castilla y León, Servicio Cántabro de Salud: Entre los criterios de imputación definidos por estos Servicios Regionales de Salud en su SCA se incluye el nº 24 "U.R.V.'s (Catálogo)", pero no se dispone de información sobre los GFH específicos que tienen definido un Catálogo de Productos.
- Servicio Aragonés de Salud, INGESA, ALDABIDE: No se dispone de información de los criterios de imputación definidos en el SCA de estos Servicios Regionales de Salud.

(1) En la "Plantilla para la imputación de costes" del Proyecto Cantonera se contemplan diversos criterios de imputación por GFH según el nivel de detalle que disponga el centro hospitalario. En esta tabla se recogen los Catálogos que se contemplan en dicha plantilla, en particular: CP_V_GFH: Catálogo propio y valorado por G.F.H.; CH_V_GFH: Catálogo Homologado y valorado por G.F.H.; CP_V_Pac: Catálogo propio y valorado por Paciente; CH_V_Pac: Catálogo Homologado y valorado por Paciente.

(2) En el SIE-AE se definen además Unidades Relativas de Coste para ponderar la actividad realizada en los Centros de Atención Ambulatoria (primeras consultas / sucesivas / técnicas diagnóstico-terapéuticas).

6.4. SISTEMAS INFORMÁTICOS

SOFTWARE DE SOPORTE

La mayoría de los SCA utilizan como soporte **softwares comerciales** comercializados por las compañías SAVAC Consultores S.L. (Sistema GESCOT®) y SAP. Constituyen una excepción al respecto el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud y el sistema COAN-HyD del Servicio Andaluz de Salud, cuyos software han sido desarrollados a medida.

La mayoría de los SCA implantados admiten la posibilidad de introducir modificaciones o **nuevos desarrollos** en el futuro. No existe esta posibilidad en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. En el Servicio Madrileño de Salud el proveedor del programa debe estar conforme con la propuesta de modificaciones.

CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

El Sistema GESCOT® permite la recepción y actualización de ficheros generados en otras herramientas. El procedimiento de **captura de la información** de otras aplicaciones se realiza mediante la carga de ficheros .txt. El sistema GESCOT® admite también la posibilidad de introducir datos de forma manual.

En los SCA en plataforma SAP, la información económica (gastos/costes) se captura de forma automática de los distintos módulos económicos financieros que se hayan implantado en el Servicio Regional de Salud. El resto de la información (p.e. valores estadísticos o unidades de obra) se pueden capturar mediante un interface o bien se introducen de forma manual.

El SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud precisa conocer datos originados en ocho sistemas de información corporativos, cuya captura se produce de forma cada vez más automatizada.

En la aplicación COAN-HyD la información del coste de personal se introduce obligatoriamente de forma automática, permitiéndose la alimentación del resto de información a través de ficheros compatibles con la aplicación o de forma manual.

BASE DE DATOS A NIVEL CENTRALIZADO

En la mayoría de los Servicios Regionales de Salud disponen de una **base de datos** de información de costes a nivel centralizado.

7. CONCLUSIONES

Objetivo de coste:

- En todos los SCA se puede obtener información **por centro de responsabilidad, por línea de actividad y por proceso**. Sólo en aquellos en los que los sistemas de información asistencial están más desarrollados se pueden asignar de forma directa al paciente determinados costes (p.e. prótesis, farmacia, pruebas diagnósticas...).

Clasificación de los centros de coste:

- Con independencia de la denominación que reciban en cada Servicio Regional de Salud, en todos los SCA se definen centros de coste de tipo **estructural/básico, intermedios** (logísticos o asistenciales) y **finales**.
- En aquellos SCA en los que se definen centros de coste **intermedios-finales** permiten contemplar en el proceso de estimación de costes interrelaciones entre centros finalistas y/o líneas de actividad asistencial. Este aspecto podría ser relevante por ejemplo en el tratamiento de las **pruebas funcionales**, cuando los servicios de especialidades las realizan tanto para las líneas de hospitalización, consultas, urgencias... propias o de otras especialidades del centro hospitalario.

Cuando los SCA puedan asignar de forma directa y generalizada a todos los pacientes el consumo de estos servicios asistenciales, la definición o no de centros intermedios-finales no sería relevante, ya que siempre quedarían imputados el consumo de estos recursos al objetivo de coste final del sistema de contabilidad.

- En algunos SCA analizados, se incorporan en la estructura del sistema otra tipología de centros de coste, que recogen *consumos de recursos que no se repercuten* en el centro hospitalario. Con la definición de estos centros, quedan estos **consumos “detráidos”** del resto de costes hospitalarios, sin imputarse por tanto a los centros finalistas y/o líneas de actividad asistencial. Dependiendo del concepto de coste que se detraiga en cada caso y del volumen económico que representen, esta circunstancia tendrá una mayor o menor importancia de cara a una potencial normalización del tratamiento de estos costes.
- Respecto a la estructura de centros de coste se observa, además, la creación en algunos SCA de **centros ficticios** (como Atención Primaria y Centros Ajenos) que, en el caso de que pudieran recibir costes de otros centros o bien repercutirlos mediante criterios de reparto, producirían diferencias en el tratamiento de los consumos que incluyen. Al igual que en el punto anterior, dependiendo de la tipología de costes que recojan en estos centros y del volumen económico que representen, así como de su participación o no en el sistema de imputación, este aspecto tendrá una mayor o menor importancia de cara a una potencial homologación en la creación de estos centros.

Líneas de actividad asistencial y áreas específicas de la estructura de costes:

- La **comparabilidad** entre los SCA en su estructuración respecto a los centros finales y/o líneas de actividad asistencial, es esencial para obtener información sobre los componentes del coste incluidos en los costes unitarios de cada uno de sus productos definidos. La caracterización de las líneas de actividad asistencial influye en la obtención del coste medio de cada GRD de hospitalización, puesto que los diferentes SCA pueden estar incorporando o no determinados componentes de coste, en función

de qué centros de coste y de qué tipología se hayan definido para las diferentes especialidades.

En todos los SCA analizados se definen las líneas de actividad de hospitalización, CMA ó actividad ambulatoria y consultas como centros de producto final. Sin embargo las diferencias radican, como se ha mencionado en el punto anterior, en que si para una misma especialidad existen otras líneas de producción final, como es el caso de la ‘dispensarización de medicamentos a pacientes externos’ (DPA) este coste es detraído del resto de centros finales de la especialidad correspondiente mientras, que en los demás SCA este coste queda incluido como coste directo de las líneas de actividad en las que se ha estructurado la especialidad.

- En cuanto al tratamiento que los diferentes SCA realizan del **Área Quirúrgica**, aunque todos contemplan la CMA como línea de actividad finalista de los centros de especialidades, el incluir o no la cirugía menor ambulatoria como un centro de coste finalista más detrae o incrementa el coste de la línea de actividad bien de CMA, Consultas u Hospital de Día, dependiendo de dónde se haya considerado que se realiza esta actividad. Este hecho podría constituir una de las líneas de trabajo a desarrollar de cara a una homologación en la estructuración del Área Quirúrgica en los sistemas de contabilidad analítica.
- En el **Área de Urgencias** la variabilidad observada entre los SCA en la estructuración en centros de coste como de la tipología de los mismos y su unidad de producto, puede influir en el proceso de imputación de costes, imputándose o no a las líneas de hospitalización el coste de las urgencias finalmente ingresadas. El análisis de esta variabilidad podría constituir también una línea de trabajo a desarrollar de cara a una homologación en la estructuración de los sistemas de contabilidad analítica en áreas de especial interés.

Costes según su naturaleza:

- En todos los SCA implantados en los Servicios Regionales de Salud se incorporan los costes de personal (**Capítulo I**) así como el consumo de bienes corrientes, servicios y conciertos de asistencia sanitaria (**Capítulo II**).

En cambio, sólo en algunos SCA se incorporan los costes de transferencias corrientes (**Capítulo IV**) y/o la **amortización** del inmovilizado.

Metodología de afectación e imputación de costes:

- Dado el peso que representa los gastos de **personal** en los diferentes centros de coste, es de vital importancia conocer cómo cada SCA realiza la distribución del personal en función de su dedicación a los diferentes centros de actividad así como la actualización continua de esta información en los centros hospitalarios. Este aspecto no ha podido ser analizado con profundidad en este informe, teniendo un alto impacto en la estimación del coste medio por unidad de producción (p.e. coste medio por GRD de hospitalización). Asimismo, el tratamiento específico de las Guardias y del personal MIR en los SCA influye en la información que se obtiene de los costes unitarios. Se recomienda, por tanto, desarrollar más ampliamente este análisis.
- En la mayoría de los SCA, el coste de la **asistencia sanitaria concertada** se afecta a los centros del hospital como un coste directo. No obstante, en algunos SCA se han definido centros de coste específicos (intermedios o finales) en los que se recoge dicho coste.

En aquellos casos en los que se hayan sido constituidos centros finales para recoger los conciertos, al no llegar a repercutirse estos costes en los centros peticionarios correspondientes, el SCA puede estar detrayendo este coste en los centros asistenciales finalistas.

La información disponible sobre el tratamiento de los conciertos como centro de coste es confusa, lo que puede llevar a conclusiones erróneas en el análisis comparado de los SCA, recomendándose profundizar en este análisis.

- En todos los SCA se utiliza un **modelo matricial** de imputación de costes, excepto en dos de ellos, que han optado por una imputación **en cascada** o en fases de reparto. Los costes que se repercuten sobre los centros finales (o sobre las líneas de producción asistencial) son potencialmente diferentes utilizando uno u otro método.
- Salvo en algún caso puntual, no se dispone de información sobre la imputación de costes de **interconsultas** o **traslados interservicios** que se realiza en los SCA. Dependiendo del volumen que represente estas actividades asistenciales y su coste, el impacto que podrían tener en la estimación de los costes unitarios sería diferente. No obstante, se prevé que se produzca un efecto compensatorio entre la mayoría de las Especialidades del centro hospitalario en la prestación de estos servicios.
- El uso de **Catálogos de Productos** tiene un impacto al comparar los costes de producción de los servicios peticionarios, ya que en el uso de unidades relativas de valor ajusta el coste de del centro peticionario en función de la complejidad de los procedimientos o pruebas solicitadas. El uso de catálogos es desigual en los diferentes SCA. Al no disponerse de los catálogos que se utilizan en cada Servicio Regional de Salud, no se ha llevado a cabo un análisis comparado ni de los productos que incluyen ni de los pesos relativos de los mismos.

