



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA  Facultat d'Economia

DEPARTAMENT DE COMPTABILITAT

TESIS DOCTORAL

***LA EMPRESA HOSPITALARIA:
UN ESTUDIO EMPÍRICO SOBRE LA IMPLANTACIÓN
DE LA CONTABILIDAD DE GESTIÓN***

Doctorando: Ernesto Bataller Alonso
Director: Vicente Serra Salvador
Valencia, 2014

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, quisiera expresar mi agradecimiento al profesor Vicente Serra, director de esta tesis doctoral, por su paciencia durante todos estos años, su constante labor de orientación y ayuda prestada, que finalmente ha culminado en la presentación de este trabajo.

También a mis compañeros del departamento de Contabilidad de la Universidad de Valencia por sus palabras de ánimo, recomendaciones y ofrecimientos de ayuda. En particular al profesor Vicente Montesinos a quien he encontrado en todo momento que he necesitado, agradezco sus orientaciones y manifiesto mi admiración por él, así como también agradezco al profesor Miguel Ángel Pérez su intenso apoyo.

Expreso, también, mi agradecimiento a los profesores Roberto Escuder y Salvador Méndez, del Departamento de Estadística, quienes con su paciencia han contribuido a mejorar el análisis del estudio empírico de este trabajo.

Además quiero agradecer el asesoramiento recibido de personas relacionadas con el mundo hospitalario, como son Marisol Barreda, David Vivas, Emilio Palomar, y José Aznar.

Por último, quisiera dedicar este trabajo a mi familia por su apoyo y cariño durante todos estos años y en particular a mi padre Norberto Bataller gran profesional de la contabilidad y del mundo de la empresa de quien tanto he aprendido y echo de menos su compañía y consejos, pero del que siento que está siempre a mi lado.

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	17
PARTE I. ESTUDIO TEÓRICO	25
CAPITULO I. LOS SISTEMAS SANITARIOS.	25
<i>I.1. VISIÓN SISTEMÁTICA DEL SECTOR SANITARIO.....</i>	<i>26</i>
I.1.1. NIVEL DE SALUD COLECTIVA.....	28
I.1.2. PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.....	28
I.1.3. COBERTURA DEL CONSUMO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.	28
<i>I.2. CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS.</i>	<i>29</i>
<i>I.3. SISTEMAS SANITARIOS EN LA UNIÓN EUROPEA.</i>	<i>33</i>
I.3.1. ALEMANIA.....	38
I.3.2. FRANCIA.....	46
I.3.3. ESPAÑA.	51
CAPITULO II. EL ENTORNO HOSPITALARIO	61
<i>II.1. EL HOSPITAL COMO SISTEMA Y SU ENTORNO.....</i>	<i>61</i>
<i>II.2. EL HOSPITAL COMO EMPRESA: CARACTERÍSTICAS DE LA EMPRESA HOSPITALARIA.....</i>	<i>66</i>
<i>II.3. EL HOSPITAL COMO ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO.....</i>	<i>72</i>
<i>II.4. LA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA.....</i>	<i>76</i>
II.4.1. ÓRGANOS DE DIRECCIÓN Y GESTIÓN: LA GERENCIA Y LAS DIRECCIONES.....	77
II.4.2. UNIDADES FUNCIONALES ASISTENCIALES.....	77
II.4.3. UNIDADES FUNCIONALES NO ASISTENCIALES.....	85
CAPITULO III. LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA.....	89
<i>III.1. IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....</i>	<i>89</i>
<i>III.2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA DIRECCIÓN.....</i>	<i>93</i>
III.2.1. DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ELEMENTOS BÁSICOS DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN.....	97
III.2.1.1. Características de un Sistema de Información (S.I).	99
III.2.1.2. Elementos Básicos.	100
III.2.1.3. Aplicaciones.....	101
III.2.2. REQUERIMIENTOS GENERALES PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.....	101
<i>III.3.EL SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA.....</i>	<i>102</i>
III.3.1. APLICACIONES.....	107
III.3.1.1. Sistemas de Gestión Clínica de Pacientes.....	107
III.3.1.2. Sistema de gestión económico-financiero.	115
III.3.2. CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES.	117
CAPITULO IV. MODELOS DE CÁLCULO DE COSTES EN LA EMPRESA HOSPITALARIA.....	137
<i>IV.1. ASPECTOS RELEVANTES EN LA IMPLANTACIÓN Y OBJETIVOS DEL CÁLCULO DE COSTES EN EL SECTOR SANITARIO.....</i>	<i>137</i>
<i>IV.2. MODELOS DE CÁLCULO DE COSTES POR CASE-MIX.....</i>	<i>140</i>

IV.3. <i>MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL</i>	156
IV.4. <i>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA</i>	158
IV.4.1. OBJETIVOS GENERALES DE IMPLANTACION-COMPARACION.....	159
IV.4.1.1. Resultados del sistema-comparación.....	159
IV.4.1.2. Costes que diferencia el sistema-comparación.....	160
IV.4.1.3. Clasificación de los costes su comparación.....	164
IV.4.1.4. Centros de costes/ centros analíticos-comparación.....	164
IV.4.1.5. Modelos de costes / distribuciones de costes-comparación.....	169
IV.4.1.6. Sistema de información-comparación.....	176
IV.4.1.7. Ventajas del sistema-comparación.....	177
IV.4.1.8. Inconvenientes del sistema-comparación.....	178
PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO	181
CAPITULO V. ESTUDIO EMPIRICO SOBRE LA IMPLANTACION DE LA CONTABILIDAD DE GESTION ...	181
V.1. <i>ANTECEDENTES: INVESTIGACIONES SOBRE CONTABILIDAD DE GESTIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS ESPAÑOLES</i>	181
V.1.1. MONGE LOZANO, P. (1999, 2002).....	182
V.1.2. DE FALGUERA MARTÍNEZ, J. (2002).....	184
V.1.3. NARANJO GIL, D. (2005).....	186
V.1.4. GONZÁLEZ SÁNCHEZ, B (2005).....	187
V.1.5. GARCÍA CORNEJO, B. (2008).....	189
V.2. <i>OBJETIVOS DEL ESTUDIO</i>	190
V.3. <i>DISEÑO DE LA ENCUESTA</i>	190
V.4. <i>METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</i>	202
V.5. <i>CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA OBTENIDA</i>	205
V.5.1. PERIODO DEL ESTUDIO.....	205
V.5.2. HOSPITALES ESPAÑOLES ENCUESTADOS.....	205
V.5.3. RESPUESTAS OBTENIDAS DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES.....	206
V.5.4. HOSPITALES ENCUESTADOS EN EL RESTO DE EUROPA Y RESPUESTAS OBTENIDAS.....	210
V.5.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS.....	212
V.6. <i>RESULTADOS MÁS SIGNIFICATIVOS</i>	216
V.6.1. VARIABLES CUALITATIVAS.....	216
V.6.2 VARIABLES SUMATORIAS.....	299
V.6.2.1 Variable V1 (centros de costes).....	300
V.6.2.2 Variable V2 (implantación de los centros de costes).....	301
V.6.2.3 Variable V3 (cálculo de los costes por paciente).....	304
V.6.2.4 Variable V4 (disposición a obtener los costes por paciente).....	306
V.6.2.5 Variable V5 (disposición a obtener los costes por paciente totales).....	310
V.6.2.6 Síntesis de los resultados de las variables sumatorias.....	312
CONCLUSIONES	317
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	333

TABLAS

TABLA 1. SISTEMAS SANITARIOS SEGÚN EL NIVEL ECONÓMICO.	32
TABLA 2. RESUMEN COMPARATIVO DE LOS DOS SISTEMAS SANITARIOS DE EUROPA.	34
TABLA 3. CRONOLOGÍA DE LAS REFORMAS SANITARIAS EN ESPAÑA DESDE 1997-2009.	57
TABLA 4. DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS ESTUDIADOS.	58
TABLA 5. DE FUNCIONES DE LA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA.	69
TABLA 6. DE CONDICIONES DE LA EMPRESA HOSPITALARIA COMO ORGANIZACION EFICAZ.	70
TABLA 7. CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN SEGÚN SU DESTINO.	95
TABLA 8. RESUMEN DE INDICADORES ASISTENCIALES.	119
TABLA 9. DE CÁLCULO DE ESTANCIA MEDIA PARA OBTENER EL ÍNDICE DE CASE MIX Y EL ÍNDICE FUNCIONAL.	123
TABLA 10. DE CÁLCULO DEL COSTE MEDIO TOTAL GDR'S HOSPITAL.	130
TABLA 11. DE CÁLCULO DEL COSTE MEDIO AJUSTADO POR CASUÍSTICA: ÍNDICE FUNCIONAL RESPECTO A OTROS HOSPITALES.	132
TABLA 12. DE TRANSFERENCIAS EN MATERIA DE SANIDAD A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, SERVICIOS DE SALUD.	141
TABLA 13. INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR LA TECNOLOGÍA GDR.	142
TABLA 14. PROCESO DE CÁLCULO DE COSTES MÉTODO "TOP-DOWN" UTILIZANDO SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES.	144
TABLA 15. CONTABILIDAD ANALÍTICA VERTICAL BASADA EN EL PACIENTE.	149
TABLA 16. CONTABILIDAD ANALÍTICA VERTICAL BASADA EN GDR'S.	150
TABLA 17. MODELOS EN GESTIÓN SANITARIA NACIONALES CON TRANSFERENCIAS EN MATERIA DE SANIDAD (1981-2002)	157
TABLA 18. COMPARATIVA EN LA IMPUTACIÓN DE COSTES POR NATURALEZA EN LOS DIFERENTES MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES.	160
TABLA 19. COMPARATIVA DE LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA EN RELACIÓN AL TIPO DE IMPUTACIÓN.	164
TABLA 20. DIVISIÓN DEL HOSPITAL SEGÚN LOS DIFERENTES MODELOS DE COSTES.	165
TABLA 21. COMPARATIVA ENTRE LOS DIFERENTES MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES EN RELACIÓN A SUS CENTROS DE COSTES.	166
TABLA 22. COMPARATIVA ENTRE LOS DIFERENTES MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES EN RELACIÓN A LA CLASIFICACIÓN DE SUS CENTROS DE COSTES.	167
TABLA 23. COMPARATIVA DE LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA EN RELACIÓN AL OBJETO FINAL U OUTPUT.	170
TABLA 24. COMPARATIVA EN FASES DE DISTRIBUCIÓN DE LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA.	171
TABLA 25. CRITERIOS DE DISTRIBUCIÓN UTILIZADOS EN LOS MODELOS DE COSTES EN RELACIÓN A LOS FACTORES DE COSTE.	173
TABLA 26. COMPARATIVA DE PRODUCTOS INTERMEDIOS Y FINALES DE LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA.	174
TABLA 27. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE CÁLCULO DE COSTES.	176
TABLA 28. DE VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS MODELOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FULL COSTING, RESPECTO AL MODELO DIRECT-COSTING.	178
TABLA 29. COMPARATIVA DE LOS CINCO TRABAJOS EMPÍRICOS.	191
TABLA 30. PONDERACIONES CORRESPONDIENTES A LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA.	201
TABLA 31. HOSPITALES POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y FINALIDAD ASISTENCIAL.	205
TABLA 32. PREGUNTA 4. ¿CUÁL ES LA NATURALEZA DE LOS PACIENTES ASISTIDOS EN EL HOSPITAL QUE USTED DIRIGE?	207
TABLA 33. DE ENCUESTAS RECIBIDAS POR PROVINCIAS DE ESPAÑA.	209

TABLA 34. DE NÚMERO DE HOSPITALES POR SU CLASIFICACIÓN Y NÚMERO DE CAMAS.	210
TABLA 35. PORCENTAJE DE ENCUESTAS EUROPEAS RECIBIDAS.	211
TABLA 36. CARACTERÍSTICAS DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES Y DEL RESTO DE EUROPA.	213
TABLA 37. PREGUNTA 2. ¿CUÁL ES SU DEPENDENCIA FUNCIONAL?	214
TABLA 38. PREGUNTA 3. ¿CUÁL EL TIPO DE FINANCIACIÓN DE SU HOSPITAL?	214
TABLA 39. PREGUNTA 4. DATOS SOBRE HOSPITALES EUROPEOS: NUMERO, CAMAS Y PERSONAL.	215
TABLA 40. PREGUNTA 5. ¿QUÉ TIPO DE CONTABILIDAD FINANCIERA SE DESARROLLA EN SU HOSPITAL?	216
TABLA 41. PREGUNTA 6. ¿TIENE SU HOSPITAL INFRAESTRUCTURA DE COSTES PARA IMPLANTAR O MEJORAR LA CONTABILIDAD DE COSTES?	218
TABLA 42. PREGUNTA 7. ¿DISPONE DE CENTROS DE COSTE DEBIDAMENTE CODIFICADOS?	219
TABLA 43. PREGUNTA 8. ¿CÓMO CLASIFICA SUS CENTROS DE COSTE?	220
TABLA 44. PREGUNTA 9. ¿DISPONE DE CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD)?	221
TABLA 45. PREGUNTA 10. ¿CÓMO IDENTIFICA EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN?	222
TABLA 46. PREGUNTA 11. ¿EN EL CASO DE IDENTIFICAR EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN POR CASE-MIX, QUÉ CLASIFICACIÓN UTILIZA?	223
TABLA 47. PREGUNTA 12. ¿CÓMO IDENTIFICA EL PROCESO AMBULATORIO DEL HOSPITAL?	224
TABLA 48. PREGUNTA 13. ¿CONTROLA LA ADMISIÓN DE PACIENTES LAS SIGUIENTES ÁREAS? A. HOSPITALIZACIÓN.	225
TABLA 49. PREGUNTA 13. ¿CONTROLA LA ADMISIÓN DE PACIENTES LAS SIGUIENTES ÁREAS? B. AMBULATORIA.	225
TABLA 50. PREGUNTA 13. ¿CONTROLA LA ADMISIÓN DE PACIENTES LAS SIGUIENTES ÁREAS? C. URGENCIAS.	226
TABLA 51. PREGUNTA 13. ¿CONTROLA LA ADMISIÓN DE PACIENTES LAS SIGUIENTES ÁREAS? D. CENTRAL DE RADIOLOGÍA.	226
TABLA 52. PREGUNTA 13. ¿CONTROLA LA ADMISIÓN DE PACIENTES LAS SIGUIENTES ÁREAS? E. CENTRAL DE ANÁLISIS CLÍNICOS. ..	227
TABLA 53. PREGUNTA 13. ¿CONTROLA LA ADMISIÓN DE PACIENTES LAS SIGUIENTES ÁREAS? F. HEMATOLOGÍA.	227
TABLA 54. PREGUNTA 13. ¿CONTROLA LA ADMISIÓN DE PACIENTES LAS SIGUIENTES ÁREAS? G. ANATOMÍA PATOLÓGICA.	228
TABLA 55. PREGUNTA 13. ¿CONTROLA LA ADMISIÓN DE PACIENTES LAS SIGUIENTES ÁREAS? H. QUIRÚRGICA.	228
TABLA 56. PREGUNTA 14. ¿DISPONE DE ARCHIVO CLÍNICO CENTRALIZADO?	229
TABLA 57. PREGUNTA 15. ¿SE CODIFICAN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE HOSPITALIZACIÓN Y/O AMBULATORIOS?: A. HOSPITALIZACIÓN.	230
TABLA 58. PREGUNTA 15. ¿SE CODIFICAN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE HOSPITALIZACIÓN Y/O AMBULATORIOS?: B. AMBULATORIOS.	231
TABLA 59. PREGUNTA 16. ¿SE PROCESA EL CONTENIDO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS PARA EL CÁLCULO DE COSTES?	232
TABLA 60. PREGUNTA 17. ¿LA APLICACIÓN DE LA INFORMÁTICA DE PERSONAL, PERMITE LOS SIGUIENTES ASPECTOS?	233
TABLA 61. PREGUNTA 18. ¿DISPONEN LOS ALMACENES GENERALES DE CATÁLOGO DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS?: A. ALMACÉN GENERAL.	234
TABLA 62. PREGUNTA 18. ¿DISPONEN LOS ALMACENES GENERALES DE CATÁLOGO DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS?: B. FARMACIA.	235
TABLA 63. PREGUNTA 19. ¿EL SISTEMA INFORMÁTICO DEL HOSPITAL HA SIDO DISEÑADO POR?	236
TABLA 64. PREGUNTA 20. ¿QUÉ MODELO DE COSTES APLICA PARA LA CONTABILIDAD DE GESTIÓN?	236
TABLA 65. PREGUNTA 21. ¿EL MODELO DE COSTES UTILIZADO, TIENE NOMBRE PROPIO EN SU COMUNIDAD O A NIVEL DEL HOSPITAL?	237

TABLA 66. PREGUNTA 22. ¿SE REALIZAN INVENTARIOS, AL MENOS ANUALES, EN LOS ALMACENES DE FARMACIA Y GENERAL?: A.	
ALMACÉN GENERAL.....	238
TABLA 67. PREGUNTA 22. ¿SE REALIZAN INVENTARIOS, AL MENOS ANUALES, EN LOS ALMACENES DE FARMACIA Y GENERAL?: B.	
FARMACIA.....	239
TABLA 68. PREGUNTA 23. ¿DISPONE LA DISTRIBUCIÓN DE FARMACIA DE DOSIS UNITARIAS?.....	240
TABLA 69. PREGUNTA 24. ¿CÓMO GESTIONA LA UNIDOSIS?.....	241
TABLA 70. PREGUNTA 25. ¿CÓMO TIPIFICA LA INFORMACIÓN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA?.....	242
TABLA 71. PREGUNTA 26. ¿CÓMO ES TIPIFICADA LA INFORMACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS?.....	243
TABLA 72. PREGUNTA 27. ¿CÓMO TIPIFICA LA INFORMACIÓN EL SERVICIO DE LABORATORIOS?: A. ANÁLISIS CLÍNICOS.....	244
TABLA 73. PREGUNTA 27. ¿CÓMO TIPIFICA LA INFORMACIÓN EL SERVICIO DE LABORATORIOS?: B. HEMATOLOGÍA.....	244
TABLA 74. PREGUNTA 27. ¿CÓMO TIPIFICA LA INFORMACIÓN EL SERVICIO DE LABORATORIOS?: C. ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	245
TABLA 75. PREGUNTA 28. ¿TIENE EL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN, CATÁLOGO PARA PRODUCTOS Y/O SERVICIOS?.....	246
TABLA 76. PREGUNTA 29. ¿EN EL CASO DE UTILIZAR CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE VALOR EN LOS ANTERIORES SERVICIOS AUXILIARES, SE OBTIENEN POR LOS PRODUCTOS INTERMEDIOS (PRUEBAS RADIOLÓGICAS, ANALÍTICAS,...) COSTES UNITARIOS? A. RADIOLOGÍA.....	247
TABLA 77. PREGUNTA 29. ¿EN EL CASO DE UTILIZAR CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE VALOR EN LOS ANTERIORES SERVICIOS AUXILIARES, SE OBTIENEN POR LOS PRODUCTOS INTERMEDIOS (PRUEBAS RADIOLÓGICAS, ANALÍTICAS,...) COSTES UNITARIOS? B. QUIRÓFANOS.....	247
TABLA 78. PREGUNTA 29. ¿EN EL CASO DE UTILIZAR CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE VALOR EN LOS ANTERIORES SERVICIOS AUXILIARES, SE OBTIENEN POR LOS PRODUCTOS INTERMEDIOS (PRUEBAS RADIOLÓGICAS, ANALÍTICAS,...) COSTES UNITARIOS? C. LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.....	248
TABLA 79. PREGUNTA 29. ¿EN EL CASO DE UTILIZAR CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE VALOR EN LOS ANTERIORES SERVICIOS AUXILIARES, SE OBTIENEN POR LOS PRODUCTOS INTERMEDIOS (PRUEBAS RADIOLÓGICAS, ANALÍTICAS,...) COSTES UNITARIOS? D. HEMATOLOGÍA.....	248
TABLA 80. PREGUNTA 29. ¿EN EL CASO DE UTILIZAR CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE VALOR EN LOS ANTERIORES SERVICIOS AUXILIARES, SE OBTIENEN POR LOS PRODUCTOS INTERMEDIOS (PRUEBAS RADIOLÓGICAS, ANALÍTICAS,...) COSTES UNITARIOS? E. ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	249
TABLA 81. PREGUNTA 29. ¿EN EL CASO DE UTILIZAR CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE VALOR EN LOS ANTERIORES SERVICIOS AUXILIARES, SE OBTIENEN POR LOS PRODUCTOS INTERMEDIOS (PRUEBAS RADIOLÓGICAS, ANALÍTICAS,...) COSTES UNITARIOS? F. DIETÉTICA.....	249
TABLA 82. PREGUNTA 30. ¿LOS COSTES UNITARIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES ANTERIORES, SE ACUMULAN AL COSTE DEL PACIENTE QUE LOS ORIGINA?.....	250
TABLA 83. PREGUNTA 31. ¿LAS CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE ESTOS SERVICIOS AUXILIARES, SON ELABORACIÓN PROPIA O DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA? A. RADIOLOGÍA.....	251
TABLA 84. PREGUNTA 31. ¿LAS CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE ESTOS SERVICIOS AUXILIARES, SON ELABORACIÓN PROPIA O DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA? B. QUIRÓFANOS.....	252
TABLA 85. PREGUNTA 31. ¿LAS CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE ESTOS SERVICIOS AUXILIARES, SON ELABORACIÓN PROPIA O DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA? C. LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.....	252

TABLA 86. PREGUNTA 31. ¿LAS CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE ESTOS SERVICIOS AUXILIARES, SON ELABORACIÓN PROPIA O DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA? D. HEMATOLOGÍA.....	253
TABLA 87. PREGUNTA 31. ¿LAS CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE ESTOS SERVICIOS AUXILIARES, SON ELABORACIÓN PROPIA O DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA? E. ANATOMÍA PATOLÓGICA.	253
TABLA 88. PREGUNTA 31. ¿LAS CATEGORÍAS PONDERADAS O UNIDADES RELATIVAS DE ESTOS SERVICIOS AUXILIARES, SON ELABORACIÓN PROPIA O DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA? F. DIETÉTICA.....	254
TABLA 89. PREGUNTA 32. ¿EN CASO DE QUE LAS UNIDADES RELATIVAS DE VALOR UTILIZADAS SEAN PROPIAS, SE CALCULAN EN BASE AL FACTOR?: A. RADIOLOGÍA.	255
TABLA 90. PREGUNTA 32. ¿EN CASO DE QUE LAS UNIDADES RELATIVAS DE VALOR UTILIZADAS SEAN PROPIAS, SE CALCULAN EN BASE AL FACTOR?: B. QUIRÓFANOS.	255
TABLA 91. PREGUNTA 32. ¿EN CASO DE QUE LAS UNIDADES RELATIVAS DE VALOR UTILIZADAS SEAN PROPIAS, SE CALCULAN EN BASE AL FACTOR?: C. LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.....	256
TABLA 92. PREGUNTA 32. ¿EN CASO DE QUE LAS UNIDADES RELATIVAS DE VALOR UTILIZADAS SEAN PROPIAS, SE CALCULAN EN BASE AL FACTOR?: D. HEMATOLOGÍA.	256
TABLA 93. PREGUNTA 32. ¿EN CASO DE QUE LAS UNIDADES RELATIVAS DE VALOR UTILIZADAS SEAN PROPIAS, SE CALCULAN EN BASE AL FACTOR?: E. ANATOMÍA PATOLÓGICA.	257
TABLA 94. PREGUNTA 32. ¿EN CASO DE QUE LAS UNIDADES RELATIVAS DE VALOR UTILIZADAS SEAN PROPIAS, SE CALCULAN EN BASE AL FACTOR?: F. DIETÉTICA.	257
TABLA 95. PREGUNTA 33. ¿CÓMO SE ORGANIZAN, EN SU HOSPITAL, LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA?	259
TABLA 96. PREGUNTA 34. ¿CÓMO SE IDENTIFICAN LOS PROCESOS DE ENFERMERÍA?	260
TABLA 97. PREGUNTA 35. ¿SE CALCULAN COSTES UNITARIOS DE LOS PROCESOS DE ENFERMERÍA?.....	261
TABLA 98. PREGUNTA 36. ¿SE ACUMULAN LOS COSTES DE LOS PROCESOS DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES?	262
TABLA 99. PREGUNTA 37. ¿CÓMO IDENTIFICA LA ACTIVIDAD REALIZADA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS O CENTROS DE COSTES PRINCIPALES COMO MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, ETC.? A. HOSPITALIZACIÓN: A.1. POR ESTANCIAS.	263
TABLA 100. PREGUNTA 37. ¿CÓMO IDENTIFICA LA ACTIVIDAD REALIZADA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS O CENTROS DE COSTES PRINCIPALES COMO MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, ETC.? A. HOSPITALIZACIÓN: A.2. POR INTERCONSULTAS INTRAHOSPITALARIAS.....	263
TABLA 101. PREGUNTA 37. ¿CÓMO IDENTIFICA LA ACTIVIDAD REALIZADA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS O CENTROS DE COSTES PRINCIPALES COMO MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, ETC.? B. AMBULATORIO: B.1. PRIMERAS VISITAS Y VISITAS SUCESIVAS.....	264
TABLA 102. PREGUNTA 37. ¿CÓMO IDENTIFICA LA ACTIVIDAD REALIZADA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS O CENTROS DE COSTES PRINCIPALES COMO MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, ETC.? B. AMBULATORIO: B.2. ÍNTERCONSULTAS AMBULATORIAS.	264
TABLA 103. PREGUNTA 37. ¿CÓMO IDENTIFICA LA ACTIVIDAD REALIZADA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS O CENTROS DE COSTES PRINCIPALES COMO MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, ETC.? C. EXPLORACIONES Y TRATAMIENTOS ESPECIALES.....	265
TABLA 104. PREGUNTA 37. ¿CÓMO IDENTIFICA LA ACTIVIDAD REALIZADA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS O CENTROS DE COSTES PRINCIPALES COMO MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, ETC.? D. INTERVENCIONES: D.1. ANESTESIA GENERAL.....	265

TABLA 105. PREGUNTA 37. ¿CÓMO IDENTIFICA LA ACTIVIDAD REALIZADA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS O CENTROS DE COSTES PRINCIPALES COMO MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, ETC.? D. INTERVENCIONES: D.2. ANESTESIA LOCAL.....	266
TABLA 106. PREGUNTA 37. ¿CÓMO IDENTIFICA LA ACTIVIDAD REALIZADA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS O CENTROS DE COSTES PRINCIPALES COMO MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, ETC.? E. TODAS LAS ACTIVIDADES ANTERIORES DEPENDIENDO SI EL SERVICIO ES MÉDICO O QUIRÚRGICO.	266
TABLA 107. PREGUNTA 38. ¿ESTAS ACTIVIDADES, SON PONDERADAS PARA EL CÁLCULO DE COSTES UNITARIOS A TRAVÉS DE LOS COSTES DE CENTROS PRINCIPALES (MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, ETC.)?	267
TABLA 108. PREGUNTA 39. ¿QUÉ TIPO DE PONDERACIÓN UTILIZA?	268
TABLA 109. PREGUNTA 40. ¿SE OBTIENEN LOS COSTES UNITARIOS DE CADA ACTIVIDAD INTERMEDIA (PRIMERAS VISITAS, SUCESIVAS INTERVENCIONES, ETC.) DE LOS SERVICIOS PRINCIPALES (MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA, ETC.)?.....	269
TABLA 110. PREGUNTA 41. ¿LOS COSTES UNITARIOS DE LAS ACTIVIDADES INTERMEDIAS (PRIMERAS VISITAS, SUCESIVAS, ETC.), SE ACUMULAN PARA OBTENER EL COSTE POR PACIENTE?.....	270
TABLA 111. PREGUNTA 42. ¿EN QUÉ PORCENTAJE SE ENCUENTRAN INFORMATIZADOS LOS SIGUIENTES SERVICIOS?.....	271
TABLA 112. PREGUNTA 43. ¿SE CALCULAN LAS AMORTIZACIONES POR EL INMOVILIZADO DE LOS CENTROS DE COSTES PARA SU AFECTACIÓN A LOS MISMOS?	272
TABLA 113. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: A. SERVICIOS PRINCIPALES.	273
TABLA 114. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: B. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.	274
TABLA 115. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: C. ESTADÍSTICA ASISTENCIAL.	274
TABLA 116. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: D. PERSONAL	275
TABLA 117. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: E. LAB. ANÁLISIS CLÍNICOS.	275
TABLA 118. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: F. HEMATOLOGÍA.....	276
TABLA 119. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: G. RADIOLOGÍA.	276
TABLA 120. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: H. ANATOMÍA PATOLÓGICA.	277
TABLA 121. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: I. ALIMENTACIÓN-DIETÉTICA.....	277
TABLA 122. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: J. FACTURACIÓN.....	278
TABLA 123. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: K. CONTABILIDAD GENERAL.	278

TABLA 124. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: L. CONSUMOS DE ALMACENES GENERALES.	279
TABLA 125. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: M. CONSUMOS DE FARMACIA.	279
TABLA 126. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: N. CONSUMOS DE UNIDOSIS.	280
TABLA 127. PREGUNTA 44. ¿QUÉ SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTÁN CONECTADOS CON EL DE COSTES DE LOS SIGUIENTES?: O. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.	280
TABLA 128. PREGUNTA 44.1. RESUMEN DE RESPUESTAS MAYORITARIAMENTE CONTESTADAS.	282
TABLA 129. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? A. SERVICIOS PRINCIPALES.	282
TABLA 130. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? B. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.	283
TABLA 131. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? C. ESTADÍSTICA ASISTENCIAL.	283
TABLA 132. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? D. PERSONAL.	284
TABLA 133. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? E. ANÁLISIS CLÍNICOS.	284
TABLA 134. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? F. HEMATOLOGÍA.	285
TABLA 135. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? G. RADIOLOGÍA.	285
TABLA 136. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? H. ANATOMÍA PATOLÓGICA.	286
TABLA 137. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? I. ALIMENTACIÓN-DIETÉTICA.	286
TABLA 138. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? J. FACTURACIÓN.	287
TABLA 139. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? K. CONTABILIDAD GENERAL.	287
TABLA 140. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? L. CONSUMOS DE ALMACENES GENERALES.	288
TABLA 141. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? M. CONSUMOS DE FARMACIA.	288
TABLA 142. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? N. CONSUMOS DE UNIDOSIS.	289

TABLA 143. PREGUNTA 45. ¿ESTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EN EL CASO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL SISTEMA DE COSTES, LO HACEN POR CENTROS DE COSTES O POR PACIENTES? O. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.....	289
TABLA 144. PREGUNTA 46. ¿LLEVA UN REGISTRO DE FACTURACIÓN POR PACIENTES ASISTIDOS POR CADA SERVICIO?: A. FACTURACIÓN POR ESTANCIAS.	291
TABLA 145. PREGUNTA 46. ¿LLEVA UN REGISTRO DE FACTURACIÓN POR PACIENTES ASISTIDOS POR CADA SERVICIO?: B. FACTURACIÓN POR VISITAS EN CADA SERVICIO.	291
TABLA 146. PREGUNTA 46. ¿LLEVA UN REGISTRO DE FACTURACIÓN POR PACIENTES ASISTIDOS POR CADA SERVICIO?: C. FACTURACIÓN GLOBAL SIN SER DESARROLLADA POR SERVICIOS.	292
TABLA 147. PREGUNTA 46. ¿LLEVA UN REGISTRO DE FACTURACIÓN POR PACIENTES ASISTIDOS POR CADA SERVICIO?: D. FACTURACIÓN POR CASE-MIX.	292
TABLA 148. PREGUNTA 46. ¿LLEVA UN REGISTRO DE FACTURACIÓN POR PACIENTES ASISTIDOS POR CADA SERVICIO?: E. FACTURACIÓN Y COBROS.....	293
TABLA 149. PREGUNTA 47. ¿CON QUÉ MEDIOS FACTURA A LOS PACIENTES?	294
TABLA 150. PREGUNTA 48. ¿TIENEN CONOCIMIENTO LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SU FACTURACIÓN?.....	294
TABLA 151. PREGUNTA 49. ¿CÓMO IDENTIFICA LA FACTURACIÓN DE LOS PACIENTES?	295
TABLA 152. PREGUNTA 50. ¿CÓMO CLASIFICA LA CONTABILIZACIÓN DEL GASTO EN LA GESTIÓN INTERNA?	296
TABLA 153. PREGUNTA 51. ¿SE SIGUEN ESTABLECIENDO GUÍAS O PROTOCOLOS DE ACTUACIONES CLÍNICAS QUE SE UTILIZAN PARA EL CÁLCULO DE COSTES POR PACIENTE?: UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN	297
TABLA 154. PREGUNTA 52. ¿DISPONE DE UN PLAN DE CUENTAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA DE COSTES PARA LA GESTIÓN?	298
TABLA 155. PREGUNTA 53. ¿CUÁL ES LA UTILIDAD QUE USTED CONSIDERA SOBRE LA CONTABILIDAD DE COSTES PARA LA GESTIÓN?.....	299
TABLA 156. PREGUNTA V1. % RESULTADO DEL SUMATORIO DE LAS PREGUNTAS 7 Y 8, QUE HACEN REFERENCIA A LOS CENTROS DE COSTES.	300
TABLA 157. PREGUNTA V2. % IMPLANTACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE: SE CALCULA CON LAS DOS ANTERIORES Y LAS PREGUNTAS 18, 20, 21, 25 A 28, 37, 39, 40 Y 42 A 46.	301
TABLA 158. PREGUNTA V3. % DE COSTES POR PACIENTE. CALCULADA POR PORCENTAJE DE RESPUESTA AFIRMATIVA EN LAS PREGUNTAS 30, 36 Y 41.....	304
TABLA 159. PREGUNTA V4. % DISPOSICIÓN A OBTENER COSTES POR PACIENTE. CALCULADA CON V3 Y LAS PREGUNTAS 7 A 11, 13 A 18, 20,21, 23, 25 A 30 Y 34 A 46.	307
TABLA 160. PREGUNTA V5. % DISPOSICIÓN A OBTENER COSTES POR PACIENTE TOTALES. CALCULADA CON LAS PREGUNTAS 7 A 13, 15 A 18, 20, 21, 23, 25 A 30 Y 34 A 46.....	310

ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1. REPRESENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO.	26
ILUSTRACIÓN 2. FLUJO DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ALEMÁN 1992.	39
ILUSTRACIÓN 3. FUNCIONAMIENTO DEL FONDO DE SANIDAD ALEMÁN.	43
ILUSTRACIÓN 4. ESQUEMA DE FUNCIONAMIENTO DEL MODELO SANITARIO FRANCÉS.....	48
ILUSTRACIÓN 5. ESQUEMA DE FLUJOS FINANCIEROS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL DESDE LA REFORMA DEL AÑO 2002.	55
ILUSTRACIÓN 6. GRÁFICO SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL Y DE LAS CCAA DESDE 2002-2010.	57

ILUSTRACIÓN 7. RELACIONES DEL HOSPITAL CON SU ENTORNO.....	62
ILUSTRACIÓN 8. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO E INCERTIDUMBRE.	63
ILUSTRACIÓN 9. MODELO DE GESTIÓN BASADO EN EL CONSENSO HOSPITALARIO.....	65
ILUSTRACIÓN 10. NIVELES DE MANDO DE UN HOSPITAL Y TIPOS DE GESTIÓN.	71
ILUSTRACIÓN 11. CLASIFICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES.....	73
ILUSTRACIÓN 12. ÓRGANOS DE GOBIERNO DE LA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA.	78
ILUSTRACIÓN 13. ORGANIGRAMA DE UNIDADES FUNCIONALES ASISTENCIALES.	82
ILUSTRACIÓN 14. ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA.	83
ILUSTRACIÓN 15. ORGANIZACIÓN DEL INSTITUTO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (ICV) DEL CONSORCIO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (C.H.G.U.V).....	84
ILUSTRACIÓN 16. UNIDADES FUNCIONALES NO ASISTENCIALES.	86
ILUSTRACIÓN 17. APLICACIONES DE LA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA EN LOS HOSPITALES:	92
ILUSTRACIÓN 18. PIRÁMIDE DE GESTIÓN	96
ILUSTRACIÓN 19. CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIOS.	99
ILUSTRACIÓN 20. SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIOS INTEGRADOS EN UN SISTEMA DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL.....	103
ILUSTRACIÓN 21. SISTEMA DE INFORMACIÓN GLOBAL INTEGRADO DEL HOSPITAL.....	104
ILUSTRACIÓN 22. INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS EN EL ÁREA DE SALUD.	105
ILUSTRACIÓN 23. NECESIDAD DE GESTIÓN DEL HOSPITAL.....	106
ILUSTRACIÓN 24. SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS.	109
ILUSTRACIÓN 25. ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA.	110
ILUSTRACIÓN 26. SUBSISTEMA DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA POR LA HISTORIA CLÍNICA CMBD.	113
ILUSTRACIÓN 27. SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE LABORATORIOS.....	114
ILUSTRACIÓN 28. GESTIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL	116
ILUSTRACIÓN 29. DE FUNCIONAMIENTO DE LOS DOS MODELOS DE COSTES EUROPEOS EUROGDR.	143
ILUSTRACIÓN 30. PROCESO DE CÁLCULO DE COSTES MÉTODO “BOTTON UP” UTILIZANDO SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES.	147
ILUSTRACIÓN 31. MODELO DE COSTES BASADO EN EL EPISODIO DEL PACIENTE DIRECT-COSTING EVOLUCIONADO SIN NIVEL AVANZADO DE DESARROLLO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.	151
ILUSTRACIÓN 32. DEL PROCESO DE PRODUCCIÓN ASISTENCIAL BASADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.	152
ILUSTRACIÓN 33. MODELO DE COSTES BASADO EN EL EPISODIO DEL PACIENTE DIRECT COSTING EVOLUCIONADO CON NIVEL AVANZADO DE DESARROLLO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	153
ILUSTRACIÓN 34. ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA.	154
ILUSTRACIÓN 35. DE IMPUTACIÓN DE COSTES BASADO EN EL MODELO A.B.C. (ACTIVITY BASED COSTING).....	155
ILUSTRACIÓN 36. ESQUEMA DE PREGUNTAS DE LA ENCUESTA.	199
ILUSTRACIÓN 37. TESTS UTILIZADOS EN EL ANÁLISIS DE PREGUNTAS DE LA ENCUESTA.	203
ILUSTRACIÓN 38. REPRESENTATIVIDAD DE LA ENCUESTA ENVIADA RESPECTO AL TOTAL DE HOSPITALES ESPAÑOLES.	206
ILUSTRACIÓN 39. REPRESENTATIVIDAD DE LA ENCUESTA RESPECTO A HOSPITALES ENVIADOS Y AL PORCENTAJE DE CAMAS CORRESPONDIENTE EN EL TOTAL NACIONAL.	207

ILUSTRACIÓN 40. GRAFICO REPRESENTATIVO DEL % DE RESPUESTAS TOTAL Y POR PROVINCIAS DE ESPAÑA.....	208
ILUSTRACIÓN 41. DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES EN ESPAÑA.....	210
ILUSTRACIÓN 42. REPRESENTACIÓN GRÁFICA POR CATEGORÍAS DE HOSPITALES DE ENCUESTAS RECIBIDAS.....	212
ILUSTRACIÓN 43. DE RESPUESTAS POR TIPO DE HOSPITAL.....	214
ILUSTRACIÓN 44. % DE RESPUESTAS POR TIPO DE HOSPITAL OBTENIDA EN LA ENCUESTA EUROPEA.....	215
ILUSTRACIÓN 45. RESULTADO VARIABLE V1.....	300
ILUSTRACIÓN 46. RESULTADO VARIABLE V2.....	301
ILUSTRACIÓN 47. DIFERENCIAS MÁS SIGNIFICATIVAS EN LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA.....	302
ILUSTRACIÓN 48. RESULTADO VARIABLE V3.....	305
ILUSTRACIÓN 49. RESULTADO VARIABLE V4.....	307
ILUSTRACIÓN 50. RESULTADO VARIABLE V5.....	311
ILUSTRACIÓN 51. RESULTADO DE TODAS LAS VARIABLES SUMATORIAS.....	314

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCION.

Los servicios sanitarios se prestan en diferentes ámbitos territoriales (Administración Central, Autonómica, Local y Áreas de Salud) por una diversidad de entes que son organizaciones complejas. Estos servicios deben ser prestados con la máxima eficiencia y eficacia y su gestión económica debe asimilarse a la existente en otros sectores de la economía.

El sector público sanitario es un sector muy regulado, tanto en la obtención de recursos financieros que deben ser aprobados por organismos centrales o consejerías de los servicios regionales de salud, como en la contratación de personal o compra de material sujeto a las normas administrativas que regulan tales hechos. En general, hay una falta de autonomía en la gestión, que en el caso de existir permitiría la exigencia de responsabilidades sobre lo realizado, la rendición de cuentas desde el punto de económico y revisar el cumplimiento de objetivos.

Esta tesis se enmarca en el ámbito del estudio del conocimiento aportado por las organizaciones hospitalarias respecto a su organización interna, sistemas de información clínica y económica y la utilización de la contabilidad de gestión como un instrumento de apoyo a la dirección. Creemos que el sector sanitario debe ser objeto de análisis e investigación teórica y empírica. La evaluación económica de la tecnología sanitaria, en su sentido más amplio, esto es comprendiendo tratamientos terapéuticos, diagnósticos y exploraciones, así como la creación y reorganización de nuevas unidades organizativas asistenciales y administrativas, debe conducir a administrar correctamente los recursos invertidos y a analizar los resultados obtenidos y esperados.

En este contexto, la relación entre todas las partes interesadas en la consecución de los distintos objetivos de un sistema sanitario provoca la respuesta óptima frente a las necesidades hospitalarias de una sociedad y la exigencia de sistemas de gestión de los recursos dotados en el mismo para la facilitar la toma de decisiones. Dado que un sistema sanitario está adaptado a los entornos socio económicos diversos debe

configurarse de acuerdo con las necesidades propias de la población que lo mantiene financieramente.

De acuerdo con lo indicado, **los objetivos que pretendemos alcanzar** en esta tesis están desarrollados en dos partes. La primera parte teórica (capítulos 1-4) y segunda parte empírica (capítulo 5).

La primera parte está dedicada al análisis de los Sistemas Sanitarios europeos y es de carácter expositivo, con objeto de analizar su adaptación al contexto sociocultural propio del país que lo ha desarrollado y sus sistemas de contabilidad de gestión, con objeto de obtener una visión integrada entre el nivel asistencial y el sistema de gestión integrado en el mismo.

La segunda parte tiene por objetivo analizar los resultados obtenidos sobre los modelos de gestión existentes en los distintos países de la Unión Europea. Este análisis se realiza en sentido comparado entre los sectores privados y públicos existentes en los sistemas sanitarios para concluir en qué medida los fines diferenciados de ambas gestiones determinan o inciden sobre la adaptación de un sistemas de costes universales.

En el capítulo I, partiendo de las características de los sistemas sanitarios, se clasifican estos en diversas categorías atendiendo al modelo socio-político, la descentralización de competencias sanitarias, el modo de financiación del sistema, la propiedad de los medios de prestación de la asistencia sanitaria, la participación individual del usuario, el modo de verificar el pago o financiación de las prestaciones, la posición del médico o agrupaciones profesionales, los procedimientos de gestión, el papel de las organizaciones políticas en el modelo sanitario y el nivel económico e ideología del país. Se analiza los modelos Alemán y Británico como inspiradores de los sistemas sanitarios en la Unión Europea y se explica la evolución y rasgos del sistema sanitario español.

En el capítulo II se estudia el hospital como un sistema abierto e interrelacionado con el entorno. Hay un entorno general o social que afecta a todas las organizaciones y un entorno específico de cada organización. Los elementos más importantes del entorno específico del hospital son: los usuarios receptores de los servicios asistenciales, los proveedores externos (farmacia, material sanitario, equipos médicos y otros suministros) y los proveedores internos (trabajadores asistenciales y no asistenciales), los competidores (sobre todo en hospitales privados). el componente socio-económico, que se refiere a la actitud y control político / sindical de la actividad del hospital y el componente tecnológico. Se caracteriza la organización hospitalaria, que debe ser flexible para adaptarse al entorno social, contemplando los siguientes aspectos básicos: órganos de dirección y gestión, unidades funcionales asistenciales (servicios médicos, servicios centrales, servicios especiales y servicios de enfermería) y las unidades funcionales no asistenciales (servicio médico-administrativo, servicio económico-administrativo y servicios generales).

En el capítulo III, se abordan los sistemas de información para la gestión hospitalaria que son aquéllos que suministran información técnica y económica necesaria, entrelazando el subsistema de información sanitaria (actividad asistencial, procesos asistenciales e indicadores sanitarios) y el subsistema de información económica (transacciones económicas e imputación de costes). Se analiza el Sistema de Información Global e Integrada del hospital (SIGIH) y los indicadores de calidad. El SIGIH está configurado por el sistema de gestión clínica y de pacientes, el sistema de gestión de recursos y el sistema de gestión económico-financiera.

En el capítulo IV se contemplan los modelos de cálculo de costes en la empresa hospitalaria. Se estudian los métodos “Top-Down” y “Bottom-Up” para el cálculo de costes por case-mix. Los modelos de costes implantados en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) son muy variados, en consecuencia, existen diferentes sistemas de imputación de costes, distintos criterios de distribución y diferencias entre las unidades relativas de valor de los productos intermedios. Los modelos de costes completos tienen como inconveniente la subjetividad inherente a utilizar claves de

imputación de los costes indirectos a los Centros Finales y de estos a los productos intermedios a través de unidades relativas de valor o de pesos, lo cual puede dificultar el análisis de la rentabilidad en la gestión asistencial. Los modelos de costes parciales conectan con el análisis de la rentabilidad económica y, en este sentido, se defiende la aplicación de un modelo Direct Costing evolucionado.

En el capítulo V se efectúa un estudio empírico sobre la implantación de la contabilidad de gestión. Se ha partido del análisis de las investigaciones que se han hecho en España sobre diversos aspectos de la Contabilidad de Gestión en el ámbito hospitalario y se han establecido como objetivos del estudio conocer los modelos de cálculo de costes implantados tanto en los hospitales, españoles como en otros países de la U.E. averiguando si dichos modelos están orientados hacia la obtención del coste por centros de costes o hacia el cálculo del coste por paciente tratado. Igualmente ha parecido importante conocer cuál es el grado de informatización. Para conseguir estos objetivos se elaboró una encuesta con más de cincuenta preguntas que ha sido remitida a hospitales españoles y de otros países del U.E. Se han analizado las respuestas distinguiendo, además del ámbito geográfico ya mencionado, el tipo de financiación de los hospitales: pública o privada.

Las conclusiones más importantes sobre las diferencias existentes entre los hospitales de financiación pública y privada en España son que los modelos de costes utilizados en los hospitales, tanto públicos como privados, no tienen como objetivo final el cálculo del coste por paciente, sino que están orientados a obtener los costes por centros. No obstante, se concluye que los hospitales públicos presentan una mejor disposición o preparación para poder calcular los costes por paciente. La informatización de la información económica y asistencial es mayor en los hospitales de financiación privada que en los públicos.

Las conclusiones más relevantes sobre diferencias entre los hospitales españoles y del resto de la U.E. son que los procesos asistenciales ambulatorios, son identificados y codificados por los hospitales de algunos países de la U.E. mientras

que en la mayoría de los hospitales españoles no se hace. Igualmente, en los hospitales de la U.E. se acumulan los costes de las actividades intermedias para obtener el coste por paciente. La disposición o preparación para obtener el coste por paciente es menor en los hospitales españoles que en el resto de Europa, sobre todo en los hospitales públicos. Los servicios centrales de los hospitales del resto de Europa tienen un mayor nivel de informatización que los hospitales españoles.

PARTE I. ESTUDIO TEÓRICO

CAPÍTULO I LOS SISTEMAS SANITARIOS

PARTE I. ESTUDIO TEÓRICO

CAPITULO I. LOS SISTEMAS SANITARIOS.

Un sistema sanitario es el conjunto de entidades y organismos sociales encargados de la producción de servicios sanitarios, entendiendo por tales aquéllos cuyo objetivo directo es la protección o la mejora de la salud.

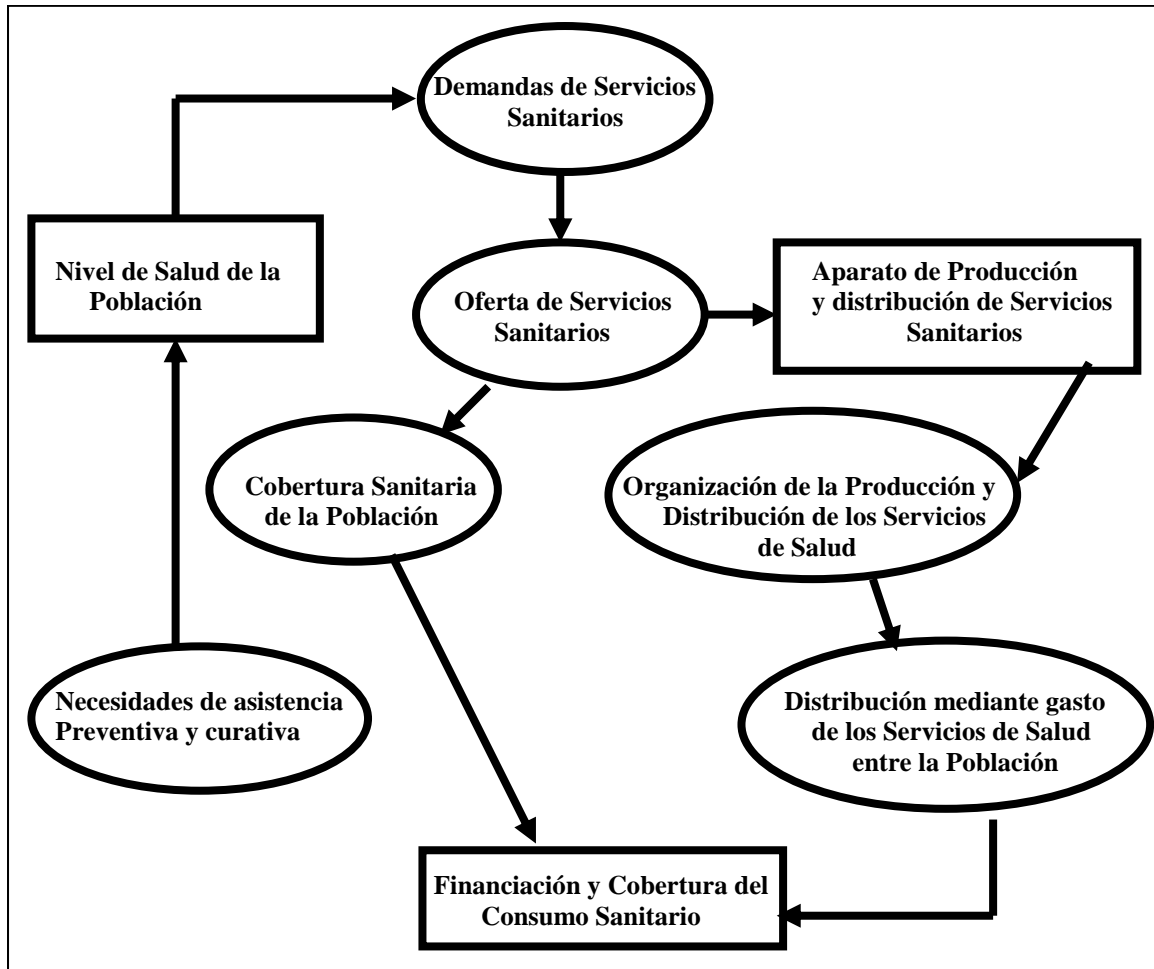
Algunas características relevantes son:

- El Estado es quien regula estos servicios, precisa qué cantidades hay que ofertar y en qué condiciones, y delimita en qué parte del mercado sanitario puede actuar la sanidad privada y qué parte es exclusiva de la pública.
- Hay servicios preferentes, a los que el consumidor tiene derecho, al menos, hasta ciertos niveles mínimos. (Fuentes Quintana, 1990).
- Los servicios sanitarios generan externalidades, de forma que afectan positiva o negativamente a personas distintas a los destinatarios iniciales.
- La información de los mercados sanitarios es asimétrica, como señalan (Newhouse, 1970 y Grossman, 1972). Es el proveedor de servicios (el médico) quien decide gran parte de la demanda de la asistencia sanitaria. Hay una demanda inducida por la propia oferta como indica, entre otros, (Phelps, 1986).
- El mercado sanitario no es un mecanismo de asignación eficiente y distribución equitativa de los recursos sanitarios (Cantarero, 2003d) y presenta conflictos entre eficiencia y equidad.
- En muchas ocasiones, se pone el énfasis en la legalidad y se genera un descontrol del gasto y una ineficaz e ineficiente utilización de los recursos públicos (Barea y Gómez 1994).

I.1. VISIÓN SISTEMÁTICA DEL SECTOR SANITARIO.

En España, el sistema sanitario comprende el conjunto de Servicios de Salud de la Administración Central y de las Comunidades Autónomas. La asistencia sanitaria se extiende a toda la población y es complementada con la asistencia privada concertada.

Ilustración 1. Representación del Sistema Sanitario.



Fuente: Mendiña Sagrado (1989).

Para iniciar este estudio, parece fundamental la definición y delimitación del concepto de servicios sanitarios. Inicialmente, este concepto se basó en el estudio (Abel-Smith, 1969) y en la posterior actualización (Maxwell, 1981) de Abel-Smith quien integra bajo ese concepto la asistencia médica, la salud pública y la enseñanza e investigación.

Los sistemas sanitarios han venido modificando su enfoque desde un planteamiento inicial de equilibrio, en el que solamente preocupaba la mera ausencia o recuperación de enfermedades e invalideces, hacia una perspectiva más amplia que busca el desarrollo potencial del bienestar personal e incluso, actualmente, hacia el concepto de capacidad como elemento central de la salud. (OMS, 2000).

La OMS en su Carta Constitucional (1948) definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Posteriormente, autores como (Terris, 1980), propusieron modificar esta definición diciendo que es, “Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

A pesar de la creencia generalizada de que la salud está influida básicamente por la asistencia sanitaria, existen otros elementos que son los denominados “factores determinantes de la salud” (López i Casanovas y Ortún, 1998). Ya en el informe Chadwick, sobre las condiciones sanitarias de los trabajadores de Gran Bretaña (1842) (Chadwick, 1842 y Peter, 1990), se señalaba que la salud individual y colectiva estaba condicionada por el entorno. Actualmente, se reconoce que el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables:

1. Biología humana (genética y envejecimiento).
2. Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
3. Estilos de vida (conductas de salud).
4. Sistema de asistencia sanitaria.

Puesto que la biología humana casi no se puede modificar, son las otras tres variables las susceptibles de cambios, y por tanto hacia ellas deberían dirigirse las acciones de salud pública (Losada et al. 1997 y 1999).

La información clave sobre el sistema sanitario se explicita en los tres siguientes subsistemas de información:

- 1°)- Salud colectiva,
- 2°)- Producción y distribución de servicios médicos y,
- 3°)- Cobertura del consumo de servicios sanitarios.

I.1.1. NIVEL DE SALUD COLECTIVA.

El nivel de salud colectiva opera como indicador del comportamiento del sistema, al expresar tanto la estructura de las necesidades sanitarias de una colectividad como la influencia de la actividad de las instituciones productoras de los servicios sanitarios y la cobertura efectiva de estos. Se expresa en términos de mortalidad o causas de muerte, y morbilidad o enfermedad.

El nivel de salud viene expresado, por tanto, por la combinación de un lenguaje clínico-médico y de un soporte de carácter estadístico: estadística de tasas de morbilidad, mortalidad infantil, maternal, perinatal, etc. así como de la incidencia de las afecciones más significativas que sufre la población.

I.1.2. PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.

Este subsistema de información refleja la dimensión productiva de los entes del Sistema sanitario. La información está referida tanto a la estructura de los recursos sanitarios disponibles, personal sanitario, instalaciones, equipamiento, etc. como a la asignación de los mismos, y se traduce, convencionalmente, en forma de distintos indicadores del tipo: personal sanitario/población, farmacias/población, camas hospitalarias/población, tasa de admisiones hospitalarias, consultas/población, duración de la estancia, propiedad y régimen jurídico de las instalaciones, etc.

I.1.3. COBERTURA DEL CONSUMO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

La cobertura dependerá de los procedimientos de financiación. La participación pública o privada en la financiación de los servicios sanitarios en los países

desarrollados demuestra que la distribución de los servicios y la cobertura de las necesidades colectivas están directamente influenciadas por el mecanismo de financiación que, a su vez, refleja la forma de organización social y económica predominante en una comunidad. Históricamente, los gobiernos han ido asumiendo una parte cada vez más importante de la cobertura y del gasto sanitario con la extensión de las instituciones de seguridad social y de previsión de riesgos y enfermedades. Sólo en el caso de Estados Unidos dicha participación es mayoritariamente privada.

I.2. CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS.

Los diferentes sistemas sanitarios se han dividido en diversas categorías (Muñoz, 1989) según adopten como parámetros de medida unas u otras características. Se consideran características relevantes las siguientes:

- El modelo socio-político.
- Descentralización de competencias sanitarias.
- Modo de financiación del sistema.
- Propiedad de los medios de prestación de la asistencia sanitaria.
- Participación individual del usuario.
- Modo de verificar el pago o financiación de las prestaciones.
- Posición del médico o agrupaciones profesionales.
- Procedimientos de gestión.
- Papel de las organizaciones políticas en el modelo sanitario.
- Nivel económico e ideología del país.

Veamos algunos ejemplos:

1. El papel del modelo socio-político.
 - Países sujetos a un rígido sistema de planificación central. Casos: China o Cuba.

- Países en los que predomina la ideología liberal y las prestaciones asistenciales se deben mayoritariamente a la iniciativa privada. Caso: Estados Unidos.
- Países en los que predomina una ideología política centrista, social-demócrata o democristiana, en los que los centros de propiedad pública suponen un importante tanto por ciento del total y coexisten con los centros privados. Casos: Alemania, Países Bajos, Bélgica.

2. La descentralización de competencias sanitarias en las Comunidades, Regiones o Estados Federales recogidos en las constituciones de cada país.

- Sistemas con órganos de decisión fuertemente centralizados en los que las regiones y municipios solamente desarrollan su actividad sanitaria. Caso: Sistema Británico, Sistema Español (Insalud).
- Sistemas en los que los Estados Federales y los Municipios son los principales prestadores sanitarios, reservándose el Estado sólo las grandes decisiones de sanidad. Casos: Alemania. Países Escandinavos. Francia. Canadá. Estados Unidos y España (Comunidades Autónomas con competencias en sanidad transferidas)

3. El modo en que se efectúa la financiación del Sistema. Sistemas públicos, privados y mixtos (Repullo, 1988, 43-56). La clasificación basada en los medios de financiación, divide estos en:

- Sistema de financiación directa y totalmente dependiente de los fondos del Estado. Caso Español.
- Sistema de financiación por impuestos. Caso Británico, Dinamarca, Grecia, Irlanda, Italia, Portugal, España, Suecia y Nueva Zelanda.
- Sistema de financiación a través de Cajas de Enfermedad de propiedad privada con fuerte regulación legal y vigilancia gubernamental. Caso Alemania y Suiza.
- Sistema de financiación a través de compañías de seguros privados que compiten entre sí. Caso Estados Unidos.

4. La propiedad de los medios de prestación de la asistencia sanitaria.
 - Países en los que la propiedad es estatal. Caso de China.
 - Países en los que coexisten la propiedad estatal y la privada. Caso de Alemania o de Bélgica.
 - Países en los que la propiedad es predominantemente privada. Caso de Estados Unidos.

5. La participación individual del usuario en la prestación económica:
 - Países en los que es obligatoria la cobertura de riesgos mediante el pago de impuestos caso Español y Británico.
 - Países en los que se deja un margen mayor o menor en la elección de cobertura de riesgos en manos de los ciudadanos, caso Francés, Belga y Danés.
 - Países en los que cada ciudadano puede elegir libremente asegurar sus riesgos de pérdida de salud. Caso de Estados Unidos.

6. El modo en que se verifica el pago o financiación de las prestaciones.
 - Mediante un presupuesto anual, con cargo a partidas presupuestarias. Caso Español.
 - Pago por estancias concertadas. Caso Suizo.
 - Pago mediante un sistema de precios para atenciones tipificadas. Es el caso de tarifas por Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR's) en Estados Unidos por Medicare o Medicaid.

7. La posición del médico y de sus agrupaciones profesionales en el sistema.
 - Sistemas en los que el médico pertenece a la plantilla de los centros gozando de contratos fijos y en una situación alejada del ejercicio de la libre profesión. Caso de España y Gran Bretaña.
 - Sistemas en los que el médico cobra por sus prestaciones o actos, utilizando los medios disponibles en los centros sanitarios. Caso Canadiense y Británico este último en atención primaria.

8. Los procedimientos de gestión.

- Procedimientos derivados de las administraciones públicas. Caso Canadá y España.
- Procedimientos de gestión de empresas privadas mercantiles. Caso de los centros privados existentes en todos los países.

9. El papel que juegan las organizaciones políticas en la gestión del sistema sanitario.

- Los altos cargos de gestión son ejercidos por personas vinculadas a partidos políticos. Caso Español y Británico.
- Inexistencia de políticos en la gestión. Es el caso Estadounidense o el Holandés o el de los centros privados españoles. (Guillen, 2006).

Si combinamos el modelo sociopolítico y el nivel económico podemos presentar el siguiente cuadro, en el que podemos clasificar un buen número de países.

Tabla 1. Sistemas Sanitarios según el Nivel Económico.

SISTEMAS SANITARIOS NIVEL ECONÓMICO	MERCADO LIBRE PERMISIVO	SEGURIDAD SOCIAL MUTUALISMO	COBERTURA UNIVERSAL	PLANIFICACIÓN CENTRALISTA SOCIALISTA
RICO INDUSTRIALIZADO	EEUU	ALEMANIA CANADA JAPON	GRAN BRETAÑA N. ZELANDA NORUEGA ESPAÑA	URSS CHECOSLOVAQUIA
EN DESARROLLO NORTE	THAILANDIA FILIPINAS	BRASIL EGIPTO SUDAFRICA	ISRAEL NICARAGUA MALASIA	CUBA COREA DEL SUR
POBRE	GANA NEPAL BANGLADESH	INDIA BORNEO	SRILANKA TANZANIA	CHINA VIETNAM
RICO EN RECURSOS		LIBIA GABON	KUWAIT ARABIA SAUDI	

Fuente: Temes (1992).

En el mundo actual, los modelos puros no existen. Todos los sistemas sanitarios son mixtos o híbridos.

I.3. SISTEMAS SANITARIOS EN LA UNIÓN EUROPEA.

Los sistemas sanitarios de los estados industriales han ido evolucionando a partir del modelo Británico y Alemán, según sean más o menos intervencionistas. Son el resultados de reformas sanitarias consecuencia de la presión de los costes sanitarios en los presupuestos públicos, lo cual ha llevado a algunos Gobiernos a replantearse el "Estado de bienestar" (Limón, 1984).

Con la Unión Europea como referente de la integración europea se dan circunstancias que favorecen una cierta convergencia de los sistemas sanitarios europeos. El desarrollo histórico y en consecuencia las diferentes características de cada sistema nos permiten tipificar esquemáticamente los sistemas sanitarios en tres grandes grupos:

1.- Los Inspirados en el informe Beveridge de 1942, (Social Insurance and Allied Services) (Beveridge, 1942 y Harold, 2012) en Inglaterra que estableció un Sistema Nacional de Salud (NHS, National Health Services, 1948) cuyas características son:

- Cobertura universal, equitativa y gratuita.
- Financiación por impuestos.
- Gestión y control por el gobierno.
- Propiedad estatal de los medios de producción y una parte de sector privado.
- Provisión pública (en su mayoría).
- Médicos asalariados.
- Atención Primaria como puerta de entrada al sistema.

Entre los Países que adoptan este modelo están: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, Reino Unido, Grecia, Italia, Portugal y España.

2.- Sistema Bismark (inspirado en la legislación social de Alemania de 1883). Este sistema es llamado de la seguridad social y presenta las siguientes características:

- Cobertura universal dentro del sistema.
- Financiación por contribuciones de empresarios y empleados a través de un fondo de seguros., Sistema Mutualista (cajas de seguridad)
- El estado garantiza las prestaciones mediante cuotas obligatorias.
- Propiedad pública y privada de los medios de producción y de los cuidados de salud. Los Países que adoptan dicho sistema son: Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Países Bajos.

Tabla 2. Resumen comparativo de los dos Sistemas Sanitarios de Europa.

Beveridge	Bismark
Cobertura universal.	Cobertura universal y obligatoria
Financiación por impuestos.	Financiación por cuotas: empleados y empresarios por fondos de seguros.
Control y gestión por el gobierno.	Control por el gobierno gestión corporativa de: cajas asociaciones de médicos a nivel ambulatorio
Propiedad estatal de los medios de producción y del sector privado	Propiedad publico-privada de los medios de producción
Médicos asalariados.	Médicos concertados - profesionales autónomos
Atención Primaria entrada al sistema.	Atención Primaria entrada al sistema.
Reconoce el derecho a la protección de la salud	Conveniencia de cubrir el riesgo de enfermedad de los trabajadores
Entre los Países	Entre los Países
Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, Reino Unido, Italia, Portugal, España	Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Países Bajos.

3.- Modelo de Sistema centralizado, propio de los países del Este, los cuales presentan las siguientes características:

- Libre acceso de todos los ciudadanos.
- Financiación por presupuestos estatales.
- Control gubernamental de todo el sistema.
- No existe sector privado.

Los servicios sanitarios en Europa se caracterizan por su universalidad y por su financiación mayoritariamente pública (de media, el 75% del gasto total sanitario corresponde a financiación pública).

En muchos casos la atención es gratis en el punto de prestación del servicio (como en España y el Reino Unido), pero en otros existe copago para la atención médica (Finlandia y Suecia), o hay un sistema de reembolso como en (Bélgica y Francia).

España, en 2010 es el país, que se situó cuatro puntos por debajo de la media Europea con un porcentaje del 25,7% de su PIB, los países con mayor gasto social con respecto al PIB fueron Francia (33,8%), Dinamarca (33,3%), Holanda (32,1%) y Alemania (30,7%). España, estuvo por encima de otros países de la Unión como Rumania, Letonia, etc., que dedicaron en torno al 18% de su PIB a gastos de protección social. España gastaba en el 2010, 6.734\$ (PPS), junto a Grecia y Portugal, estando muy por debajo de la UE-15 con una media de 8.103\$ (PPS), (Maravall, 2002; Rodríguez, 2010; Jurado y Ramos, 2010; MSCPS, 2007a).

Los cambios en los problemas de salud de las poblaciones y la constante evolución de la sanidad, provocan también una constante transformación en los Sistemas Sanitarios. Son causas concretas de dichos cambios:

1. Los cambios demográficos y epidemiológicos, como el proceso de envejecimiento, la cronicidad de las enfermedades o el conocimiento de los factores de riesgo, que están haciendo cambiar las características de la demanda asistencial y las oportunidades para la prevención de las enfermedades, originando nuevas necesidades de educación sanitaria individual y poblacional.

2. La tendencia al incremento en la utilización de los servicios de salud, tanto hospitalarios, como de atención primaria.

3. Un crecimiento del gasto sanitario mayor que el del PIB, debido al elevado coste de la tecnología necesaria para el proceso asistencial.

4. La importancia creciente de la atención primaria como reguladora de la puerta de entrada del sistema sanitario (Martín, 1997 y McKeown, 1981).

El debate sobre los sistemas sanitarios se ha reducido, en muchas ocasiones, a una discusión entre los partidarios de un sistema sanitario público y los que abogan por un mayor protagonismo del sector privado. Los argumentos para demostrar que uno u otro modelo resuelven mejor los problemas más importantes de la atención sanitaria, están siempre en una constante y controvertida actualidad (Williams, 1988).

Es necesario destacar algunas variables que influyen en los sistemas de valores propios del sistema sanitario de un país, y que son susceptibles de modificación para su mejora (Donabedian, 1971 y Roemer, 1997). Podemos identificar cuatro elementos: la población, los proveedores de servicios sanitarios, las agencias aseguradoras y el gobierno (Evans, 1981).

En la mayoría de los países occidentales, los gobiernos tienen un papel redistributivo y corrector de las imperfecciones del mercado sanitario, lo cual se hace a través de la política fiscal, la emisión de normas que regulan los regímenes de seguros sanitarios o la provisión de determinados servicios (Mayntz, 1985).

Las variables o elementos mencionados están relacionados con la regulación, la financiación, la provisión de los servicios y la gestión. Estas determinan los resultados del sistema de salud y de la política sanitaria.

Las diferencias en la regulación se dan tanto en los órganos reguladores como en las materias reguladas. Respecto a la financiación hay cuatro formas: los impuestos, las contribuciones a seguros sociales obligatorios, la suscripción voluntaria de seguros privados y el pago directo por acto. La provisión de cuidados médicos y sanitarios en

general, ha pasado de ser proporcionada por profesionales individuales a serlo por organizaciones más o menos complejas.

Las funciones de gestión dependen de las características del entorno del sistema sanitario, el nivel de centralización de las decisiones, la propia financiación y los fines de la organización (Rakich, Longest y Darr, 1992).

Con la reforma de los sistemas sanitarios, se abordan distintos objetivos (Hurst, 1991), que podemos agrupar en las categorías siguientes:

- La capacidad de acceder a los cuidados sanitarios.
- La forma de financiación, que define las características de la protección de la población frente a los riesgos sanitarios, la relación entre capacidad de pago y cobertura de salud.
- El grado de redistribución, que varía según la forma de financiación (pago por acto), pago por pólizas, por sistema fiscal, etc. (Pedraja y Agúndez, 2003).
- Eficiencia macroeconómica, cuando el PIB gastado en los servicios sanitarios es adecuado para lograr el nivel de bienestar acordado y no debe consumir recursos que podrían ser más beneficiosos utilizados en otros sectores, (Costas y López Casasnovas, 1988).
- Eficiencia microeconómica o productividad que pretende optimizar los recursos invertidos en servicios sanitarios (McPherson, 1990).
- Satisfacción de los ciudadanos con sus servicios sanitarios (Blendon, 1990).
- Resultados en los niveles de salud. (OMS, 2000 y MSCPS, 2007a).

Consideramos de interés, destacar a continuación los aspectos sustanciales de los sistemas sanitarios de Alemania, Francia y España.

I.3.1. ALEMANIA.

Alemania fue el primer país en desarrollar un sistema de Seguros Sociales Obligatorios por iniciativa del canciller Bismark en 1883. Un sistema financiado por las cuotas de sus afiliados, que fue el origen de los sistemas sanitarios de los países industrializados. Dada la organización política federal de Alemania, la regulación de los servicios sanitarios se distribuye entre el Gobierno federal, los Länder o estados federados y los Gobiernos locales.

El Gobierno Federal se encarga de la política general sanitaria y tiene jurisdicción sobre el sistema en su conjunto, mientras que los Länder se responsabilizan de la administración, supervisión local de las cajas de enfermedad y de las asociaciones de médicos, la gestión de hospitales, su planificación, etc. La coordinación de las actuaciones sanitarias de los Länder se efectúa a través de la Conferencia de Ministros de Salud y la Conferencia de Empleo y de Asuntos Sociales.

La cobertura sanitaria alcanza a prácticamente el 100% de la población a través de las cajas de enfermedad que integran el llamado Seguro Estatutario de Enfermedad (GKV, Gesetzliche Krassenkassen). Ver ilustración 2

La pertenencia a las cajas de enfermedad es obligatoria para los trabajadores con rentas bajas, pensionistas, etc. El resto de trabajadores pueden engrosar estas cajas de forma voluntaria, como complemento de su aseguramiento privado.

Cerca del 10% de la población (funcionarios, autónomos y personas de renta elevada) está protegida por seguros privados, que reembolsan a sus clientes los servicios prestados. Alemania cuenta en la actualidad con 453 cajas de enfermedad.

Los servicios que entran dentro de este aseguramiento público que ofrecen las cajas de enfermedad pueden ser servicios sanitarios públicos, farmacéuticos, médicos y los proporcionados por hospitales públicos, privados sin ánimo de lucro y los servicios de asistencia a domicilio.

privados. El restante 12% procedería del gasto sanitario privado de los particulares no reembolsado. (Busse, 2001 y Busse y Riesberg, 2004).

Cada asegurado contribuye según su capacidad financiera (un porcentaje de sus ingresos). Estas cargas financieras se distribuyen a partes iguales entre las empresas y el asegurado. En la organización del sistema, el Ministerio de Sanidad se apoya en otros organismos. Entre los más importantes está el Instituto Federal de Medicamentos y Recursos Médicos de Berlín (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bfarm), que registra y concede licencias a los nuevos medicamentos, homeopáticos y recursos médicos, basándose en criterios de eficacia, seguridad y calidad farmacéutica, entre otras funciones.

El sistema público de protección de salud está constituido fundamentalmente por el Seguro Estatutario de Enfermedad (S.E.E.) que gestiona tanto las prestaciones sanitarias como las económicas por enfermedades de corta duración.

Su cobertura alcanza a alrededor del 88% de la población. La obligatoriedad del aseguramiento gira en torno a conceptos de profesionalidad, nivel de renta, etc.

La gestión está regulada por Ley Federal y está confiada a alrededor de 1.100 fondos o cajas de seguridad (Sickness Funds), existiendo ocho tipos distintos de fondos locales (fondos de empresa, fondos de agricultores, de artesanos, etc.).

El sistema de cuidados de salud tiene una organización descentralizada caracterizada por el federalismo y cuerpos corporativos no gubernamentales. Existen asociaciones de médicos y dentistas, por un lado, y fondos de enfermedad y sus asociaciones en el otro.

Los fondos de enfermedad están constituidos en asociaciones que actúan, tanto a nivel de los Estados (16, Lánders) como a nivel Federal. En ambos niveles, estas asociaciones funcionan como entidades de derecho público y llevan el peso de la

negociación y contratación. (Ilustración 2. Flujo de Financiación del Sistema Sanitario Alemán 1992).

En el año 2003 cerca del 87% de la población estaba cubierta por un seguro de salud estatutario, a nivel obligatorio en un 77%, a nivel voluntario por un 10%, otro 10% tenían seguros de salud privados, un 2% estaba cubierto por aportaciones gubernamentales y un 0,1% no estaba cubierto. El seguro de enfermedad proporciona asistencia gratuita para la mayor parte de los servicios, aunque para la hospitalización y los medicamentos se exige la participación del asegurado (Copago).

La financiación proviene principalmente de las cotizaciones que satisfacen los trabajadores y empresarios, en la proporción de un 50% cada uno. La Ley de Financiación de hospitales introduce un sistema de doble financiación por el que cada Lánders financia las inversiones y las compañías aseguradoras los gastos de explotación. La financiación se realiza por contribuciones sociales y rige el principio de libre elección de médico y de hospital.

Alemania aplica desde hace dos años un nuevo plan para su Sanidad Pública dado que su coste creció en 20.000 millones de euros entre 2007 y 2010. El Consejo de Ministros de Alemania aprobó en 2011 una profunda reforma del sistema de financiación de la sanidad que consta de los siguientes elementos: contención del gasto, modificación del sistema de cotizaciones y mecanismos de compensación social.

Los trabajadores tendrían que asumir en solitario el incremento del coste de la sanidad originado por el envejecimiento de la población y con la reforma del seguro de enfermedad, se acelera el proceso de fusión de aseguradoras.

El fondo de sanidad depende del Organismo Federal de Seguros (Bunderversicherungsamt), quien recauda las cotizaciones de los asegurados y transfiere a las cajas de enfermedad, una cantidad global por asegurado y un

suplemento dependiendo de si la enfermedad es crónica. Las cajas de enfermedad deben recaudar los fondos necesarios para hacer frente a las subidas de costes. La reforma AMNOG, “Gemeinsame Bundesausschuss” de 22 de diciembre del 2010, gradúa de 1 a 6 el nivel de beneficio terapéutico añadido a los nuevos medicamentos para la fijación de precios públicos. (COFM, 2001a).

Los fondos de enfermedad financian los gastos recurrentes y los costes de mantenimiento. Desde 2004 el sistema aceptado para pagos por gasto hospitalario son los GDR's australianos adaptados a su idiosincrasia. Ilustración 3.

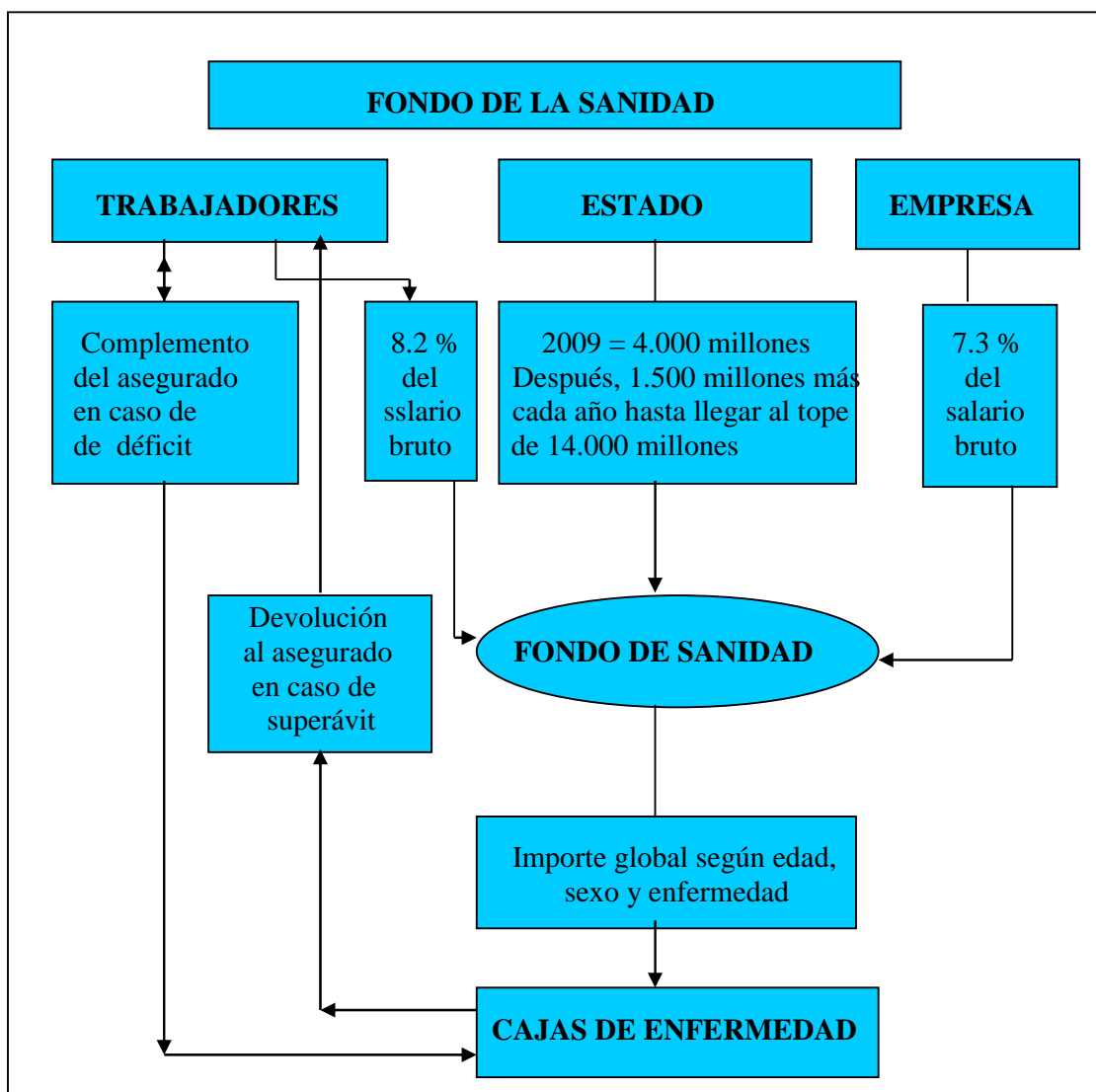
Desde 1988, el sistema sanitario alemán se ha visto expuesto a sucesivas reformas de distinto calado. (MSD Group, 2000).

Como se recoge en el informe Health Care Systems in Transition, del Ministerio de Sanidad de Alemania (MSA, 2010), las más importantes han sido las siguientes:

- Ley de Reforma de la Atención Sanitaria, de 1988, introdujo el sistema de precios de referencia para los medicamentos, además de una lista negativa para los fármacos basándose en su ineficiencia. Fomenta la competencia por el sector privado y la reducción drástica del déficit mediante la contención del gasto público, avanzando en el establecimiento de una caja unitaria.
- Ley de Mejora de la Estructura de la Atención Sanitaria, de 1992 (Gesundheits strukturgesetz). Introduce normas no de contención del gasto como las anteriores leyes, sino de modificación de estructuras y creación de incentivos (Arnold y Jelastopulk, 1995). Con esta Ley se intentó incidir en los siguientes aspectos:
 - ✓ El control de costes de la sanidad haciéndose un énfasis especial en la introducción de presupuestos limitados.
 - ✓ Abrir el sector hospitalario y los seguros de enfermedad a la competencia

- ✓ La libertad para escoger entre seguros médicos, por la población.
- ✓ Supresión del principio de coste cero de los servicios hospitalarios.
- ✓ Aumentó del copago en los medicamentos diferenciando entre fármacos.
- ✓ Establecimiento de límites máximos anuales en los presupuestos médicos para recetas, contemplando penalizaciones monetarias para los médicos y la industria farmacéutica en caso de rebasarse los presupuestos asignados.

Ilustración 3. Funcionamiento del Fondo de Sanidad Aleman.



- Ley de Exoneración del índice de Contribución al Seguro Sanitario, de 1996. Incluyó una serie de medidas importantes:

- ✓ Los medicamentos, con patente de dicho año, se excluían del sistema de precios de referencia, como medida de apoyo a la investigación de la industria farmacéutica alemana.
 - ✓ Asimismo, se suprimió la obligación establecida para los farmacéuticos de suministrar productos de importación paralela.
 - ✓ Se incrementó en enero el sistema de copago de ciertos fármacos.
 - ✓ También se han ofrecido guías de prescripción de medicamentos para los médicos que participan en el sistema público de salud, con la pretensión de sustituir fármacos de marca por genéricos y medicamentos nuevos por antiguos de menor precio.
 - ✓ Se introdujeron en el año 97, volúmenes fijos de prescripción de forma individualizada.
- Ley de Reestructuración del primer y segundo Estatuto del Seguro Sanitario, de 1997, incidió en:
 - ✓ El Recorte de prestaciones (se excluyó el tratamiento dental de las prestaciones gratuitas para todas las personas nacidas después de 1978) y,
 - ✓ El Recorte de las tasas de contribución, al tiempo que se aumentó los copagos para los medicamentos.
- Las Leyes posteriores:
 - Ley para Fortalecer la Solidaridad en el Estatuto del Seguro Sanitario, de 1998.
 - Ley de Reforma del Estatuto del Seguro Sanitario 2000, de 1999.
 - Ley de Reforma de enero de 2000, estas leyes insistieron en:
 - ✓ El establecimiento de listas y de límites de gasto de medicamentos para la industria farmacéutica.
 - ✓ La apertura de la sanidad a la competencia, por lo que se suprimieron instrumentos contrarios al libre mercado como los presupuestos y los contratos colectivos.

- ✓ Cancelación de los presupuestos en la atención ambulatoria.
- ✓ La calidad del aseguramiento.
- ✓ Hacer más hincapié en lograr una cooperación más intensa entre los agentes sanitarios, de modo que el paciente obtenga en todo momento el mejor tratamiento por parte del profesional.

Durante los últimos años entre los médicos se ha promovido la prescripción de especialidades genéricas, con el fin de reducir el precio de los medicamentos, lo que ha llevado a situar la cuota de ventas de este tipo de medicamentos (entre un 10% y un 30% más baratos), en un 23%, cifra sólo superada en la UE por Holanda.

Alemania es el país europeo que más dinero destina a financiar la sanidad. En términos porcentuales sobre el PIB, Alemania dedicó en 1997 el 10,5% de su presupuesto a este concepto, por la asimilación de los estados federales de Alemania del Este tras la caída del muro en 1989 lo que explicó buena parte de este crecimiento tan espectacular. La media europea de gasto se encontraba en 1997 en el 8,5%. España (7,4%) y el Reino Unido (6,8%), son los países de la Unión que ocupan los últimos lugares en el gasto sanitario, en el año 2010 el gasto sanitario total per cápita fue de (4.338 \$), es decir un 11.6% respecto al PIB siendo del 8.1% el gasto público, mientras la media de la OCDE fue de (3.268 \$) un 9.5 % respecto al PIB, datos ajustados por paridad de poder de adquisición (PPA). (OCDE, 2012 y Eurostat, 2013).

El aumento del gasto sanitario no se ha acompañado de un incremento de la aportación pública, sino que esta se ha mantenido constante, incluso ha retrocedido si se compara con 1980, donde alcanzaba el 78,7% del total del gasto sanitario, en el 2002 fue del 79%.

En 2008, el gasto farmacéutico total fue de 43 billones de dólares, siendo el total para los países de la UE-27 de 246 \$, (OCDE, Health Data, 2010). A partir de 2011 se pone en marcha la Ley del mercado farmacéutico, que cambia el proceso de fijación de los precios en base a criterios de beneficios terapéuticos adicionales.

Por lo que respecta a la tasa de copago por medicamento en 1998, esta aumentó en un 20% respecto a 1997 y un 60% si se toma como referencia 1996, para el último dato de la Eurozona 2009, el copago farmacéutico por habitante fue del 20.1 euros por habitante siendo el valor medio de la Eurozona 38.7 euros, (COFM, 2012).

I.3.2. FRANCIA.

El principal mecanismo público de protección a la salud, es el seguro de enfermedad que se integra en el sistema de seguridad social, estructurado en regímenes que ofrecen una cobertura global a la totalidad de la población, adoptó el modelo Bismark en 1928.

En cuanto a la estructura organizativa del sistema de salud francés, su sistema sanitario es uno de los más complejos, es un sistema de seguro de salud nacional complementario, con financiación basada en impuestos (tasa general social, CSG) y en los seguros de salud voluntarios complementarios como los referidos a otras enfermedades como el Sida (VIH).

Los médicos pueden o no atender a los pacientes del seguro obligatorio, quienes lo hacen pueden cobrar las tarifas impuestas por el asegurador o cobrar importes adicionales.

El sistema de salud está regulado por el Estado (Parlamento, Gobierno y Ministerios) y los Fondos de Seguros de Salud Estatutarios.

Hay tres esquemas principales dentro del sistema de seguro de salud estatutario: El principal de ellos es el General que cubre al 85% de la población, trabajadores, asalariados de la industria, del comercio y de los servicios, pensionistas y desempleados, también existen regímenes especiales que representan el 11% de los gastos (mineros, funcionarios, estudiantes, etc.) y regímenes autónomos que representan el 9% de la población (comerciantes, agricultores) (MAE, 2007).

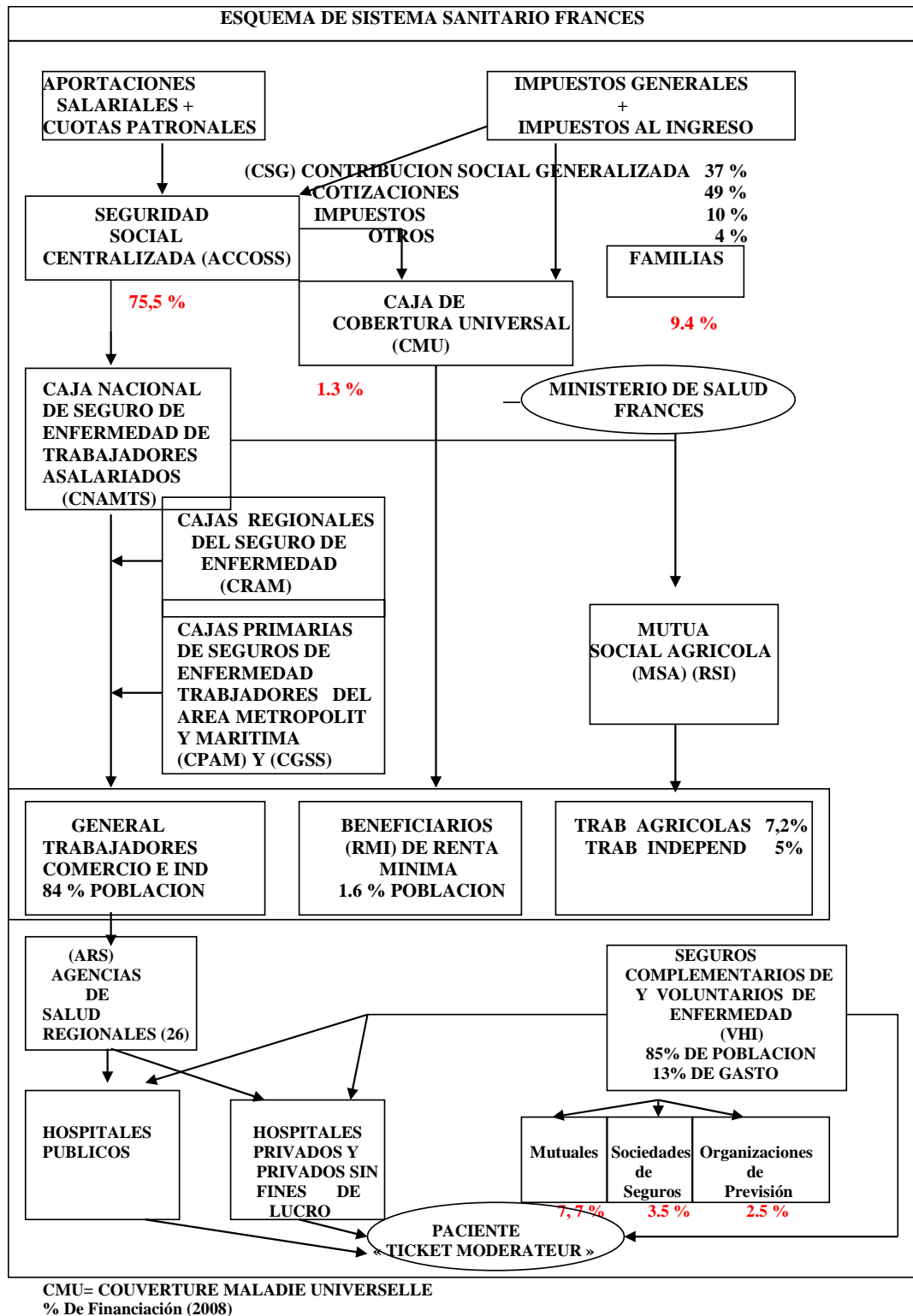
Los recursos se obtienen a través de las cotizaciones obligatorias de los asegurados y empresarios. La gestión del seguro de enfermedad en régimen general esta descentralizada y se efectúa por una pluralidad de cajas primarias a nivel nacional, regional y departamental Seguro de Salud para los trabajadores asalariados (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries- (CNAMTS), además Cajas regionales de seguro de enfermedad (CRAM), Cajas primarias de seguro de enfermedad metropolitanas (CPAM), Cajas Generales de seguridad social (CGSS) en los departamentos del Ultramar, Mutualidad Social Agrícola y Autónomos (MSA-RSI) y configuradas como entidades de derecho privado, a esta organización de carácter obligatorio, hay que añadir la red de protección social complementaría administrada por mutuas y financiadas por cuotas voluntarias que cubren a 40 millones de franceses, las compañías aseguradas privadas y los organismos de previsión. Las prestaciones sanitarias varían según los regímenes y el asegurado debe de pagar por casi todos los servicios. (MSFAE, 2010).

El Seguro de Enfermedad paga a los hospitales públicos a través de presupuestos globales prospectivos en base a los GDR's. Los hospitales privados lucrativos se pagan mediante una cantidad fija que cubre todos los gastos a excepción de los médicos que se cubren en base libre.

Se basa en la medicina liberal, consistente en un reembolso parcial o total de los gastos por enfermedad "Ticket modérateur" y el "Forfait journalier" que pagan pacientes ingresados en los hospitales (Excepto de larga duración). Existe una lista de medicamentos de cobertura pública. Hay libre elección de médico así como libre elección entre hospitales (públicos y concertados). (COFM, 2001b).

La financiación del sistema se realiza mediante cotizaciones obligatorias de los asalariados, empresas, y diferentes niveles de copago por prestaciones que deben satisfacer los pacientes.

Ilustración 4. Esquema de Funcionamiento del Modelo Sanitario Francés.



El sistema hospitalario en Francia es mixto: público y privado, El gasto público representó el 76% del total cuota que se ha mantenido prácticamente estable durante los últimos veinte años, aunque se puede decir que la actividad de hospitalización es

mayoritariamente pública (2/3 de las camas disponibles en el sistema hospitalario francés forman parte del sector público). En cambio, los servicios ambulatorios se encuentran la mayoría liberalizados. Las tarifas de los centros públicos las fija la Administración y de los centros privados son establecidas en contratos entre las agencias regionales y los hospitales.

Francia fue el país de la Unión Europea detrás de Alemania, que dedicó un mayor esfuerzo presupuestario a financiar la salud, (OCDE, Health Data, 2000), el 11,6% de su P.I.B, al mismo nivel que Alemania, siendo la media de los países de la OCDE de 9.6%, el Gasto sanitario público total per cápita, ese año fue de 3.974 \$ (PPA), detrás de Alemania y seis puestos por encima de la media de los países de la OCDE 3.268 \$ (PPA).

El Gasto farmacéutico, en medicamentos en Francia ha alcanzado el 21,5% del total del presupuesto de sanidad, con uno de los niveles más altos en la Unión Europea después de Alemania con 41 billones de \$. (OCDE, Health Data, 2010).

Aproximadamente el 75% de la población tiene seguros complementarios por los que reciben reembolsos adicionales del coste de los medicamentos. Junto al sector público, subsiste un importante sector privado (1/3 del total de las instalaciones sanitarias).

El paciente paga el 25% del coste de consulta (salvo que tenga seguros adicionales), el 65% del transporte sanitario y el 40% de fisioterapia y pruebas de laboratorio. En hospitalización se paga por día, más un 20%. Los medicamentos de ciertas enfermedades crónicas están exentos de aportación, fijándose el copago para los demás entre un 35 y un 65%.

En cuanto a la provisión de cuidados de salud, los pacientes tienen acceso libre al médico y hospital. El 65% son hospitales públicos, 15% privados no lucrativos, 20% privados lucrativos.

El último informe de la Organización Mundial de la Salud, de 21 de junio de 2000, calificó el modelo de sanidad de Francia como el mejor del mundo, (COFM, 2001b), conjugando el nivel de salud general de la población, las disparidades de salud entre la población, la satisfacción por su funcionamiento según las rentas y, el reparto de las cargas de la financiación del sistema, entre otros.

Entre las reformas de los últimos años señalamos las siguientes:

-Año 2000, “Ley de Cobertura Sanitaria Universal”, para cubrir las necesidades de la población sin recursos y sin derecho a la Seguridad Social”.

-Año 2002, “Ley de Derechos del enfermo y calidad del sistema de salud” que introduce una definición de "redes de salud" a nivel ambulatorio e impone criterios de calidad por la Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación de la Salud (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)) para aquellas que solicitan financiación pública.

-Año 2002, “Ley de financiación de la seguridad social” por la que se instituye una partida de financiación que garantiza la perennidad de redes asistenciales.

-Año 2004, “Ley 2004-810 de Reforma del Seguro de Enfermedad”, cuyo objetivo es la salvaguarda del sistema sanitario basado en la igualdad de acceso, la calidad y la solidaridad social mediante la creación de un fondo para los ancianos dependientes y del expediente médico personal, que centraliza toda la información de los pacientes, con la pretensión de contener el gasto sanitario.

-Año 2009, “Ley Hôpital patients santé territoires” HPST, que diseña un nuevo marco jurídico que redefine la labor del farmacéutico en el seguimiento activo de los tratamientos de los pacientes crónicos, acelera la privatización del sistema de salud y en el de los hospitales y, propone la creación de Agencias Regionales de Salud (ARS), que deberán coordinar los hospitales, las consultas privadas y la medicina social.

I.3.3. ESPAÑA.

La actividad del Estado en esta materia se concreta en la promulgación de la legislación española sobre coberturas sociales y garantía de las prestaciones sanitarias. (Constitución Española /LGS Ley General de la Sanidad 14/1986), (JE, 1986). El sistema sanitario español es, actualmente, un sistema mixto público-privado, con predominio de la parte pública. El núcleo es un sistema nacional de aseguramiento sanitario que cubre al 97% de la población cuyo origen data de la Ley de la Seguridad Social de 1966 adoptando el modelo Beveridge.

La Constitución Española establece que “los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes” (art. 42). Se reconoce el derecho universal a la protección de la salud estableciendo que “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios” (art. 43). El Estado tiene la competencia exclusiva de la coordinación general sanitaria sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas (art. 149.1).

La constitución diseña un modelo de Estado donde las Comunidades Autónomas (CCAA) tienen importantes competencias en diversas materias, entre otras, las sanitarias. Esta precisión es importante para resaltar que el Sistema Nacional de Salud (SNS) nace en 1978, como un conjunto de servicios autonómicos de salud, de forma coherente con el nuevo Estado de las Autonomías. (MAP, 2001a).

La Ley General de Sanidad, en su artículo 3º, sienta las bases del modelo sanitario:

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española.

3. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. Cubre al 99% de la población española.

4. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

La regulación de la financiación de los servicios sanitarios transferidos a las Comunidades Autónomas establece como criterio de reparto territorial el de población protegida (art. 82). (Argente, 2003).

La red principal de atención sanitaria de la Seguridad Social se comenzó a transferir en 1981, comenzando por Cataluña. El traspaso de competencias finalizó el 1 de enero de 2002. (MSC, 1987 y Pemán, 2001). De esta manera se ha construido un Sistema Nacional de Salud (SNS) descentralizado. El Gobierno Central mantiene la responsabilidad de impulsar la coordinación y la cooperación, que garantice la calidad de los servicios y la equidad en el acceso en todo el territorio nacional. (Cantarero, 2003a).

Actualmente, por tanto, el Sistema Nacional de Salud está configurado por el conjunto de los 17 servicios de salud de las Autonomías con un carácter público, gratuito y universal. Las estrategias de futuro para la gestión del sistema nacional de salud (SNS) son las siguientes:

- ✓ Separación de competencias sobre financiación pública de los presupuestos del estado.
- ✓ Provisión de servicios públicos y/o privados.
- ✓ Definición del producto común a nivel del sistema.
- ✓ Evaluación de la efectividad y eficiencia.
- ✓ Régimen jurídico de responsabilidad individual.
- ✓ Régimen de personal con flexibilidad en su vinculación.
- ✓ Garantizar la equidad, y accesibilidad, no solo geográfica, si no de elección.
- ✓ Eficiencia y efectividad.

Esta estrategia se apoya en las reformas propuestas en otros Sistemas Sanitarios y estas medidas de reforma parten básicamente de 4 informes:

1. El informe Dekker (1986) de Holanda (Errasti, 1986 y Dekker, 1988) el cual pretende aumentar la competencia en la oferta de servicios (proveedores) de forma que el usuario pueda elegir, e introduce la participación del sector privado en la competencia a través de la creación de un seguro obligatorio.

2. La propuesta de (Saltman y Otter, 1987) de Suecia que sigue la tendencia del informe Holandés, pero sin introducir el sector privado.

3. Documento White Paper (1989), (DHL, 1989), que crea un mercado interno en competencia, dando a cada acto asistencial la categoría de producto. La competencia implica que los proveedores de servicios sanitarios han de tener claramente definidos dichos servicios para que el intermediario (el médico de cabecera), que tiene adjudicados un conjunto de pacientes y está constituido como centro del mercado, los adquiera (dirija a sus pacientes).

4. “*El informe Abril 1991*”, (Abril, Costas y Lombardía, 1991), de España, cuyos ejes básicos son:

- ✓ Aplicación de técnicas gerenciales.
- ✓ Amplia autonomía de gestión.
- ✓ Introducción de competencia entre los centros sanitarios.
- ✓ Introducción del concepto de mercado de sistema público, con proveedores públicos o privados.
- ✓ Consideración del área sanitaria, como la unidad gestora de control del gasto, dentro de un territorio
- ✓ Diseño de nuevas estructuras de provisión de servicios a nivel extrahospitalario: Servicios Municipales de Urgencias, Atención.
- ✓ Domiciliaria a pacientes con patologías crónicas, Hospitales de Día, Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMAS).

- ✓ Transformación generalizada de los centro hospitalarios públicos en auténticas empresas de servicios.
- ✓ Desregulación del aparato administrativo con énfasis en la relación laboral.
- ✓ Fijación de las funciones que han de cumplir las entidades financiadoras (SS, Administración) y los compradores de servicios (áreas sanitarias).

El proceso de reforma que ha experimentado el sistema sanitario español, se puede dividir en tres etapas históricas.

1.- La primera etapa:

Que se inicia en 1981 con el traspaso de las competencias de gestión a Cataluña, corresponde al período en que se materializaron las transferencias a las Comunidades de 'vía rápida' (acceso a la autonomía a partir de las previsiones del Art.151 de la Constitución: Cataluña, Andalucía, Comunidad Valenciana, País Vasco, Galicia, Navarra y Canarias). La principal característica de esta fase es la heterogeneidad de los traspasos, tanto por la existencia de dos sistemas (uno para las Comunidades de régimen común, y otro para la de régimen foral), como por la utilización de criterios de reparto diferentes en cada uno de ellos.

2.- La segunda etapa:

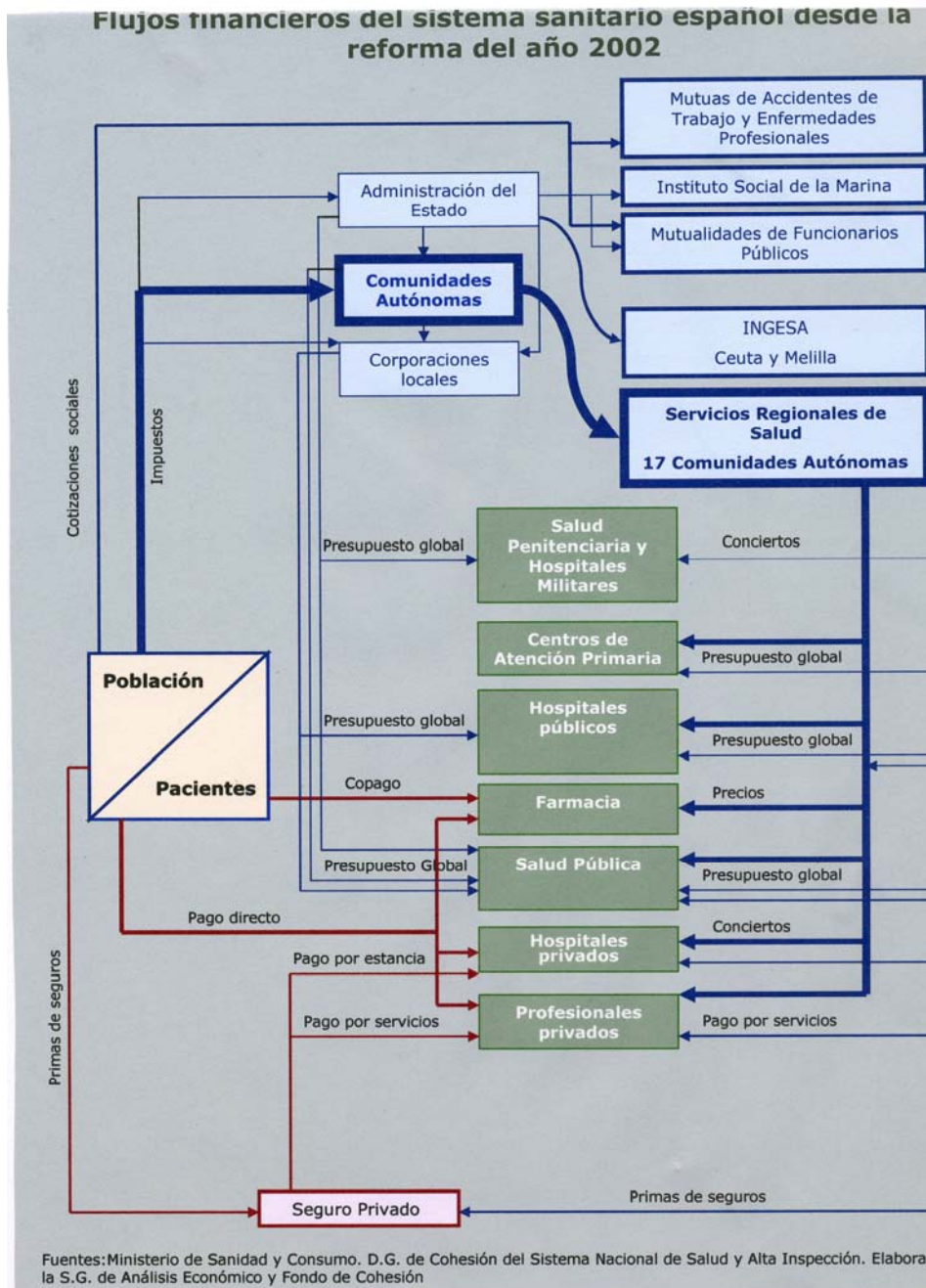
Que arranca con el acuerdo de financiación alcanzado en 1994, y que se aplicó durante el cuatrienio 1994-1997. El criterio de reparto se hace homogéneo, utilizando a la población protegida para todas las Comunidades de régimen común, poniendo fin de esta forma a las disparidades previas.

Paralelamente se introduce una variable de estabilidad financiera en el sistema, al vincular el crecimiento de los recursos sanitarios a la evolución del PIB, rompiendo de esta forma la dependencia de la presupuestación que realizaba el Insalud, hasta entonces mantenida.

3.- La tercera etapa:

Que parte del acuerdo de 1997, y que sirvió para ordenar la financiación de la sanidad pública transferida hasta el año 2001. El Consejo Interterritorial refuerza su papel como organismo de coordinación.

Ilustración 5. Esquema de Flujos Financieros del Sistema Sanitario Español desde la reforma del año 2002.



Al existir un Estado autonómico con especificidades propias en cada región (Elola, 2001), la articulación de un sistema de distribución del poder político y

administrativo entre el Estado y las distintas Comunidades Autónomas (CCAA), es lo suficientemente amplio pero a la vez también vago y difuso, y en él debe enmarcarse legalmente la sanidad en España (Beltrán, 2002), con la atribución de competencias concretas a los órganos descentralizados en el campo sanitario (Mills, 1991). En este momento el reto es la coordinación del sistema para asegurar la cohesión territorial y funcional.

La descentralización exige ciertas medidas para compensar los costes a los que obliga la pérdida de una cierta economía de escala, que no se refiere sólo a capacidad de compra, sino al poder frente a profesionales e industriales (de medicación, de tecnológica y de consultoría), y respecto a organizaciones nacionales y supranacionales que venden sus servicios, productos y filosofía sin que se les puedan oponer las pequeñas organizaciones descentralizadas. (Duran, Lara y Van, 2006).

A partir de enero de 2002 se inició el nuevo modelo de financiación regional, que incluye la financiación sanitaria. Esta deja de ser finalista para integrarse en el conjunto de recursos asignados a cada Comunidad Autónoma (Cantarero, 2003 a, b).

En el año 2010 se atendieron 5.2 millones de altas hospitalarias de las que 4 millones (78.3%) son financiadas por el SNS. 77.1 millones de Consultas (87.3 % financiadas por el SNS) (OMS, European Observatory 2010 y MSC, 2001a).

El gasto sanitario público ha ido aumentando pasando del 8.5% en el año 2007, 9% en el 2008 y 9.6% en el 2009, superior al promedio de la OCDE es decir, 70.328 millones de euros, lo que supuso un 71.8 % del gasto total, los servicios hospitalarios suponen el 54%, la prestación farmacéutica un 19.8% y, la atención primaria un 15.7%.

El 68.1% de los ciudadanos piensa que el SNS (Sistema Nacional de Salud) funciona bien. Prácticamente el 91% del gasto sanitario público es gestionado por las

CCAA, lo que ha contribuido al déficit presupuestario y a la acumulación de deuda de las CCAA. (OCDE, Health Data, 2010).

Ilustración 6. Gráfico sobre la evolución del gasto sanitario público total y de las CCAA desde 2002-2010.



Las reformas sanitarias más importantes emprendidas han sido las siguientes:

Tabla 3. Cronología de las Reformas Sanitarias en España desde 1997-2009.

CRONOLOGIA DE LA REFORMA SANITARIA 1997-2009	
1997	Aprobación de la Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS
1998	Actualización de la lista de productos farmacéuticos excluidos de la financiación pública y firma del primer acuerdo sobre medidas de contención de costes con las empresas farmacéuticas.
1999	Se aprueban deducciones fiscales para los planes de seguros sanitarios de empresa. Se abre el camino para para la transformación de todos los Hospitales públicos en agencias independientes con el status de Fundaciones públicas sanitarias y se abre un debate sobre el acceso al sistema público
2001	Aprobación de un nuevo Sistema de Financiación Autonómica por la que las competencias sanitarias se financiaran mediante el Ppto General para las CCAA y por transferencias finalistas con la cesión directa a a las CCAA de parte de los ingresos fiscales.
2002	El SNS completa el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Consejerías de Sanidad. Las responsabilidades directas del Gobierno quedan restringidas a la regulación del marco general y coordinación del SNS
2003	Entra en vigor la Ley de Cohesión y Calidad del SNS aprobada en 2002 y se refuerza el papel del CISNS y se crea la Agencia de Calidad y el Observatorio del SNS
2006	El CISNS aprueba la cartera de servicios comunes del SNS
2008	El pacto por la Sanidad es aprobado por unanimidad en el CISNS para mantener fuera de la lucha partidista determinadas materias estratégicas del SNS
2009	La política social de la Administración Central pasa a ser responsabilidad del Ministerio de Sanidad denominándose Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS)
Fuente: Actualizado de Rico y Sabés 2000	

Seguidamente exponemos un cuadro resumen con las principales características diferenciadoras de los tres sistemas sanitarios estudiados respecto al sistema de cobertura, financiación, regulación, provisión y copago.

Tabla 4. De las Principales Características de los Sistemas Sanitarios Estudiados.

CUADRO DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS ESTUDIADOS			
CARACTERÍSTICAS	ALEMANIA	FRANCIA	ESPAÑA
SISTEMA DE COBERTURA	Seguros Sociales Obligatorios	Seguro de Enfermedad Sistema de Seguridad Social	Sistema Nacional de Salud (SNS)
SISTEMA DE FINANCIACIÓN	Cuotas de sus afiliados	Impuestos y seguros de salud voluntarios complementarios (VIH)	Impuestos de las CCAA y Cotizaciones Sociales a Mutuas
REGULACIÓN	Gobierno federal los Länder y Gobiernos Locales	Estado (Parlamento, Gobierno y Ministerios) y los Fondos de Salud Estatutarios	El Estado y CCAA
PROVISIÓN	Cajas de Enfermedad: Seguro Estatutario de Enfermedad	Cajas de Enfermedad Seguro Obligatorio de Enfermedades	SNS y Mutualidades e Institutos
COPAGO	Asistencia gratuita salvo hospitalización y médicos (Copago)	Niveles de copago por prestaciones	Copago Farmacéutico

CAPÍTULO II
EL ENTORNO HOSPITALARIO

CAPITULO II. EL ENTORNO HOSPITALARIO

II.1. EL HOSPITAL COMO SISTEMA Y SU ENTORNO.

La empresa hospitalaria es un sistema abierto que mantiene una constante interrelación con los elementos integrantes de su entorno, así pues está conectado con un suprasistema que (Kast y Rosenzweig 1979), llaman suprasistema ambiental.

El entorno o suprasistema ambiental es todo aquello que esta fuera de los límites del hospital. Hay un entorno general o social que afecta a todas las organizaciones y un entorno específico de cada organización.

Las características generales del entorno general se refieren a factores culturales, tecnológicos, educativos, políticos, legales, demográficos, sociológicos, económicos e incluso al propio medioambiente (naturaleza, clima, etc.). Todas estas características tienen diferentes grados de influencia en el desarrollo de las empresas.

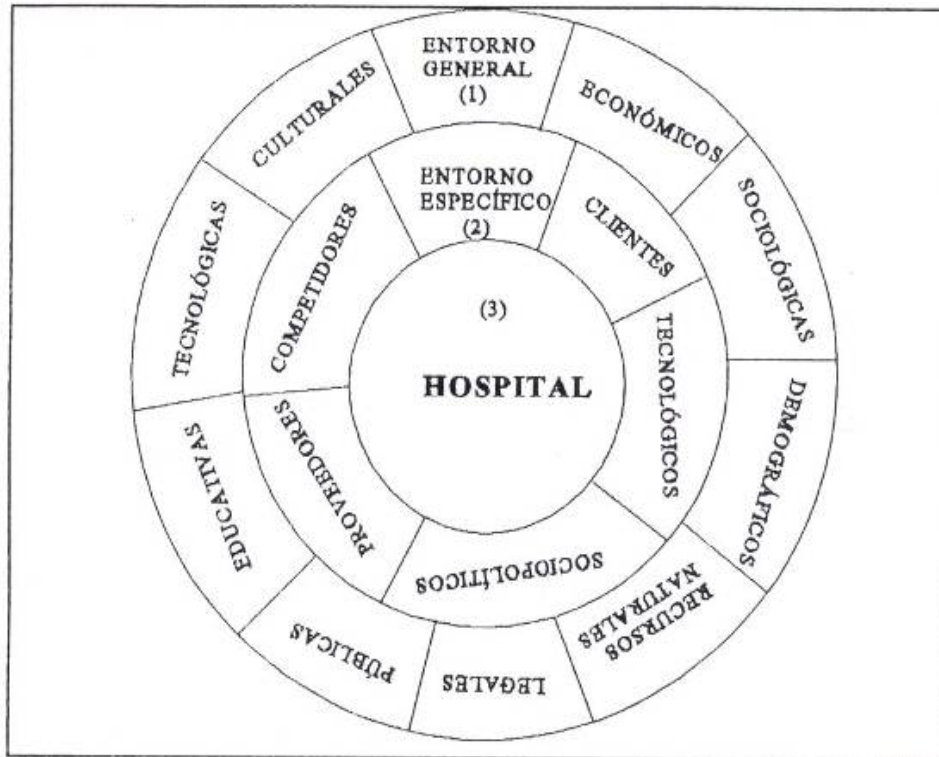
El entorno específico tiene que ver con el proceso de prestación del servicio asistencial como con el proceso de toma de decisiones.

Los elementos más importantes del entorno específico son los siguientes:

1. Usuarios o clientes, que son los receptores de los servicios asistenciales que produce el hospital.
2. Proveedores externos (de farmacia, de material sanitario, de equipos y otros suministros) y Proveedores internos (trabajadores asistenciales y no asistenciales).
3. Competidores frente a proveedores y frente a usuarios (sobre todo en hospitales privados).
4. Componente socio-económico, que se refiere a la actitud y control político de la actividad del hospital, así como las influencias sindicales.
5. Componente Tecnológico. Uso de nueva tecnología para prestar nuevos servicios o mejorar los existentes.

Las relaciones existentes con el entorno general y el específico, y el propio sistema del hospital como empresa se reflejan en la ilustración 7.

Ilustración 7. Relaciones del Hospital con su entorno.



El entorno tiene una influencia decisiva en la supervivencia y en las posibilidades de crecimiento o mejora de la empresa hospitalaria. En un entorno cambiante, como el actual, se puede distinguir entre un entorno complejo y un entorno que podemos calificar como dinámico o turbulento. De esto dependerá el grado de incertidumbre de la empresa (De Miguel, 1991, 1993).

El entorno es tanto más complejo cuando la influencia de las variables es mayor y más dispar (heterogénea). En cambio, si las variables fuesen pocas o de influencia similar, el entorno sería calificado de homogéneo. El dinamismo o turbulencia está relacionado con los cambios del entorno. Cuando los cambios son lentos y fáciles de pronosticar, el entorno es estable. Si los cambios fuesen rápidos y difíciles de prever sería inestable.

La incertidumbre de la empresa hospitalaria será tanto más elevada cuando mayores sean la complejidad y el dinamismo (Duncan, 1972), como puede verse en la ilustración 8.

Ilustración 8. Características del entorno e incertidumbre.

		+ Homogéneo	+ Heterogéneo
DINAMISMO O TURBULENCIA	+ Estable	INCERTIDUMBRE BAJA	INCERTIDUMBRE MODERADAMENTE BAJA
	+ Inestable	INCERTIDUMBRE MODERADAMENTE ALTA	INCERTIDUMBRE MUY ELEVADA

El análisis del entorno ayuda a identificar las tendencias y los cambios (demográficos, económicos, tecnológicos, políticos y culturales), que influirán sobre la demanda y la oferta de servicios (Evans, 1981).

Se hace evidente el grado de complejidad que adquiere la administración de una organización como un hospital. La importancia de que la dirección oriente adecuadamente a la institución para lograr sus objetivos estratégicos y la gerencia los transforme en acciones concretas en el nivel operativo.

Para planificar y gestionar las organizaciones hospitalarias, es necesario tener presentes los intereses de cuatro colectivos determinantes para todo modelo sanitario. Son los siguientes:

1. Los enfermos, cuyo interés fundamental es la calidad de los servicios sanitarios recibidos. Desean obtener sin demoras la prestación asistencial, ser tratados

con amabilidad y contribuir a su curación, si es posible, participando en la decisión terapéutica.

En el modelo benéfico, la asistencia suele ser paternal y el acto asistencial se concreta en ordenes (haga lo que le decimos y le curaremos) y el enfermo actúa como paciente pasivo. En el modelo tipo Seguridad Social, el enfermo se comporta como usuario ya que sabe que tiene derechos y se puede quejar. Cuando el modelo es de tipo privado, el enfermo actúa como cliente, tiene poder de elección de médico y hospital, y cambia si no está satisfecho.

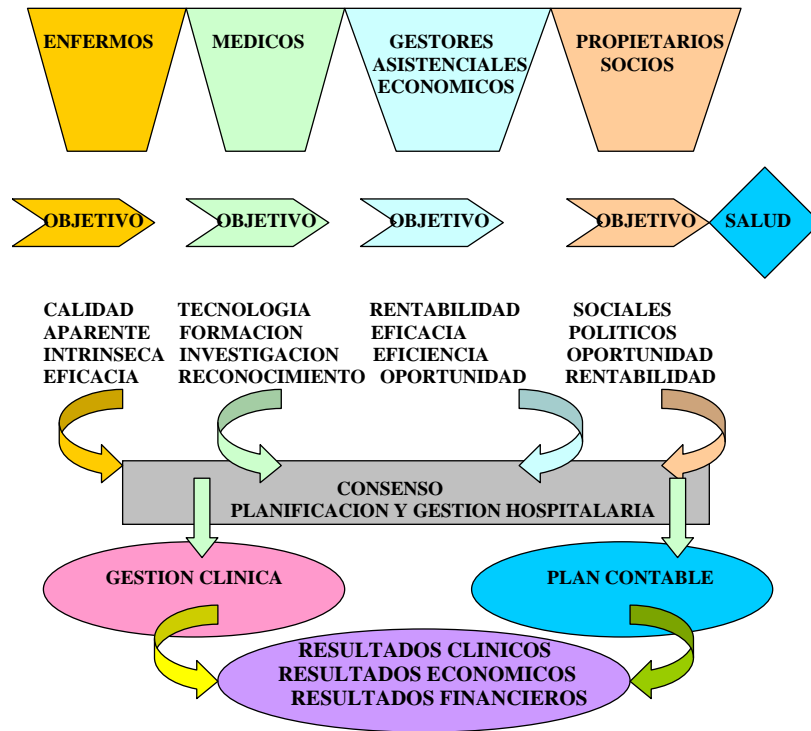
2. Los profesionales sanitarios. Los médicos son el grupo más influyente en la organización hospitalaria. Aspiran a disponer de los mejores medios tecnológicos, docentes e investigadores. Les interesan la preparación científica (formación) y la calidad técnica (conocimiento profesional), (MSC, 2003b), a todo ello habría que añadir la importancia de la motivación. Hay que contar también con el personal de enfermería cuya asistencia es imprescindible.

3. Los gestores, administradores y directivos, que tratan de conseguir los objetivos asistenciales, docentes e investigadores con eficiencia, o sea con el menor consumo de recursos posible.

4. Los propietarios. En un modelo de servicios públicos, el propietario es la colectividad representada por el poder político, cuyo máximo interés será el cumplimiento de objetivos (promesas de un programa electoral) haciéndolos compatibles con la paz socio-laboral. En un modelo de servicios privados, los propietarios son socios de una sociedad cuyo objetivo es la rentabilidad económica.

Un modelo hospitalario es siempre el resultado del consenso de los intereses de los cuatro grupos descritos.

Ilustración 9. Modelo de gestión basado en el consenso Hospitalario.



Teniendo en cuenta que la evaluación cuantitativa y cualitativa de los resultados de las organizaciones hospitalarias es la base para mejorar su eficiencia, se establecen dos premisas fundamentales para una buena gestión (Asenjo, 1998, 1991).

1. La primera premisa se refiere a la necesidad de un plan contable. Ello permite contar, medir y evaluar la cantidad, la calidad y el coste de la prestación sanitaria de una manera sistemática y objetiva.

2. La segunda premisa enfatiza que es precisa la capacidad de mando. La autoridad ejercida es proporcional a la responsabilidad. Quien decide responde de sus resultados lo cual permite y exige la descentralización de la gestión clínica. De esta forma el médico gestiona y se hace responsable de las consecuencias de sus decisiones, incluidas las económicas y financieras las cuales se objetivan en los registros del plan contable.

El análisis estratégico se centra en el análisis externo y el análisis interno. Mediante el primero, la organización trata de afrontar con éxito la incertidumbre que el entorno genera. A través del segundo, toma conciencia de sus posibilidades para explotar las oportunidades o eliminar las amenazas que el primero muestra.

El análisis externo en el ámbito hospitalario, se basa en el análisis del entorno general y en el específico, realizando un diagnóstico de la situación actual y previendo la futura con el propósito de detectar las amenazas y oportunidades que el entorno ofrece a la actuación del hospital.

Cuando se analiza el entorno específico se examinan las fuerzas competitivas básicas que actúan en el sector (Porter, 1982). Los sistemas nacionales de salud están orientados cada vez más hacia la "Competencia gestionada", lo cual obliga a las organizaciones sanitarias a dar los pasos en este sentido, analizando. La competencia actual, la amenaza de "productos" sustitutivos, la competencia potencial, el poder negociador de clientes y proveedores, y finalmente las influencias ejercidas por los gobiernos.

El análisis interno del ámbito hospitalario evalúa la capacidad de la organización sobre áreas de poder en la toma de decisiones, programas funcionales y servicios asistenciales, relaciones con el personal, el cuerpo facultativo, recursos financieros y resultados de la explotación por áreas especializadas, estructura física (equipamiento) y la cultura de la organización (Peters, 1989).

II.2. EL HOSPITAL COMO EMPRESA: CARACTERÍSTICAS DE LA EMPRESA HOSPITALARIA.

La transformación que han experimentado los hospitales a través de la historia puede ser clasificada en las siguientes etapas:

Primera Etapa: Hospital de Caridad. Atendidos por personal voluntario que se ocupaba de los pacientes desde la perspectiva de "por el enfermo hacia Dios". Sin vías de financiación propias dependía de la generosidad de donaciones.

Segunda Etapa: Hospital de Beneficencia. Instituidos en España por la Ley de Pobres de Isabel II, tienen carácter humanitario y son las parroquias las que asumen la atención a los desheredados.

Tercera Etapa: Hospital Asistencial. Recoge los logros asistenciales alcanzados por la Revolución Francesa apareciendo la responsabilidad del Estado en la atención sanitaria.

Cuarta Etapa: Hospital Empresa. Que trata de aplicar las técnicas y métodos que se han demostrado rentables en otros campos de actividad empresarial, principalmente en el sector privado, con el objetivo de reducir costes.

Finalmente podríamos hablar del hospital integral cuya finalidad es acorde con la definición que propone la OMS, al decir que: "Es la parte integrante de la organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica sanitaria completa tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar".

Quinta Etapa: Hospital Integral. Es un hospital empresa, que tiene como objetivo la Unidad Asistencial en los tres niveles: preventivo, asistencial y rehabilitador.

La introducción en la gestión del hospital de conceptos como el mercado, la competencia, el marketing, la cuenta de resultados y hasta los beneficios, hacen imprescindible que se introduzcan técnicas y modelos de gestión de procedencia empresarial, tales como la planificación y dirección estratégicas, la descentralización y

microgestión de servicios, la gestión clínica o la utilización de la reingeniería de procesos y el outsourcing por citar algunos ejemplos.

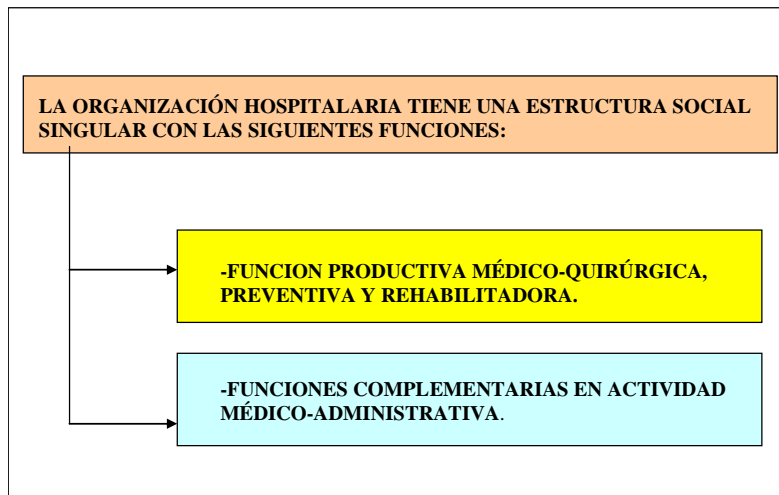
Afrontar estos cambios puede requerir llevar a cabo cambios sustanciales en el modelo organizativo del hospital, desde la propia estructura directiva en un marco de plena autonomía de gestión, tendiendo hacia estructuras organizativas basadas en la gestión por línea de producto, en las que el protagonismo de los responsables de línea sea mucho mayor, y la relación directivos-jefes de producto, menos jerárquica y más funcional u operativa que en el pasado.

Ahora bien, la organización hospitalaria tiene una estructura social singular, distinta de la de una empresa en general. Estas particularidades se refieren al ámbito funcional y a la finalidad.

1.- En el ámbito funcional. Una empresa, en general, tiene tres funciones una productiva (principal o técnica) y otras funciones complementarias que se refieren al aprovisionamiento (bienes y servicios adquiridos), a la comercialización (bienes y servicios vendidos) y a la administración o los servicios generales (función financiera, contable, recursos humanos, etc.), (Cosialls, 1999).

En el hospital la función productiva o técnica se concreta en las funciones médico-quirúrgica, preventiva y rehabilitadora, por otro lado las funciones complementarias se refieren a la actividad médico-administrativa y las funciones de tipo general. La particularidad, por tanto, está en la especialidad de la función técnica y en el matiz de las funciones complementarias ya que cuando existe un objetivo social las técnicas comerciales no se aplican.

Tabla 5. De funciones de la Organización Hospitalaria.



2.- La finalidad de una empresa, en general, consiste en la obtención de beneficios. Sin embargo, generalmente este no es el principal objetivo en la empresa hospitalaria ya que inciden aspectos de equidad social. La finalidad es la prestación de los servicios asistenciales, que buscan la salud de los pacientes y no la mera productividad.

En ésta última característica, la organización hospitalaria es una empresa de servicios con independencia de que su finalidad sea pública o privada y por ello le son atribuibles las características propias de las empresas de servicios (Porrás, 1980). Como dicen Kaluzny y Warner (1982), *"Otras características son especiales y propias de los servicios sanitarios y no se producen en otras o en todas las industrias de servicios"*.

Por otra parte, la consideración de los servicios sanitarios como un componente importante del proceso de terciarización de la economía da paso a una visión sin precedentes. De sector generador de gasto, como tradicionalmente se le ha considerado, se abre paso su contribución dinámica a la generación de valor añadido y de actividad intersectorial. En este sentido, los servicios sanitarios han colaborado en el incremento sostenido de la participación de los servicios en el Producto Interior Bruto.

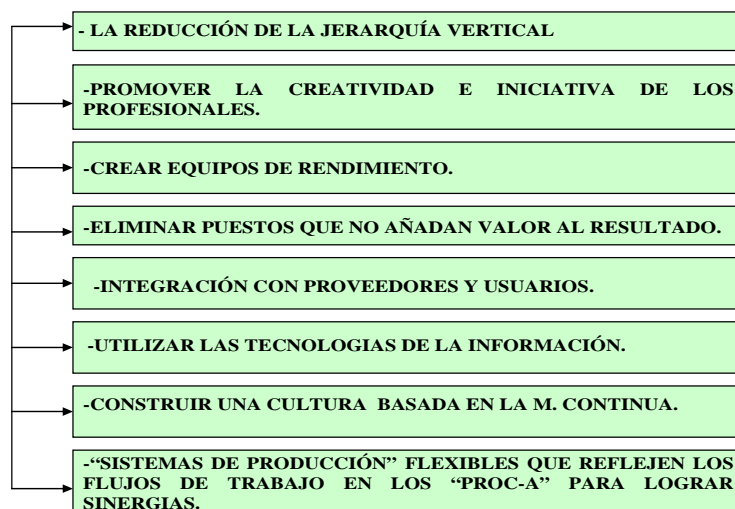
Las características de las empresas de servicios, asignables a la empresa hospitalaria son las siguientes, (Norman, 1989).

- El producto es inmaterial, no se puede revender y, en general, la propiedad no se transfiere.
- No es posible hacer una demostración efectiva del producto (ya que no existe antes de su adquisición).
- El producto no se puede almacenar.
- La producción y el consumo coinciden, generalmente, y están espacialmente unidas.
- El producto no se puede transportar (aunque los productores a veces se trasladen).
- El cliente comprador participa directamente en la producción.

La concepción de la organización hospitalaria como empresa implica introducir cambios hacia un modelo de gestión y dirección empresarial, con premisas como el riesgo en la toma de decisiones, la flexibilidad organizativa y la competencia, que hasta ahora han sido inexistentes. (Antoñanzas, 2001).

Las condiciones que consideramos deben reunir los hospitales para disponer de una organización eficaz, en un entorno general que exige innovación y eficiencia, las precisamos en el siguiente cuadro:

Tabla 6. De condiciones de la Empresa Hospitalaria como organizacion eficaz.

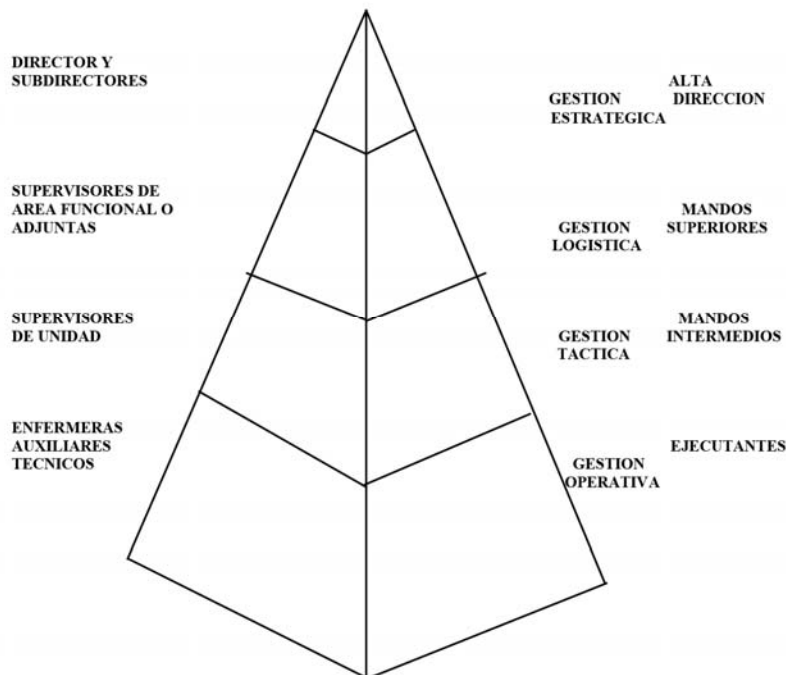


Para que la empresa hospitalaria se transforme en una organización moderna y dinámica tiene que asumir las siguientes líneas estratégicas:

- ✓ Generación de la competencia gestionada.
- ✓ Mayor autonomía a los centros.
- ✓ Énfasis en la gestión clínica.
- ✓ Mayor productividad de los recursos existentes.
- ✓ Separación de funciones: financiación y provisión.
- ✓ Satisfacción del usuario: elemento decidor.
- ✓ Nuevas formas jurídico organizativas.

A través de la evolución del concepto hospital y del análisis de sus características se concluye que su estructura y funcionamiento ha de basarse en principios empresariales si se quieren alcanzar los objetivos perseguidos (eficacia) con una eficiente utilización de los recursos.

Ilustración 10. Niveles de Mando de un Hospital y Tipos de Gestión.



II.3. EL HOSPITAL COMO ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO.

Puesto que la mayoría de los hospitales se caracterizan por ser entidades públicas, tiene interés analizar las entidades no lucrativas del sector público. El estudio de las entidades no lucrativas del sector público y sus diferencias con respecto a las empresas orientadas al beneficio, nos ayudará a entender algunos aspectos de la contabilidad que son imprescindibles para interpretar adecuadamente la información económico-financiera de estas entidades, (Sancho, 1999).

Una organización no lucrativa según (Torres, 1979) “Es una organización cuya meta es otra distinta a la obtención de beneficios para sus propietarios. Su objetivo habitual es suministrar servicios”. La gerencia de estas entidades, debe asegurar que sus recursos son usados con eficacia, maximizando el grado de consecución de sus objetivos, y eficiencia, minimizando costes y maximizando resultados (Montesinos, 1987, 1994).

El documento sobre objetivos de las organizaciones no lucrativas del FASB (SFAC No.4, 1980), define como características de estas organizaciones:

- ✓ Que los recursos son suministrados por personas u organizaciones que no esperan recibir ingresos por su inversión.
- ✓ Su orientación es distinta a la de proporcionar bienes y servicios con fines lucrativos, siendo su objetivo típico la prestación de servicios.
- ✓ Hay ausencia de propiedad.

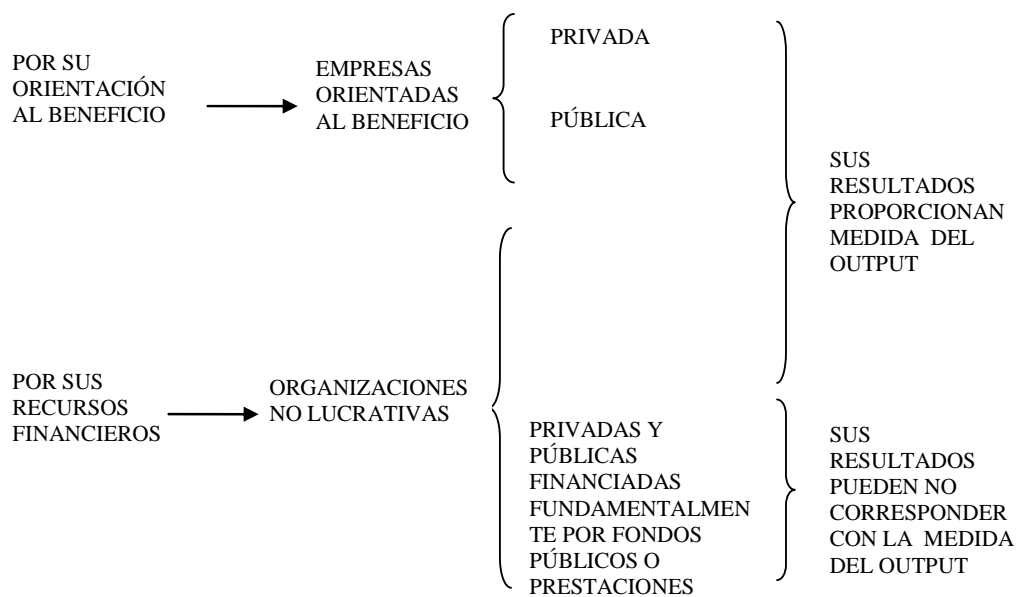
(Anthony y Young, 1984) distinguen las siguientes características:

- 1.- Ausencia de medida de beneficio.
- 2.- Metas y estrategias impuestas.
- 3.- Menor o nula dependencia de los clientes como soporte financiero.
- 4.- Predominio de profesionales.
- 5.- Importancia de influencias políticas.
- 6.- Con tradición de insuficiente control de gestión o directivo.

A estas características habría que añadir las ya comentadas con anterioridad propias de las empresas de servicios.

El esquema de (Torres, 1979) en la Ilustración 11, clasifica las organizaciones, atendiendo a la obtención de beneficio y al modo de obtención de los recursos financieros.

Ilustración 11. Clasificación de las organizaciones



Fuente: Torres Pradas, L. Revista Técnica Contable Pág.; 478, 1.979

Entre las organizaciones no lucrativas incluimos los hospitales públicos y los concertados, mientras que los estrictamente privados los consideremos como empresas de servicios y están orientados, por tanto, a la obtención de beneficios.

La ley 6/1997 y la ley 15/1997, (JE, 1997 a, b) abordan la habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de salud, cuestión que culmina con la publicación del R.D 29/2000, (MP, 2000), sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud que permite la diversidad de nuevas formas organizativas en el sector público.

La ley 50/1998, (JE, 1998), estableció las fundaciones públicas sanitarias. La Ley 30/94, (JE, 1994), permitió la creación de empresas públicas sanitarias (EPS) y consorcios sanitarios (CS) como nuevas formas organizativas y de gestión de asistencia sanitaria, a raíz del proceso de descentralización de las competencias sanitarias en los diferentes Servicios Regionales de Salud (SRS).

La transformación de hospitales y otros centros sanitarios en sociedades públicas sometidas al derecho privado, con personalidad jurídica propia (los centros del Insalud no la tienen), y autonomía de gestión patrimonial, era una de las recomendaciones del Informe Abril, (Abril, 1991).

La conversión de los centros hospitalarios se podría hacer de forma completa o solamente de alguna de sus unidades (servicios clínicos), por ejemplo los servicios de diagnóstico por imagen. Estas Leyes han permitido la proliferación de fórmulas organizativas y de gestión. En cualquier caso, es interesante realizar algunos comentarios respecto a cada una de estas figuras que son básicamente las siguientes:

a) Los Consorcios Sanitarios (CS) son convenios de colaboración entre dos o más Administraciones y, a su vez, con entidades privadas sin ánimo de lucro Consorcios. Tienen personalidad jurídica propia de carácter asociativo. Los beneficios obtenidos se reparten proporcionalmente entre las entidades consorciadas. Son muy comunes en Cataluña.

b) Las Empresas públicas son sociedades mercantiles, en cuyo capital social es mayoritaria la participación, directa o indirecta, de la Administración. Los Organismos Autónomos y demás Entidades de derecho público del Estado o Comunidad disponen de autonomía de gestión privada. Los consejos de administración son designados por los poderes públicos y existe la posibilidad de obtener beneficios. Pueden ser privatizadas por decisión del gobierno correspondiente.

c) Entes públicos: Entes con personalidad jurídica propia distinta a la del Estado o Comunidad Autónoma, en régimen de descentralización de actividades, ajustados al ordenamiento jurídico privado pero sujeto a todos los controles de la administración pública.

d) Sociedades de autogestión. Fundamentalmente en atención primaria. Son sociedades cooperativas o sociedades limitadas, cuyos socios son los médicos y en las que los beneficios se reparten proporcionalmente.

e) Fundaciones, regidas por un patronato y que tienen adscritos bienes y derechos en régimen de cesión, sin que ello implique la transmisión del dominio. No se permite el reparto de beneficios, de forma que los recursos obtenidos deberán ir destinados a la realización de los fines fundacionales o a incrementar la dotación fundacional, (Feijoo, N. 1999).

La Ley General Presupuestaria 11/77, (MEHA, 1977), estableció en el artículo 122 que la Administración del Estado, los organismos autónomos y las sociedades estatales quedan sometidos al régimen de la contabilidad pública y, por tanto, se adaptarán al Plan General de Contabilidad Pública (PGCP) todas las entidades incluidas en el sector público según sus características o peculiaridades (art. 125, a).

El PGCP se aprobó inicialmente por orden ministerial de 14 de octubre de 1981 (MEHA, 1981). Posteriormente en 1983, 1994, (MEHA, 1994), y recientemente en 2010 (MEHA, 2010), han aparecido nuevas versiones con las que se ha pretendido siempre un mayor acercamiento al Plan General de Contabilidad del sector privado (MEHA, 1973), en lo relativo a la normalización de los términos y las expresiones contables, como su adaptación a Centros de Asistencia Sanitaria (MEHA, 1996 y AECA 1997 y 1999).

El PGCP se extiende a las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, (MTSS, 1985; Igae, 1997), y a los organismos Autónomos de carácter administrativo, e incluye un grupo 9 (Igae, 1994) correspondiente a la Contabilidad Analítica.

II.4. LA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA.

La organización hospitalaria demanda una gran flexibilidad, que viene impuesta por la necesidad de adaptar el hospital al entorno social al que sirve. La organización debe tener en cuenta no sólo el progreso de la medicina sino también de la sociología, la economía y el derecho.

El hospital ha traspasado sus limitadas fronteras de antaño incorporando nuevos modelos de organización más adaptados al ejercicio de sus funciones y a las necesidades de su época. No podemos pensar en un modelo único de organización hospitalaria, ya que cada centro es diferente y por ello debe disponer de su propia estructura que estará reflejada en el manual de la organización. Este debe incluir los siguientes temas:

- ✓ Organigrama.
- ✓ Plantilla.
- ✓ Reglamento de régimen interno.
- ✓ Definición de puestos de trabajo.
- ✓ Normas de funcionamiento de los diferentes servicios.
- ✓ Diagrama de tareas.
- ✓ Diagramas de procesos.

Con el fin de esquematizar la organización hospitalaria consideraremos los siguientes aspectos:

1. Órganos de dirección y gestión: la gerencia y las direcciones.
2. Las unidades funcionales asistenciales: servicios médicos, servicios centrales, servicios especiales, servicios de enfermería.

3. Las unidades funcionales no asistenciales: servicio médico-administrativos, servicio económico-administrativo y servicios generales.

II.4.1. ÓRGANOS DE DIRECCIÓN Y GESTIÓN: LA GERENCIA Y LAS DIRECCIONES.

La dirección o gerencia hospitalaria es "El órgano que con función de gobierno, propia o delegada, actúa de modo constante y permanente sobre la totalidad de los servicios hospitalarios, tanto clínicos como generales y administrativos, con la misión de servir a los objetivos y fines de la institución (Evangelista, 1980).

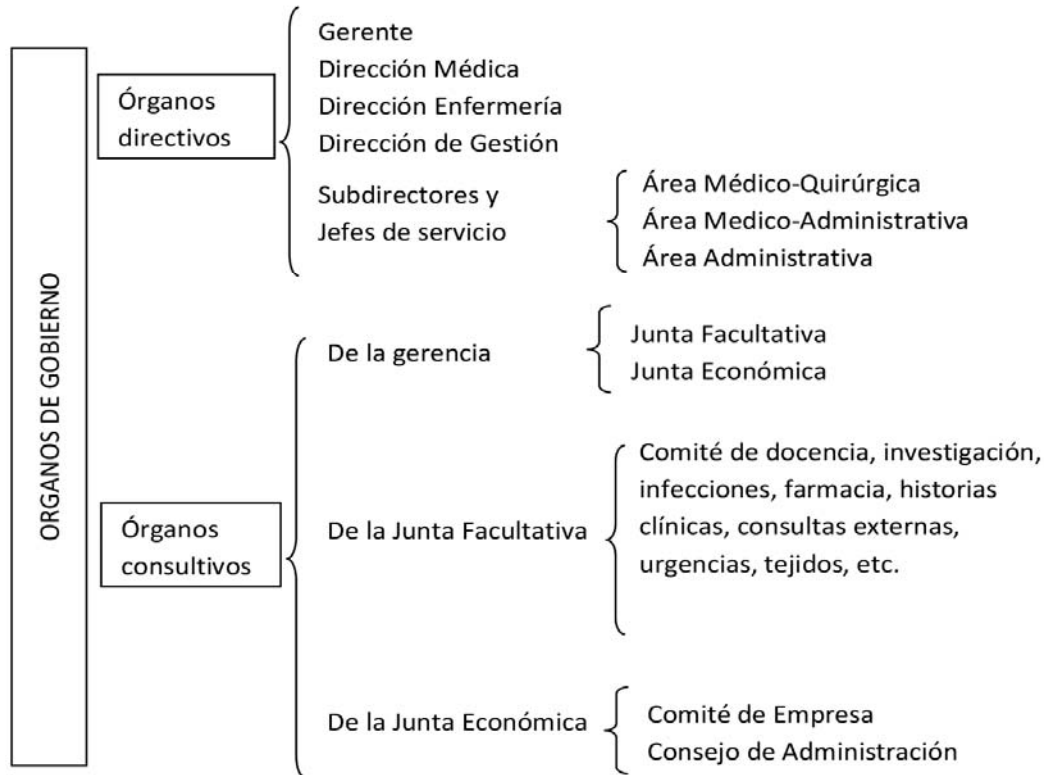
La gerencia y las direcciones en un hospital representan la estructura de poder. El hospital como empresa dirige su funcionamiento a la consecución de objetivos a corto y a largo plazo, tanto asistenciales como no asistenciales que implican que exista unos órganos impulsores de los mismos que transmitan las misiones o políticas a seguir de forma regular y coherente a los diversos órganos del hospital. (Hatten, 1997).

El órgano de gobierno hospitalario adecua la política del hospital a la realidad social a través de las Juntas de Gobierno (Facultativa y Económica), que actúan como órganos consultivos. Ilustración 12.

II.4.2. UNIDADES FUNCIONALES ASISTENCIALES.

La actividad del hospital puede ser considerada, como la "suma de las actividades de los servicios médicos que lo integran" (Díaz, 1992). En los años 70 los hospitales estaban organizados en grandes departamentos al frente de los cuales se establecían jefaturas que aglutinaban varios servicios médicos de especialidades distintas (Medicina, Cirugía, Pediatría, Análisis Clínicos) o facilitaban que una especialidad adquiriera tal categoría debido a su dimensión o especificidad (Ginecología y Obstetricia, Traumatología, Anestesia y Reanimación, Anatomía Patológica, etc.).

Ilustración 12. Órganos de Gobierno de la Organización Hospitalaria.



La aprobación del Reglamento General de Hospitales gestionados por el Insalud (R.D. 521/87; MSC, 1987), supone la desaparición del gran departamento antes comentado y la implantación de un sistema de dirección por divisiones, en las cuales un director médico cuenta con subdirectores médicos al frente de las grandes áreas de trabajo. Dentro de las divisiones surgieron unidades de especialidades nuevas (diagnóstico prenatal, patología de rodilla, etc.), que se justificaban por el intento de promover una asistencia de calidad en un campo concreto.

En los años 90, la organización de los hospitales se orienta hacia el logro de la eficacia de los servicios públicos de atención especializada hospitalaria. Para alcanzar este objetivo se recurre a una organización que trata de disponer de las características estructurales necesarias a fin de lograr o incrementar la eficacia, eficiencia y adaptabilidad. (Villater, Mira et al., 2000).

Esta estructura organizativa se concreta en:

- El diseño básico o elemental, de las tareas, los trabajos y los procesos para el desarrollo de las competencias asistenciales y no asistenciales.
- El diseño micro o primario de la organización hospitalaria (servicios, secciones, departamentos, grupos, equipos o unidades, así como las relaciones de los individuos entre sí).
- El diseño macro del hospital (integración e interdependencia que debe darse entre los grupos anteriores identificados).
- El diseño interorganizacional hospitalario (alude a las interrelaciones entre dos o más hospitales, a su grado de dependencia, influencia y transferencia de recursos).

El diseño organizativo es competencia del equipo directivo, que deberá tener en cuenta la lógica de los procesos. Esto implica partir de la definición de las actividades necesarias para la consecución de los objetivos de la organización hospitalaria, para después seguir con el establecimiento de la disposición óptima de los recursos, medios y tecnologías, definición de los puestos de trabajo, de las distintas unidades, sus interdependencias, procedimientos y sistemas, para finalizar con la previsión del personal necesario en cuanto a número, conocimientos, formación y experiencia o "estructura social", (esto es, las relaciones entre los distintos elementos sociales: servicios, secciones, equipos, grupos de trabajo) y la "estructura física", en referencia a las relaciones entre los distintos elementos físicos de la organización hospitalaria (vínculos entre edificios y localizaciones geográficas en los que la actividad productiva tiene lugar).

El diseño de las organizaciones hospitalarias es la variable estratégica clave, factor crítico de éxito y fuente sostenida de ventaja competitiva.

En la organización del hospital cada servicio clínico, es el responsable de la atención sanitaria a la población de su Área de Salud. El *servicio médico* tiene una organización piramidal, dividida en secciones. Al frente cada servicio médico existe

un responsable al igual que en cada una de las Secciones en que se divide. Es en el servicio donde se organizan todos los recursos y es el que va a asumir los objetivos de su especialidad en el hospital.

Los servicios médicos tienen tres funciones: asistencial, docente e investigadora. A estas funciones se debe de añadir la función gestora con la finalidad de mejorar los recursos, mediante una selección adecuada de la oferta garantizando la calidad asistencial.

1.- Función Asistencial: Consiste en prestar la atención sanitaria especializada a la población, que comprende la atención remitida por la atención primaria y la programada y urgente.

2.- Función Docente: comprende la docencia médica pregraduada, la docencia de enfermería pregraduada, la docencia médica postgraduado y la formación continuada.

3.- Función Investigadora: encargada de estudiar y captar las nuevas dimensiones de la investigación clínica, epidemiológica y la económica, esta última necesaria para lograr la eficiencia, mediante la mejor planificación y gestión de los recursos disponibles.

Las grandes áreas de atención de los servicios médicos son:

1. El área de hospitalización, que es la encargada de la atención de los pacientes ingresados, cuyos objetivos son la reducción al máximo de los tiempos de estancia mediante la búsqueda de la eficacia y eficiencia.
2. El área de consultas externas, en la cual gira la actividad de una especialidad, para diagnosticar y establecer la estrategia terapéutica.

3. El área de quirófanos que es el centro de la actividad de las especialidades quirúrgicas.
4. El área de urgencias, centro de actividad de las especialidades médico-quirúrgicas de atención rápida o urgente.

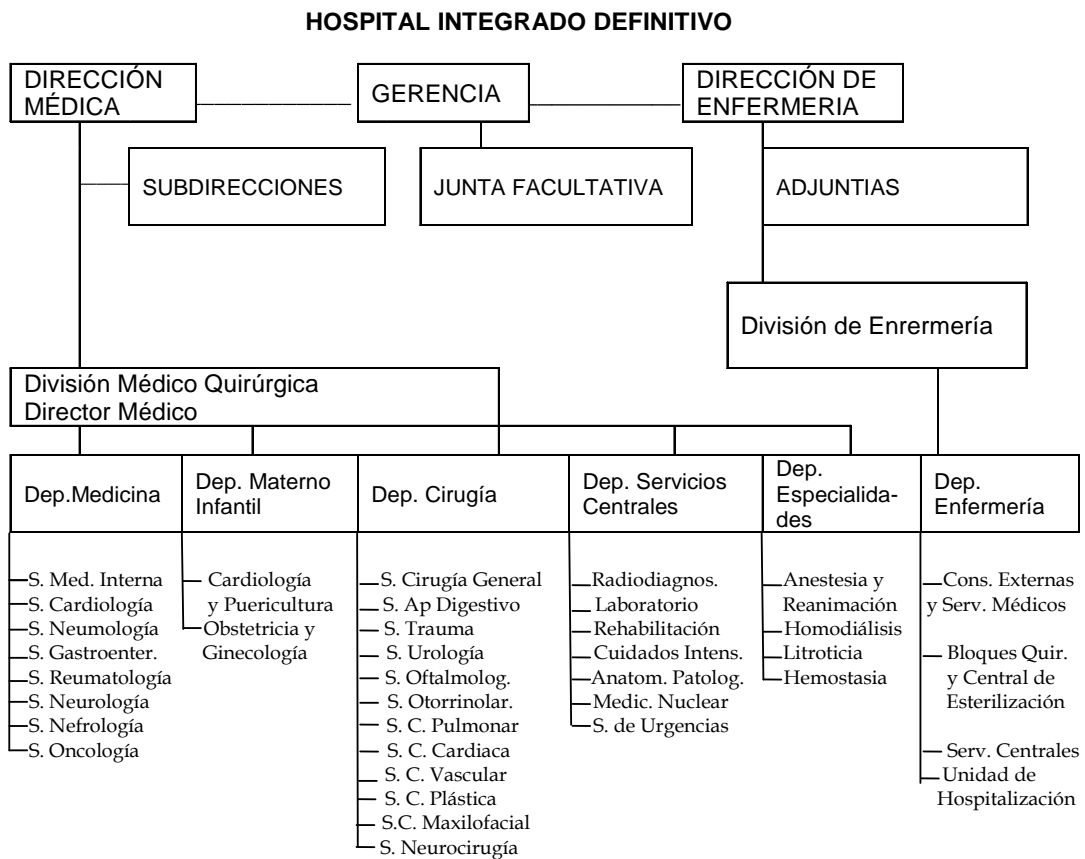
Estas cuatro áreas corresponden a las actividades generales que pueden realizar los servicios médicos-quirúrgicos. Ejemplos de estos servicios son los siguientes:

- ✓ Medicina Interna: Reumatología, Endocrinología, Medicina clínica.
- ✓ Cirugía General y Digestiva: Cirugía General, Cirugía Digestiva, Cirugía Mamaria.
- ✓ Patología Digestiva: Tubo Digestivo, Hepatología.

Los Servicios Centrales se caracterizan por estar alejados de la actividad principal (curativa o preventiva) ejercida directamente por los servicios médico-quirúrgicos. Son servicios subsidiarios que "a demanda" de los servicios médico-quirúrgicos realizan su actividad con el paciente. Estos servicios concentran gran cantidad de recursos tecnológicos, siendo su objetivo el apoyo al diagnóstico y al tratamiento médico con la mayor eficiencia y calidad. Entre estos podemos citar: Análisis clínicos, Radiología convencional, Hematología, Radiología especial (TAC, RMN).

Los Servicios Especiales son unidades clínicas fuertemente relacionados con los demás servicios asistenciales del hospital, donde se produce una gran integración del trabajo médico y de enfermería. Ejemplo de estos servicios son: Reanimación, Hemodiálisis, Hemostasia.

Ilustración 13. Organigrama de Unidades Funcionales Asistenciales.

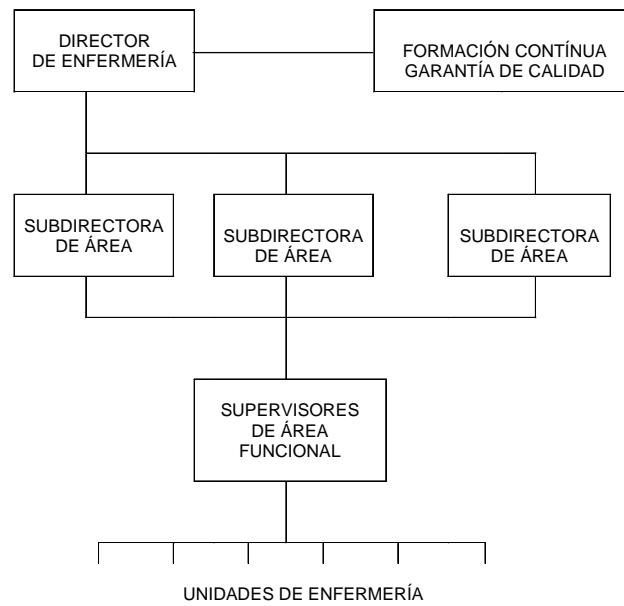


Los Servicios de Enfermería están representados por la Unidades de hospitalización. La misión de estos servicios de enfermería consiste en suministrar atención a los pacientes que acuden al hospital, es decir proporcionar cuidados que cubran las necesidades del individuo en la conservación del estado de salud. El organigrama es la representación de su organización y debe de servir para dar una visión global de su funcionamiento (Ilustración 14: organigrama división de enfermería).

La actividad de los servicios de enfermería se proyecta sobre las siguientes áreas:

- ✓ Área de consultas externas y servicios médicos.
- ✓ Área quirúrgica-bloques quirúrgicos y Central de Esterilización.
- ✓ Área de servicios centrales y,
- ✓ Área de hospitalización.

Ilustración 14. Organigrama de la Dirección de Enfermería.

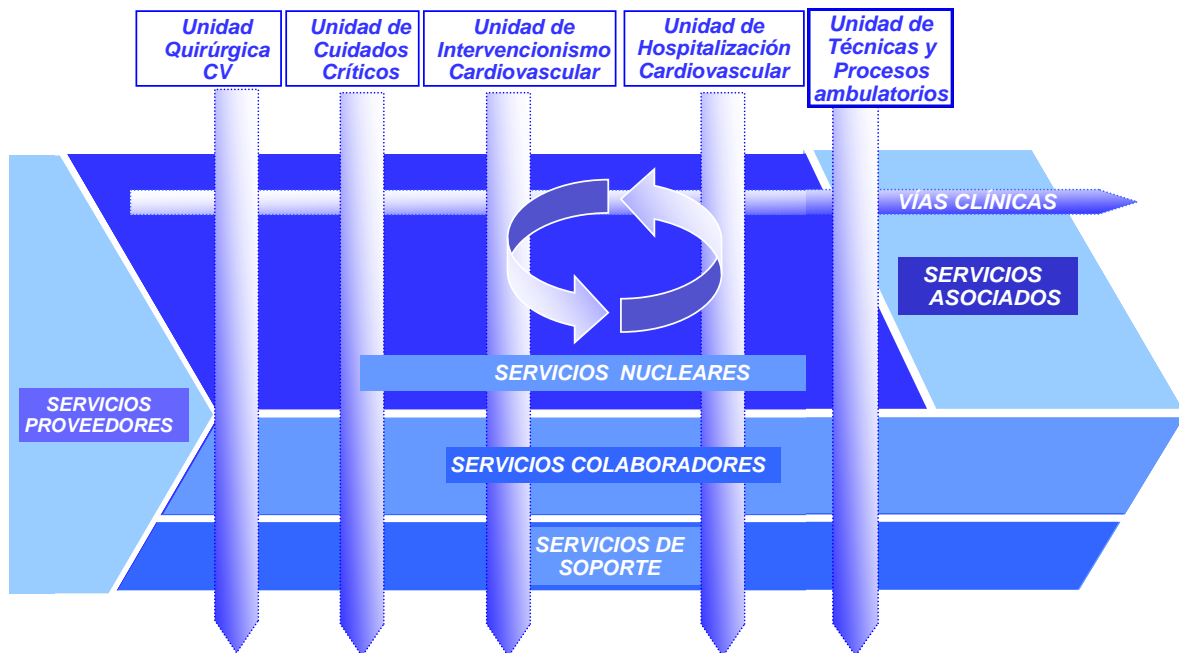


En los últimos años, ha surgido la tendencia de agrupar los servicios clínicos, generando Institutos Clínicos o Áreas de Gestión Clínica con autonomía asistencial y económica, con el fin de que los pacientes sean tratados de manera coordinada por todos los que han de intervenir en su proceso asistencial, basándose en protocolos y vías clínicas que justifiquen la evidencia científica y la calidad asistencial, tendencia que parece que va a mantenerse durante los próximos años, por lo que tiene de motivación y de implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los hospitales. Ver ilustración 15.

Las perspectivas inducen a sustituir la jerarquía tradicional, auspiciada en la especialización funcional, por organizaciones que promueven el aprendizaje continuo, la síntesis de los intereses de los integrantes y a promocionar la fluidez de la información y del conocimiento. (CHGUV, 2008)

En este sentido, parece que se reemplaza la división del trabajo por la división del conocimiento, lo que supone un aplanamiento de la jerarquía y subrayar la horizontalidad al organizarse en torno a procesos transversales con el fin de orientarse mejor hacia los usuarios.

Ilustración 15. Organización del Instituto de Enfermedades Cardiovasculares (ICV) del Consorcio Hospital Universitario de Valencia (C.H.G.U.V).



Se llega así a la conclusión de que en los hospitales públicos una arquitectura innovadora de la organización viene determinada por:

- La reducción de la jerarquía vertical.
- Promover la creatividad e iniciativa de los profesionales implicados.
- Crear equipos de rendimiento.
- Eliminar puestos o niveles que no añadan valor al resultado.
- Integración con proveedores y usuarios o clientes.
- Utilizar las tecnologías de la información como soporte para el logro de objetivos de rendimiento y del valor esperado por los pacientes.
- Formar al personal para resolver problemas y a trabajar productivamente en áreas transfuncionales.
- Promover habilidades múltiples y capacidad de adaptación a los nuevos retos que surgen al trabajar en equipo.
- Rediseñar los servicios o unidades funcionales y convertirlos en equipos de procesos de rendimiento.

- Medir los objetivos de rendimiento por fines de procesos, por la satisfacción de usuarios o clientes y empleados, y por la contribución financiera.
- Construir una cultura de empresa abierta, de cooperación y colaboración, centrada en la mejora continua del rendimiento, la cesión de responsabilidades y el buen hacer.
- Sistemas de producción flexible conducidos por equipos de trabajo integrados por personas de distintas especialidades (con formación y desempeños difusos).
- Promover modelos que reflejen los flujos de trabajo de los distintos procesos de manera relacionada, pues permiten observar las áreas especializadas a las que corresponden y las técnicas utilizadas, para poder lograr sinergias.

II.4.3. UNIDADES FUNCIONALES NO ASISTENCIALES.

Las unidades funcionales integradas en el área no asistencial son las siguientes:

1. Servicios médico-administrativos, que son aquéllos en los que conviven funciones tanto médicas como administrativas, integran servicios tales como: admisiones, documentación, información, farmacia y servicios sociales.

2. Servicios económico-administrativos, que son aquéllos encargados de la organización y planteamiento de las directrices económico-administrativas y comprende los siguientes:

- Servicio administración central: Tesorería, contabilidad general, facturación, Personal, Gestión de RRHH, nóminas y seguros sociales, contratación.
- Servicio administración periférica: contabilidad analítica, control de gestión, administración periférica, patrimonio, servicio de informática.

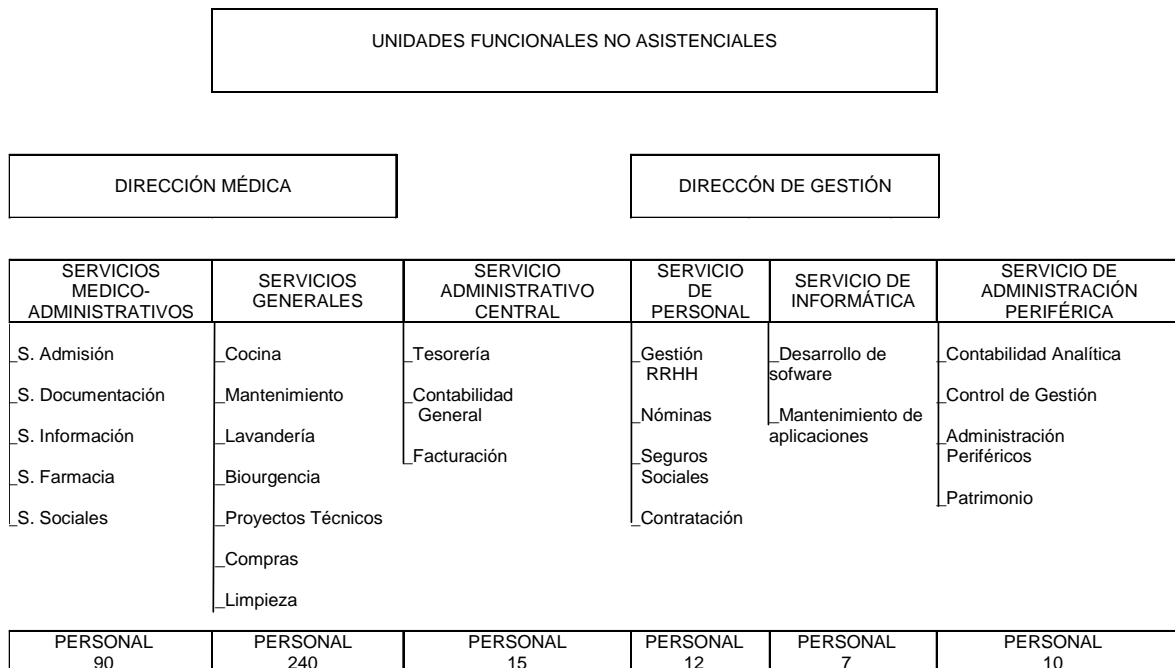
Los servicios económico-administrativos se encargan de cuestiones tales como:

- ✓ La elaboración del presupuesto económico.
- ✓ La ejecución y control del presupuesto financiero.
- ✓ La determinación de costes y rendimientos.
- ✓ El registro contable de los hechos económicos.

3. Servicios generales: son los que facilitan el funcionamiento de las unidades funcionales asistenciales y no asistenciales del hospital. Comprende los siguientes servicios: cocina y despensa, mantenimiento, lavandería, compras, bioingeniería y servicio de proyectos técnicos.

Estos servicios se integran bajo la dirección de gestión del hospital y al frente de los mismos se encuentran técnicos (ingenieros, arquitectos, peritos y economistas).

Ilustración 16. Unidades Funcionales no Asistenciales.



CAPÍTULO III
LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA
GESTIÓN HOSPITALARIA

CAPITULO III. LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA.

III.1. IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Los sistemas de información de las organizaciones sanitarias tratan de suministrar a los administradores la información de orden técnico y económico necesaria para desempeñar sus funciones. (Marimón, 1999a). Podemos decir que se entrelazan los subsistemas de información sanitaria (asistencial) y económica. Ambos subsistemas poseen un objetivo final común: la adecuada toma de decisiones para la consecución de las metas (eficacia) con la máxima eficiencia.

Estos subsistemas necesitan información sobre:

1. El entorno hospitalario donde se desarrolla la actividad.
2. La actividad asistencial, los procesos asistenciales e indicadores sanitarios.
3. Datos sobre las transacciones económicas que permitan el control económico financiero de los hospitales.

El estudio de los sistemas de información sanitaria es básico para la incorporación de instrumentos de gestión. La contabilidad y el control presupuestario y de gestión permiten analizar y mejorar los procesos asistenciales. Por otra parte, las transformaciones en la informática y la telemática han impulsado grandes cambios en los sistemas de información (SI) de todas las organizaciones.

La implantación de las *tecnologías de la información* y la comunicación (TIC's) favorece el desarrollo de ventajas competitivas, ofrecen una visión estratégica que propugna la flexibilidad para adaptarse con rapidez a la innovación. (Drucker, 1996).

Abren un amplio abanico para la renovación y la mejora de las relaciones médico-paciente y médico-gestor. Las mejoras van dirigidas a la calidad, la seguridad, la eficiencia y la accesibilidad de los servicios de salud y suponen entre otros un impacto en la mejora de los procesos asistenciales en el mecanismo de información y

comunicación entre los agentes sanitarios agilizando los mecanismos burocráticos y organizativos internos. El cambio no solo afecta a la infraestructura y la operatividad, sino también a la formación de los profesionales que deben de dominar al máximo todas las nuevas técnicas. La arquitectura informativa es un elemento horizontal estratégico, que condiciona el alcance real de los procesos de gestión en los nuevos modelos.

El sistema de información contable debe de estar vinculado, preferiblemente, a un sistema de planificación de los recursos empresariales (ERP – Enterprise Resource Planning), aplicación de gestión empresarial que integra el flujo de información, consiguiendo mejorar los procesos en distintas áreas (financiera, de operaciones, marketing, logística, comercial, recursos humanos) y, cuyos objetivos son entre otros los siguientes:

- Acceso a información fiable y precisa, con la posibilidad de compartir esa información asistencial y económica.
- Eliminación de datos y operaciones innecesarias.
- Reducción de tiempos y costes de los procesos mejorando la productividad y la oportunidad de la información.
- La historia clínica del paciente puede estar en soporte informático (HCI). la historia clínica es el núcleo central en materia asistencial. Su disponibilidad es fundamental en un entorno de cooperación y uso de las telecomunicaciones entre los distintos niveles de asistencia sanitaria.
- La gestión electrónica documental (GED), sistema de tratamiento de la documentación que combina la imagen con información asociada, de documentos de una forma fácil y automatizada.

Entre los beneficios de la implantación de los sistemas GED podemos mencionar los siguientes (Marimón, 1999b):

1. Disminución de los tiempos de localización, recuperación y gestión de los documentos, accesibles desde cada puesto de trabajo.

2. Disminución del coste de distribución, ya que se eliminan gastos de mensajería, fax, etc.
3. Drástico recorte de los espacios de almacenamiento y reaprovechamiento del mismo.

Uno de los objetivos de los sistemas de información en el área hospitalaria es lograr la transmisión inmediata de experiencia, conocimientos y recursos que contribuyan, entre otros aspectos, a:

- Disminuir los tiempos de atención al paciente,
- Disminuir la variabilidad de los procedimientos terapéuticos,
- Incrementar la accesibilidad a la información y al conocimiento,
- Coordinar las actuaciones terapéuticas,
- Planificar los sistemas sanitarios y llevar a cabo una eficiente asignación y utilización de los recursos,
- Evolución de los sistemas de gestión y planificación.

Las tecnologías de la información contribuyen significativamente a la generación de ventajas competitivas, e incrementar la calidad de los outputs reduciendo considerablemente los costes y el tiempo invertido en tales procesos y reducen las asimetrías de información, incrementando la productividad (Bhattacharjee y Hirschheim, 1997).

La integración de los flujos de información se concreta en los siguientes dos aspectos (Guillem, 1998):

- Usuarios. Son usuarios todos los miembros del sistema, de forma que se presta soporte tanto a las necesidades del ámbito asistencial como de gestión.
- Datos. Los datos (clínicos, de recursos y actividad) son únicos para todo el sistema.

El uso de las nuevas tecnologías de información también implica algunas dificultades, como son:

- Establecer un marco legal, ético y de confidencialidad.
- Lograr una estandarización de sistemas informáticos que permita la comunicación entre todos los implicados en la atención sanitaria.
- Formar a los profesionales sanitarios en el uso de la tecnología.
- Resolver los conflictos de organización y financiación
- Realizar estudios y proyectos piloto como la telemedicina con fiabilidad y rentabilidad.
- Lograr que la tecnología sea fácil de utilizar, lo más intuitiva y sencilla posible.
- La comunicación electrónica entre los pacientes y sus médicos. (Falagán, y Nogueira, 2003).

Ilustración 17. Aplicaciones de la Comunicación Electrónica en los Hospitales:



El sistema de información contable deberá de recibir información de los módulos asistenciales para efectuar la valoración de los costes correspondientes a los tratamientos realizados, (Bataller y Serra 2012). Como parte del sistema de información contable, se puede hablar de un sistema de planificación y seguimiento de objetivos e indicadores de la gestión. Este sistema, a su vez, puede ser subdividido en dos:

- *Planificación asistencial*, que comprende indicadores tanto de evaluación de la calidad de los tratamientos sanitarios como de evaluación de la eficacia de los mismos.
- *Planificación económica* que pretenderá recoger indicadores de eficiencia.

La aplicación y explotación de la gestión clínica (no sólo la historia clínica) es el núcleo del sistema de información hospitalario.

III.2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA DIRECCIÓN.

La organización hospitalaria, a través de los sistemas de información, debe facilitar la toma de decisiones a los directivos y gestores, los cuales deben poder conocer el desarrollo de los procesos internos de los diferentes servicios asistenciales y no asistenciales del hospital, con el fin de lograr la máxima eficacia y eficiencia.

La gestión de las empresas está directamente ligada a la disponibilidad de la información en el momento preciso, y de que ésta sea completa, exacta y útil.

Los beneficios derivados del aprovechamiento de las tecnologías de la información (la informática, la inteligencia artificial y los sistemas expertos), pueden alcanzar a todas las áreas del sistema de prestación del servicio asistencial y de la gestión y dirección. Toda la información, aunque no sea exclusivamente financiera, es un valioso activo del que se debe obtener la máxima rentabilidad.

El sistema de información para la dirección es, en sí mismo, singular ya que abarca diferentes sistemas de información comunicados entre sí, presentando unas fronteras difusas. (Gil, 1996, 1997).

Un sistema de información es un recurso estratégico de la organización estructurado en un conjunto de flujos y procesos de información que, utilizando una

serie de componentes de diversa índole, proporcionan a un usuario la información necesaria para el desempeño de sus actividades y funciones (AECA, 2001).

Siguiendo las recomendaciones de (Arjonilla, y Medina, 2002) para asegurar que el sistema de información de la empresa realmente dé soporte a la consecución de sus objetivos básicos, éste debe tener una adecuada definición y planificación antes de su implantación. Según estos autores, los objetivos básicos de un sistema de información son:

1. Suministrar a los distintos niveles de la dirección la información necesaria para la planificación, el control y la toma de decisiones.
2. Colaborar en la consecución de los objetivos de la empresa, apoyando la realización y coordinación de las tareas operativas.

Extraer ventajas competitivas de su entorno, entendidas éstas como aquellas capacidades o habilidades que ofrecen la posibilidad de obtener una rentabilidad por encima de la media de la del sector en el que se encuentre la empresa.

Los mandos necesitarán información adecuada según el nivel en que se sitúen en la organización, así los ejecutivos de nivel superior (alta dirección), según (Simón, 1979), adoptarán decisiones no programadas serán los responsables de la planificación estratégica y utilizarán información tanto interna como externa, mientras que los mandos intermedios y operativos adoptarán decisiones programadas (decisiones repetitivas y rutinarias) y por tanto fácilmente informatizables, decisiones sobre tesorería, contabilidad, actividad, etc.

Las características de la información utilizada la podemos recoger en la Tabla 7.

Tabla 7. Características de la información según su destino.

DESTINO CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACION	ALTA DIRECCION	MANDOS INTERMEDIOS	MANDOS OPERATIVOS
FUENTES	PRINCIPALMENTE EXTERNAS	↔	PRINCIPALMENTE INTERNAS
CAMPO	MUY AMPLIO	↔	MUY REDUCIDO Y BIEN DEFINIDO
FRECUENCIA DE USO	BAJA	↔	ELEVADA
HORIZONTE TEMPORAL	FUTURO	↔	PASADO
ACTUALIDAD	ALGO ATRASADA	↔	MUY RECIENTE
PRECISION	BAJA	↔	ELEVADA
NIVEL DE AGREGACION	AGREGADA	↔	DETALLADA

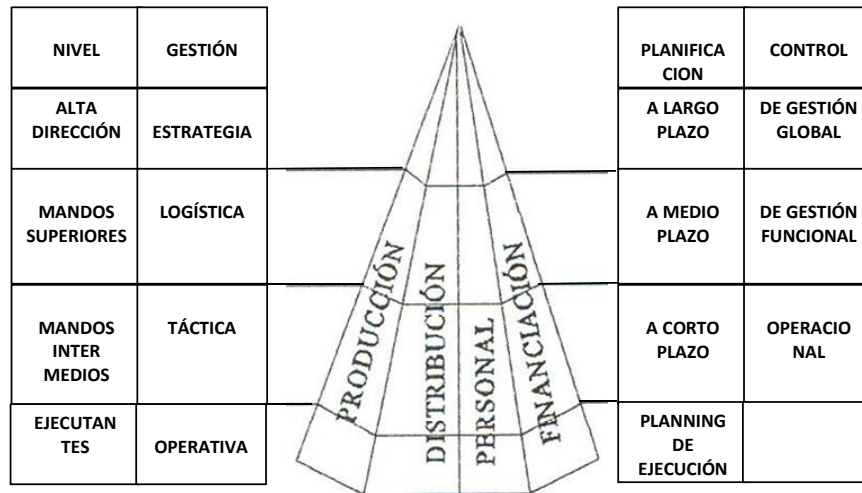
Fuente: De Miguel Enrique Introducción a la Gestión (Management) Vol.; II Pág. 951

El carácter jerárquico que tiene la información en la empresa puede ser expresado a través de una “pirámide de gestión” (Blanco, 1975a, b), que se descompone en estratos ascendentes representativos de los diferentes niveles. Véase Ilustración 18.

En cada nivel se toman decisiones diferentes. La base corresponde al nivel de ejecución, en el que la gestión es puramente operativa. A medida que se asciende, pasamos a niveles de mandos intermedios que realizan gestión táctica con un control operacional, mientras que los mandos superiores realizan una gestión logística, sobre la que se ejerce un control de gestión funcional.

Finalmente, se llega a la capa o nivel superior de Alta Dirección, que constituye la cúspide de la pirámide, donde se realiza una gestión estratégica sometida a un control de gestión global.

Ilustración 18. Pirámide de gestión



Fuente: Blanco (1975)

En el nivel inferior o de gestión operativa, las decisiones requieren información sobre aspectos parciales de cada función, pero con un grado de análisis muy elevado, de forma que debe incluir datos tanto en unidades físicas como en términos monetarios (Soler, P.A 1991).

Teniendo en cuenta los niveles jerárquicos, surgen cuatro familias de sistemas de información apoyados en la informática:

1. Los sistemas de procesamiento de transacciones (Simon, 1979) dedicados a la informatización de operaciones rutinarias y repetitivas (nóminas, facturas, pedidos, etc.). Su objetivo es buscar la eficiencia y seguridad de las transacciones ayudando así a los mandos operativos.

2. Los sistemas generadores de informes de gestión que proporcionan multitud de informes periódicos.

3. Los sistemas de apoyo a la decisión, procesan la información necesaria para la toma de decisiones entre estos, destacamos los sistemas expertos que capturan el

conocimiento de expertos e imitan los procesos de razonamiento, para resolver problemas (Bataller y Sánchez, 2002).

4. Sistemas de Información para la Alta Dirección, que facilitan la información sobre el cumplimiento estratégico de la misión de la organización y del resto de sus objetivos.

Por otra parte, cada lado de la pirámide representa una faceta distinta de la organización: producción (producción asistencial y no asistencial), finanzas, marketing, personal, etc. En cada una de estas funciones se adopta un tipo de decisiones diferentes y, por tanto, también es diferente la información que se precisa.

III.2.1. DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ELEMENTOS BÁSICOS DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN.

Un sistema de información sanitaria, según la O.M.S, es un “mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para la organización y la actividad de los Servicios Sanitarios, así como para la Investigación y la Docencia”.

Desde el punto de vista de la gestión de una organización entendemos como sistema de información (SI) "el conjunto integrado de procesos principalmente formales desarrollados en un entorno usuario-ordenador, que operando sobre un conjunto de datos estructurados (Base de datos) de una organización, recopilan procesan y distribuyen selectivamente la información necesaria para, la operatividad habitual de la organización de las misma" (Gil, 1996, 1997).

Un sistema de información sanitaria (SIS) puede ser definido como un mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y funcionamiento del sistema sanitario. Y debe cubrir tres áreas fundamentales:

1. Información sobre la salud.

2. Información sobre los factores que la determinan, teniendo en cuenta aspectos biológicos, el entorno ambiental físico y socioeconómico y, también, determinados comportamientos sociales.

3. Información sobre los recursos, su utilización, el coste y resultados del sistema sanitario y de sus aportaciones tanto en cantidad como en calidad.

Para la implantación de un sistema de información sanitario hay que analizar los usos y las necesidades de la información de forma coordinada, así como evaluar, los documentos, fuentes y sistemas de obtención/recuperación de la información propios de las instituciones, o externos a las mismas, con el objetivo de cubrir todas las necesidades de información.

El Análisis de los SIS es necesario para gestionar de forma eficaz la Empresa Hospitalaria tanto desde el punto de vista clínico como económico.

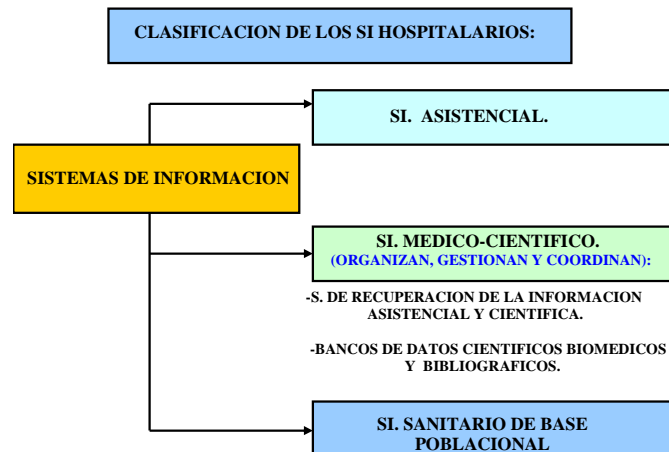
Para ello es necesario disponer de un Sistema Información Global Integrado del Hospital (SIGIH) que integre “Datos clínico-asistenciales y económicos” para atender a las necesidades informativas de las organizaciones hospitalarias.

Los sistemas de información pueden ser clasificados en tres grupos:

- Sistemas de información asistencial y sanitaria, que estudian, organizan, desarrollan, gestionan y/o coordinan los sistemas de información asistencial del Centro.
- Sistemas de información médico-científica, que estudian, organizan, desarrollan, gestionan y/o coordinan los sistemas de recuperación de la información científica necesaria para la institución. Lo que incluye entre otros aspectos:

- El acceso a los principales bancos de datos de información científica biomédica.
- El acceso a repertorios bibliográficos y bases de datos, series de revisiones periódicas y obras de consulta.

Ilustración 19. Clasificación de los Sistemas de Información Hospitalarios.



- Sistemas de información sanitaria de base poblacional en España, que son aquellos que permiten obtener estimaciones sobre fenómenos salud en el conjunto de la población.

III.2.1.1. Características de un Sistema de Información (S.I).

Las características de un sistema de información afectan a la relación coste-beneficio que se desprende del mismo. Es decir, mejorar alguna de sus características proporcionara un aumento en el valor total de la información, aunque normalmente irá acompañado de un mayor coste de la información.

Entre las características más importantes están las siguientes:

1. Disponibilidad de la información por los medios adecuados (papel, pantallas interactivas, etc.).

2. Suministro de información de manera selectiva evitando la información irrelevante y sobrecargas de información.
3. Variedad en la presentación de la información.
4. Grado de Inteligencia del sistema al incorporar relaciones y procesos preestablecidos.
5. El tiempo de respuesta del sistema.
6. Así como los de Exactitud, Generalidad, Flexibilidad, Fiabilidad, Seguridad. Amistad con el usuario, Economía. Aceptabilidad. y Sencillez

Es importante establecer una metodología común en el diseño y la implantación que debe ser asumida por todos los responsables de suministrar información. Sólo de esta forma se puede asegurar la fiabilidad y comparabilidad de la información, con el objeto de que no se produzcan (o se minimicen) los errores humanos, no sea posible la manipulación de los datos. Hay que asegurarse de que no existan deficiencias en el control interno, y que en el momento de elaborar la información no hay una multiplicidad de criterios que haga difícilmente comparable la información.

III.2.1.2. Elementos Básicos.

Son elementos básicos de un sistema de información:

- Recogida de datos. Los datos deben ser recogidos una sola vez en su origen para los diversos usos, hay que evitar las duplicidades y los datos sin utilidad para el sistema.
- Procesamiento de los datos para obtener la información.
- Análisis de la información.
- Transmisión de la información.

Los recursos o medios de una organización que utiliza un sistema de información se pueden agrupar en las siguientes cinco categorías (García D, 2000).

- Recursos humanos.

- Recursos de hardware.
- Recursos de telecomunicación (redes de ordenadores).
- Recursos de software.
- Recursos de datos.

III.2.1.3. Aplicaciones.

Las aplicaciones de un sistema general de información son:

1.- La planificación: El proceso de planificación de la asistencia hospitalaria exige el conocimiento permanente de la situación en cuanto a:

- Recursos materiales: capacidad de los centros, instalaciones básicas de que disponen, variaciones que se producen, etc.
- Recursos humanos: en los aspectos cuantitativos y cualitativos, dedicación y clase de trabajo que realizan.
- Recursos financieros: recursos de que dispone el centro y el uso que se hace de ellos.
- Actividad de cada centro: conocer el grado de rendimiento y la relación oferta-demanda.

2.- El control, que supone el seguimiento permanente del funcionamiento de los centros, y la evolución del coste y la actividad (Oscar, 2005; Bataller y Sánchez, 2002), permite la toma de decisiones y poder adoptar, si llega el caso, medidas correctoras.

III.2.2. REQUERIMIENTOS GENERALES PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

El diseño de sistemas de información requiere su desarrollo en varias etapas:

- a) Determinación de las necesidades específicas a las que debe responder el sistema siendo los usuarios de la información participantes activos en el diseño del sistema.

- b) Elaboración de los procedimientos para la adquisición y tratamiento de la información de acuerdo con las necesidades de los usuarios. En esta etapa hay que resolver problemas de estandarización de los registros (clasificación, definiciones y formatos).
- c) Establecimiento de los procedimientos para la recuperación, organización y difusión de la información.
- d) Determinación de los procedimientos de evaluación.

La selección de los datos y del tipo de información que se deben incluir dependerá de los objetivos del SI (Sistema de Información).

Los datos recogidos y estructurados convenientemente constituyen el núcleo del sistema de información que se completa con el establecimiento de un conjunto de indicadores que posibilita la valoración de la información recogida.

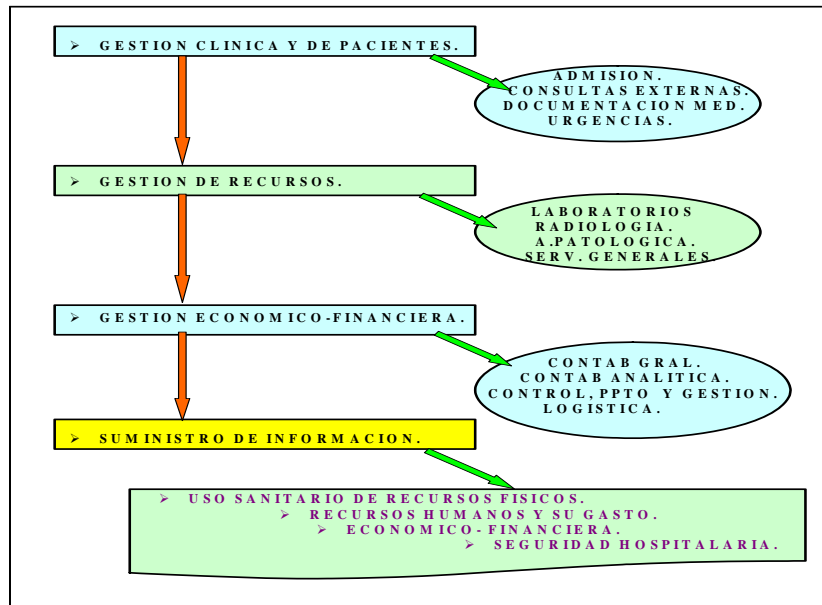
III.3.EL SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA.

Satisfacer adecuadamente las necesidades informativas de una organización hospitalaria implica una combinación o cruce de datos clínico-asistenciales y económicos, lo cual conduce a un sistema integrado de información, cuya aplicación práctica requiere el procesamiento de todos los datos aportados por el sistema global de gestión y, por tanto, el apoyo de un sistema informático.

Esta información, que podrá estar centralizada en mayor o menor medida, pero deberá estar dispuesta en una red integrada de datos, procedentes de las diferentes áreas del hospital. Estas áreas se convierten en subsistemas dentro de los tres sistemas generales que configuran el Sistema de Información Global e Integrada del hospital (SIGIH):

- Sistema de gestión clínico y de pacientes.
- Sistema de gestión de recursos.
- Sistema de gestión económico-financiera

Ilustración 20. Sistemas de Información Hospitalarios integrados en un Sistema de Información Asistencial.



El sistema de gestión clínica y de pacientes comprende las áreas de:

- Admisión.
- Consultas Externas.
- Urgencias.
- Documentación Médica, Historia clínica.
- Unidades de enfermería.
- Quirófanos.

El sistema de gestión de recursos asistenciales, comprende las áreas de:

- Laboratorios de análisis clínicos y hematología.
- Laboratorio de anatomía patológica.
- Servicio de radiología.
- Servicios generales (dietética, mantenimiento).
- Servicios de estadística asistencial.

El sistema de gestión de recursos económico-financieros comprende las áreas de:

- Contabilidad general, presupuestaria, analítica.
- Control presupuestario y de gestión.

- Facturación a usuarios-clientes y cuentas a cobrar.
- Logística de materiales (fármacos y suministros).
- Proveedores y compras.
- Recursos humanos (nominas, seguros sociales, etc.).
- Tesorería.
- Proyectos de inversión y activos fijos.

Ilustración 21. Sistema de Información Global Integrado del Hospital.

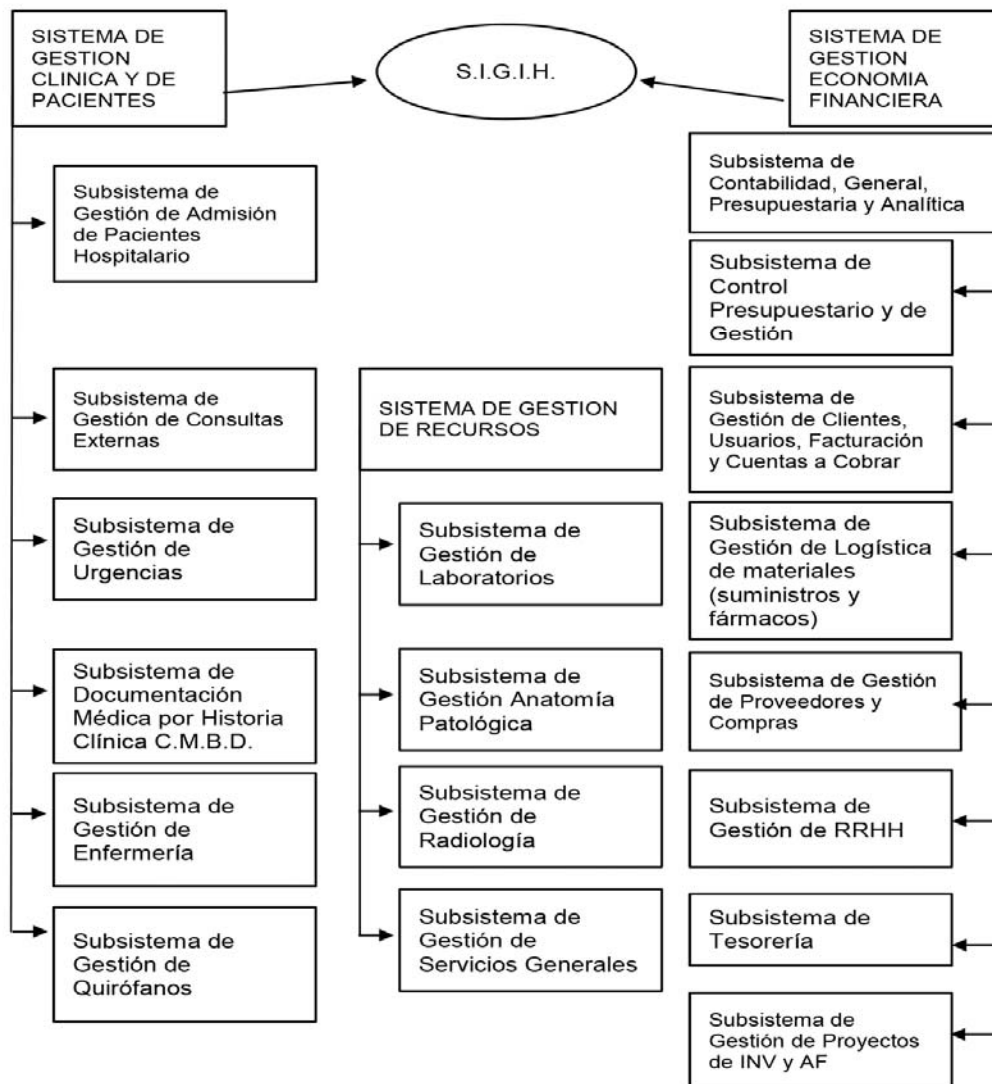
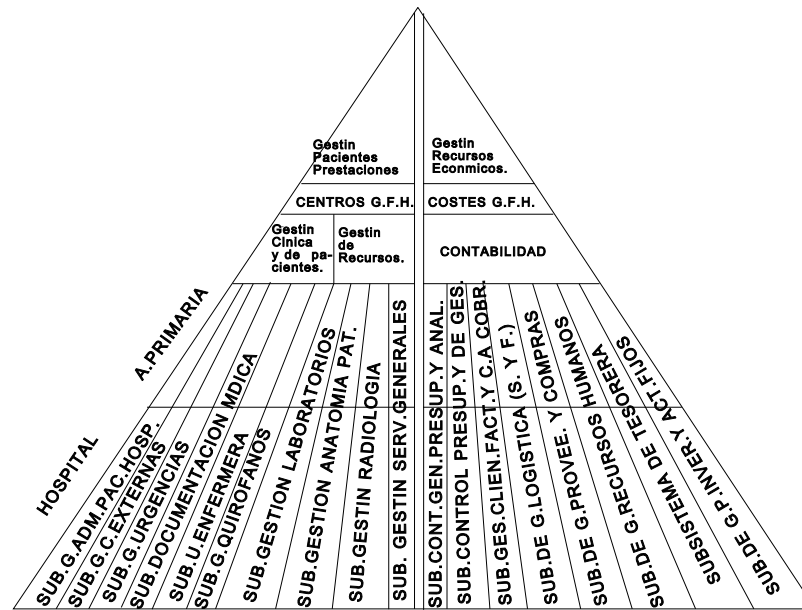


Ilustración 22. Integración de los Sistemas en el Área de Salud.



Puesto que en un sentido completo la información es el proceso de transferir datos, entenderlos y analizarlos (Asenjo, 1991), además del intercambio de datos es necesario que estos sean interiorizados por el receptor, analizados y comprendidos para que se pueda hablar propiamente de información.

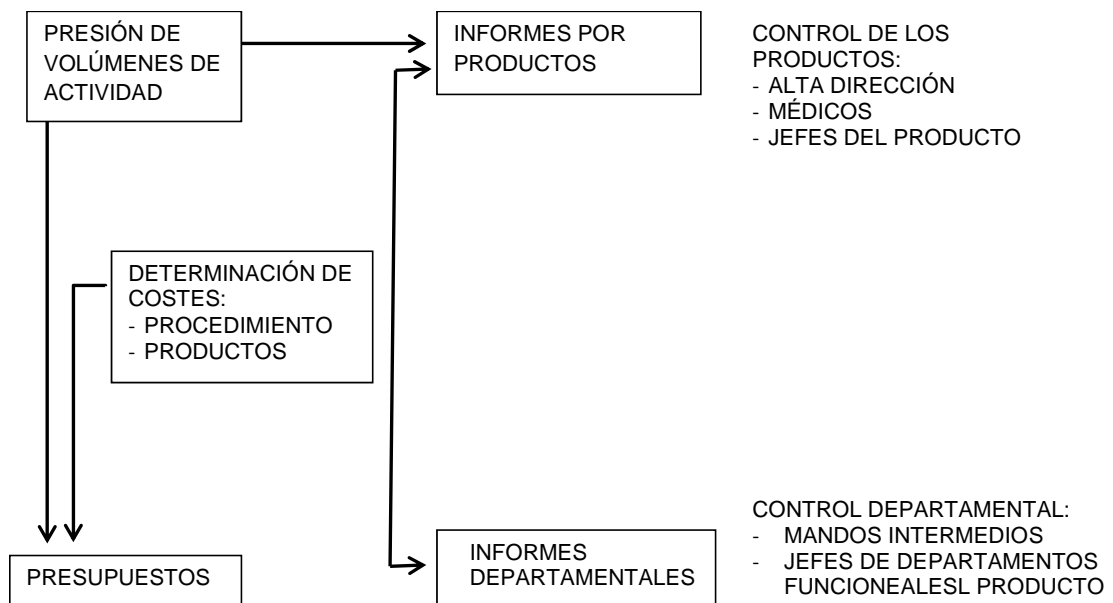
Conviene distinguir entre un dato, que es la unidad de información y un documento, que es todo objeto material portador de información (radiografía, ecografía, soporte magnético, artículo de revista, libro, etc.). El concepto de documento es inseparable de la información. Se pueden clasificar los siguientes tipos de documentos:

1. Según sus características materiales: impresos, fotográficos, soporte magnético, etc.
2. Según el tipo de información: textuales, gráficos, sonoros, etc.
3. Según su función en la recuperación de información: primarios, secundarios o mixtos.

Para que la puesta en marcha de un SIGIH tenga éxito, lo cual implica la utilización correcta de todos los datos, se requiere:

- Organizar antes de informatizar.
- Conocer las necesidades de la gestión del hospital, previsión de las actividades su volumen, costes y presupuestos, que permitan el control de dichos productos y servicios.

Ilustración 23. Necesidad de gestión del hospital.



El SIGIH debe ser diseñado bajo el prisma de una gestión eficiente definiendo los objetivos del sistema de información con precisión, adaptándolo al modo de trabajo de los servicios o unidades donde van a ser implantado, con sistemas modulares con el fin de facilitar la modificación.

Un sistema de información de un centro hospitalario permitirá aumentar la eficiencia y eficacia de su gestión en la medida que responda a las siguientes finalidades (factores críticos):

- Detectar puntualmente los problemas producidos en los distintos centros de gasto.

- Permitir tomar decisiones rápidas y eficaces por los responsables de la gestión.
- Facilitar el seguimiento y control de los factores claves de la asistencia sanitaria y la reacción a las acciones correctas.
- Mejorar la calidad asistencial a los pacientes.
- Soportar las aplicaciones médicas capaces de proporcionar un tratamiento adecuado a los pacientes.

El sistema integrado de información hospitalaria que relaciona las áreas clínicas con la económico-financiera es utilizable de forma progresiva, desde los tres niveles ya enunciados:

- Nivel I: Estratégico.
- Nivel II: Gestión y Control.
- Nivel III: Ejecución.

Los cuales abarcan múltiples objetivos para cuya consecución se necesita una información proporcionada por los diferentes subsistemas que integran el sistema de información hospitalaria (S.I.G.I.H).

III.3.1. APLICACIONES.

III.3.1.1. Sistemas de Gestión Clínica de Pacientes.

El Sistema de Gestión Clínica y de Pacientes comprende todas las áreas de información clínica que implican una relación directa con el paciente. Este sistema permite el acceso a toda la información de forma global o individualizada, generada como consecuencia de los diferentes episodios asistenciales que el paciente ha ocasionado por su tratamiento en el hospital y comprende los siguientes subsistemas:

1. Subsistema de gestión de admisión de pacientes hospitalizados.
2. Subsistema de gestión de consultas externas.
3. Subsistema de gestión de urgencias.
4. Subsistema de documentación médica por la historia clínica

5. Subsistema de gestión de unidades de enfermería.
6. Subsistema de gestión de quirófanos.

Comentamos seguidamente los objetivos y las funciones principales desarrolladas en términos generales en los mismos.

Los objetivos son:

- Mantener actualizada la información básica de los pacientes hospitalizados, programados ambulatoriamente y urgentes.
- Registrar la información y actividad relacionada con el episodio de la hospitalización, el ambulatorio y el urgente.
- Controlar, mantener e informar de la situación de camas del hospital, de las consultas externas y de los boxes de urgencias.
- Facilitar información de datos clínicos de episodios anteriores. (Episodio de hospitalización Ambulatorio y Urgente).
- Análisis de los Procesos Clínicos tanto médicos como de enfermería (Bataller y Serra, 2011), en sus actividades, tiempos de ejecución y listas de espera.
- Análisis de los Circuitos de Atención Asistencial recorridos por los pacientes.
- Generar información estadística e indicadores hospitalarios.

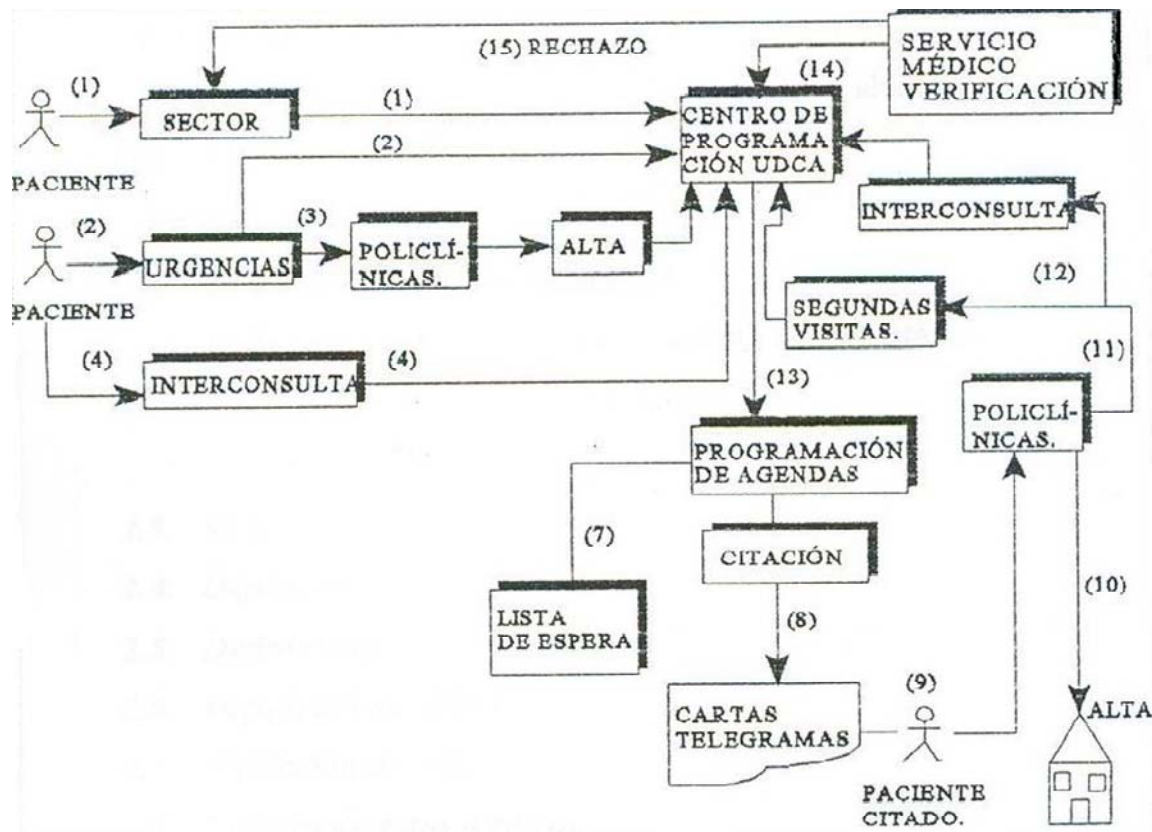
Seguidamente explicamos el funcionamiento del Subsistema de gestión de consultas externas y el Subsistema de Documentación Médica por la Historia Clínica: Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.) (Peris, 1998).

▪ **Subsistema de gestión de consultas externas.**

Los pacientes citados acuden a las policlínicas y una vez asistidos ambulatoriamente son enviados a su domicilio (alta ambulatoria) terminando así el

proceso asistencial ambulatorio o se programan nuevamente en segundas visitas o en interconsultas.

Ilustración 24. Subsistema de gestión de consultas externas.



Las funciones que comprende la gestión de consultas externas son: Cita y registro del paciente (reservar horas, cancelar y alterar las citas). Consulta de las citas programadas (perfil de la programación en un período por consulta o por facultativo). Definición de horarios. Definición de calendarios. Definición de clínicas. Fichero de datos médicos. Fichero de tipos de visita e Informes estadísticos.

El adecuado tratamiento de esta información, permitirá obtener los tiempos asistenciales utilizados en la actividad ambulatoria, por primeras visitas, sucesiva e interconsultas ambulatorias son datos relevantes para el subsistema de contabilidad de costes y para el subsistema de control de gestión.

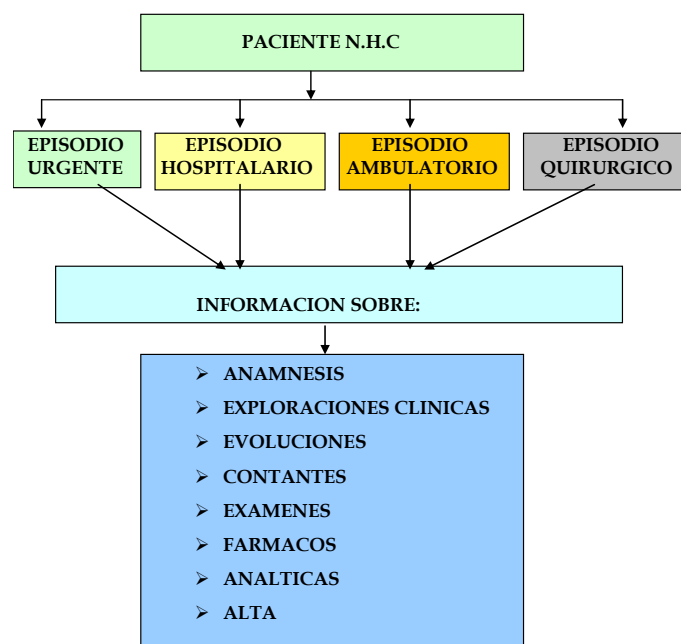
Asimismo los datos de actividad asociados al paciente se suministran al Subsistema de documentación médica, Facturación Subsistema de Costes y de Control de gestión para la obtención de indicadores asistenciales, epidemiológicos y obtención de Case-mix (patologías asistidas).

▪ **Subsistema de documentación médica por la historia clínica: Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.)**

El servicio de documentación tiene como objetivo la codificación de diagnósticos, intervenciones quirúrgicas y procedimientos con el fin de registrar adecuadamente la historia clínica del paciente e integrarla en el sistema de información.

La historia clínica es documento único que contiene toda la información relativa a la salud de un paciente, sus alteraciones, y evolución a través de toda su vida. (Alberola, 1998). Se estructura en torno a cuatro episodios: urgente, hospitalario, ambulatorio y quirúrgico.

Ilustración 25. Estructura de la historia clínica.



La principal característica de este documento es su integridad respecto al paciente y es el documento primario básico de los sistemas de información clínica que comprende el registro de diagnósticos y procedimientos quirúrgicos, puede servir de base para la valoración de los costes. (Soley, 1986). Con la codificación de los datos recogidos en la historia clínica se proporciona la posibilidad de generar estadísticas sobre el "Case-mix" (C.M), (Tomás, Suñol, et. al., 1999), o tipos de casos atendidos en el hospital.

Esta codificación es utilizada por los demás subsistemas de gestión clínica cuando se actúa de forma descentralizada. Cada área introduce sus diagnósticos y el sistema automáticamente los codifica.

Esta codificación utiliza la clasificación internacional de enfermedades (ICD-10) de la OMS. (MSCPS, 2009, 2012). En definitiva, es un sistema de categorías numéricas asignadas a entidades nosológicas de acuerdo con criterios como el anatómico, patológico, etiológico y el clínico.

El subsistema de documentación médica recoge información de los subsistemas de gestión clínica y del de recursos, sobre los inputs que intervienen en el proceso asistencial y el fichero maestro de pacientes que identifica a éstos por su número de historia clínica. (Pela, Marion, et al., 1998). De esta forma se crea y completa, de una forma automática e informática, la historia clínica con todos sus episodios.

La gestión de la documentación de la historia clínica es básica para los Sistemas de clasificación de Pacientes, que persiguen identificar el producto hospitalario a través del seguimiento de la patología, tratando de identificar iso-consumos mediante la información del subsistema de costes y subsistema de facturación.

Son objetivos básicos del subsistema de documentación médica los siguientes:

- El conocimiento de la actividad asistencial tanto cuantitativo como en lo referente a la complejidad de la demanda y los resultados obtenidos.

- La investigación y docencia a través de la recopilación de la casuística clínica.
- El conocimiento de la morbi-mortalidad de indudable valor para la planificación sanitaria y estudios epidemiológicos.
- La promoción de la calidad asistencial, a través de la monitorización de los estándares asistenciales.

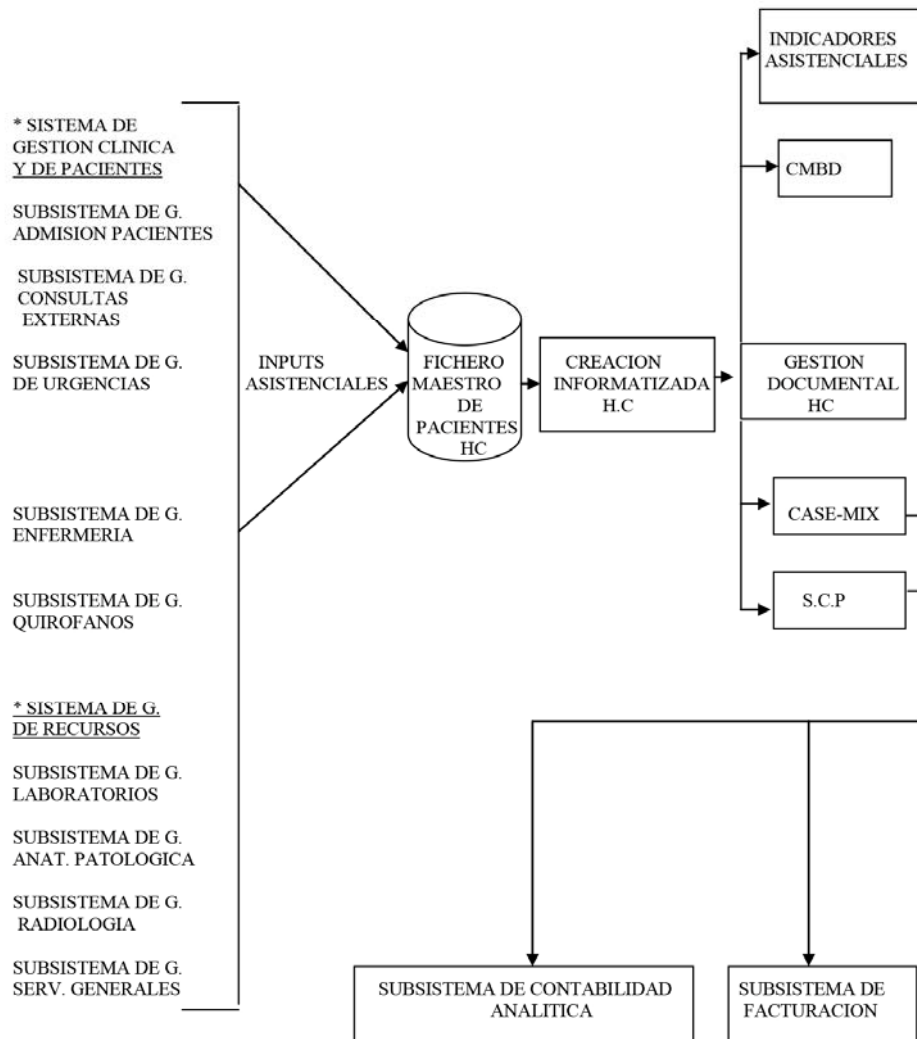
Por otra parte, la implantación en los hospitales del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) (INS, 1996a, 2001a), persigue un análisis correcto de la calidad asistencial y favorecer el seguimiento de los pacientes. Una correcta información de los procesos asistenciales para la aplicación de los sistemas de clasificación de pacientes relacionados con el consumo de recursos, facilita la asociación del proceso asistencial con el proceso de cálculo de costes (Lafoste, 1988). Véase ilustración 25.

Otros Subsistemas de información son los Auxiliares como el Sistema de Gestión de Recursos. La gestión de recursos, se centra en las áreas de laboratorios (análisis clínicos, hematología), de anatomía patológica, de radiología, y de servicios generales (dietética, mantenimiento como más importantes). Las aplicaciones informáticas establecidas, al efecto, deben permitir controlar las peticiones y los procesos efectuados para mejorar la eficacia y eficiencia del proceso asistencial final.

Así pues, distinguiremos los siguientes subsistemas de gestión:

1. Subsistema de Gestión de Laboratorios.
2. Subsistema de Anatomía Patológica.
3. Subsistema de Gestión Radiológica.
4. Subsistema de Gestión de Servicios Generales.

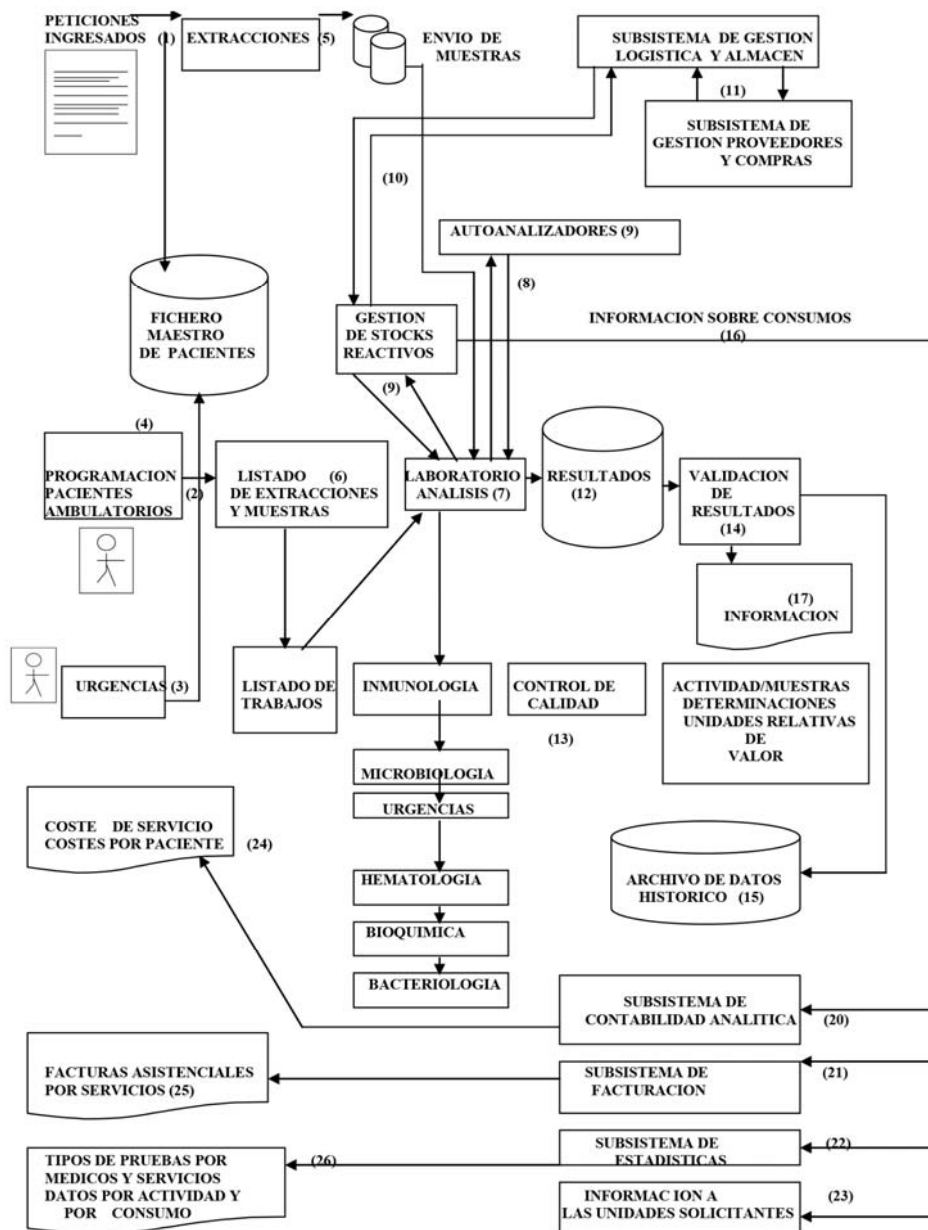
Ilustración 26. Subsistema de documentación médica por la historia clínica CMBD.



Destacando por su importancia respecto a su volumen de actividad el Subsistema de Gestión de Laboratorios.

En este subsistema de gestión de laboratorios, las peticiones de trabajo son realizadas por las unidades de hospitalización, en el caso de pacientes ingresados, por consultas externas en el caso de pacientes ambulatorios, o por el servicio de urgencias, cuyos circuitos principales destacamos en la siguiente figura:

Ilustración 27. Subsistema de gestión de laboratorios.



De la programación de pacientes de ambulatorios y de urgencias se obtienen los listados de extracciones y de muestras o listados de trabajos. En el laboratorio de análisis, y en este en cada sección: inmunología, microbiología, etc. Se procesan las muestras utilizando reactivos.

Los datos que deben ser registrados en la gestión de laboratorios se refieren a:

- Datos de identificación del paciente: nombre, número de historia clínica, sexo, fecha de nacimiento.

- Datos para facturación por servicios/pacientes.
- Datos del solicitante (médico/servicio).
- Registro de muestras: Unidad de enfermería, clínico o servicios médicos. datos de actividad y N° de determinaciones/muestra.

La planificación del trabajo de cada sección y el estudio de los recursos consumidos en cada actividad sirve para obtener equivalencias en el coste de cada una de ellas y permite asignar Unidades Relativas de Valor (URV's). (MSC, 1993; SAS, 2011), que facilitan el cálculo de costes, por muestras o, por determinaciones.

A través del traslado de los resultados al sistema informático, es posible introducir los resultados de forma automática en el fichero del paciente.

Estos Subsistemas facilitaran información a otros Subsistemas, de forma que la información económica generada en urgencias por un paciente se trasvasa a un fichero contable que actualiza la cuenta del mismo y la refleja a efectos de su facturación (Subsistema de facturación).

III.3.1.2. Sistema de gestión económico-financiero.

El sistema de información económico-financiero se compone de varios subsistemas que facilitan la gestión integral del hospital. Estos sistemas deben estar diseñados preferiblemente de forma modular, evitando la información redundante, y hacer posible su explotación conjunta.

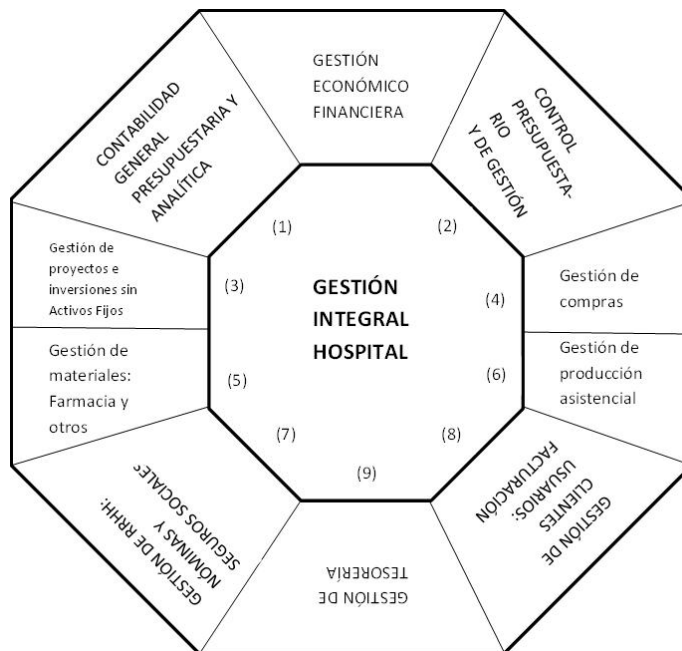
Se pueden identificar los siguientes subsistemas relacionados con la gestión económico-financiera:

1. Subsistema de contabilidad: general, presupuestaria y de costes.
2. Subsistema de control presupuestario y de gestión.
3. Subsistema de gestión de clientes y usuarios (facturación), y de cuentas a cobrar.
4. Subsistema de gestión logística de materiales (fármacos y suministros).
5. Subsistema de gestión de proveedores y compras.

6. Subsistema de gestión de recursos humanos (RR.HH) (nominas, seguros sociales, etc.).
7. Subsistema de tesorería.
8. Subsistema de gestión de proyectos de inversión y de activos fijos.

Estos Subsistemas son los facilitadores de la Gestión integral del Hospital, tanto desde el punto de vista Económico, Financiero, Presupuestario y Patrimonial.

Ilustración 28. Gestión integral del hospital.



Centrándonos por su importancia en el Subsistema de Contabilidad: general, presupuestaria y de costes

El Sistema Contable integra, como hemos dicho, los Subsistema de Contabilidad Presupuestaria Pública, Contabilidad General y Contabilidad Presupuestaria.

La contabilidad presupuestaria contabiliza en el Grupo "0", las fases siguientes: "I". Crédito inicial. "A". Autorización (reserva de crédito). "D". Disposiciones (pedidos a proveedores). "O". Obligaciones Reconocidas (entregas de material) y "K".

Pago. Todo ello con el control de déficit de pago /déficit real por epígrafe presupuestario.

La contabilidad general se estructura en torno al patrimonio, inmovilizado, existencias, los proveedores (albaranes, facturas y tramitación de pagos) y los clientes (facturas y gestión de cobros).

La contabilidad de costes tiene como elementos fundamentales el inventario permanente de existencias (control de almacenes) y los costes directos por grupo funcional homogéneo (GFH).

La gestión presupuestaria se puede contemplar desde el punto de vista económico y el financiero, entrando en el campo de la contabilidad pública. Es el punto de vista económico el que vamos a considerar, esto es nos referiremos a la planificación y control de la actuación económica de la empresa hospitalaria.

Esto permite comparar la gestión realizada con la prevista y, por tanto, obtener una fuente de información en la que basar una dirección más eficaz, al considerar las desviaciones producidas y sus acciones correctoras.

La gestión presupuestaria económica deberá de permitir la descentralización de la gestión para cada unidad o área clínica (Agrupación de Servicios Médicos) de tal manera que sea posible su extrapolación a la presupuestación financiera.

III.3.2. CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES.

La información que resulta de los sistemas de información sanitaria la podemos clasificar en:

- Información sanitaria, que incluye todo lo relativo a los recursos físicos y al uso que se hace de ellos, camas de hospital, consultas externas, etc.

- Información sobre el personal. Incluye la evolución del estado de las plantillas de personal del personal contratado, así como gasto de personal y distribución del personal por servicios.
- Información económica que incluye todos los datos que permiten conocer la situación económico-financiera y su evolución, tales como: tesorería, balance de situación, etc.
- Información sobre seguridad hospitalaria, comprende información sobre el estado de las instalaciones y planes de seguridad.

Estos diferentes tipos de información permiten incorporar indicadores. En general los indicadores se pueden agrupar en dos grupos:

Los indicadores descriptivos, cuantitativos o cualitativos, que se limitan a aportar información sin hacer una valoración (MSC, 2001c, 2003a).

Los indicadores de calidad suponen previamente elaborar criterios de calidad, información sobre el paciente, (SECA, 2011), que podemos definir como aquellas condiciones deseables o indeseables que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria. El estándar de calidad es el valor del criterio que señala el límite entre la calidad aceptable y la inaceptable. Entre los indicadores de calidad vamos a destacar los siguientes:

- indicadores de calidad intrínseca, asistencial o científico-técnica.
- indicadores de calidad extrínseca, percibida o administrativa-gerencial.
- indicadores de calidad total o directiva.

Tabla 8. Resumen de Indicadores Asistenciales.

CUADRO DE INDICADORES ASISTENCIALES	
Indicadores de GDR	Indicadores de calidad
	Calidad intrínseca,
ICM= EMAFH/ EMBS	Mortalidad
(IF),=EMAC/EMBS	Readmisiones y las inf Nosoc
Peso medio	Reclamaciones y quejas
Peso Relativo,	% Adec de los trat a las guías
	% De explor o actos médicos
Indicadores de actividad	Calidad extrínseca
Emg	% De reclamaciones
% Ocup	% De altas voluntarias
I.Rotac	Resultados de encuestas
Rto de Quirof	% Sugerencias
Indicadores de proc y resultado	Calidad total o directiva
Tasa de mortalidad en cirugía	Indicadores de utilización
Reingresos	Indicadores de hospitali
Tasa de complicaciones	Indicadores de la historia clínica
Infecciones nosoc yatrógenas.	% Mortalidad intrah
Indicadores de costes o de efic	Indicadores del (CMBD).
Coste de Mantenimiento/Coste T	(EMAC)
Coste Farmacia/ estancia.	(EMAF)
Coste Medic Prev / trabaj	(EMBH)
El Índice de coste medio (ICM)	RFEH = EMBH / EMAF:
CMAF	
CMReferencial	
CMAC	

También por su importancia hacemos referencia a otros como:

- indicadores de actividad basados en GDR's (Moya, 1998; Casas, 1991 y 1994).
- indicadores de actividad hospitalaria, quirúrgica y de consultas externas y de urgencias.
- indicadores de estructura, proceso y resultados utilizados en la gestión de los procesos asistenciales.
- Los indicadores de costes o de eficiencia.

Son ejemplos de indicadores de calidad intrínseca, asistencial o científico-técnica:

- La mortalidad, en particular la mortalidad esperada en el hospital de acuerdo con su casuística (combinación de patologías tratadas o case-mix por GDR y la mortalidad observada. Así se obtiene la razón de mortalidad estándar (RME) de cada hospital.
- La mortalidad específica por causas, como la comorbilidad, la edad de los pacientes atendidos. Un indicador robusto que se extrae de aplicar estos ajustes es la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE).
- La mortalidad hospitalaria se refiere a aquel paciente que fallece mientras está internado en el hospital, exceptuando las defunciones fetales.
- Las readmisiones y las infecciones nosocomiales.
- Las reclamaciones y quejas de los usuarios, así como de su posterior análisis.
- % De adecuación de los distintos tratamientos a las guías científicas (Insuficiencia Cardíaca, etc.).
- % De exploraciones complementarias o actos médicos por profesional (nº de ecografías, nº de cateterismos, nº consultas, etc.).

Son ejemplos de indicadores de calidad (Jiménez, 2004), extrínseca, percibida o administrativa-gerencial:

- % De reclamaciones (motivos médicos, organizativos, de hostelería y confort, etc.).
- % De altas voluntarias (reflejan el deterioro de la relación del paciente con la institución).
- % De Resultados de encuestas de opinión (permiten determinar el nivel de satisfacción de los pacientes, identificar los motivos de insatisfacción, proponer acciones de mejora, etc.).
- % De Sugerencias.

Son ejemplos de indicadores de calidad total o directiva:

- Indicadores de utilización (nº de consultas, relación primeras/consecutivas, espera media, etc.).

- Indicadores de hospitalización (Cardesa y Abad, 2009).
- Indicadores de la historia clínica (formato, identificación del paciente, legibilidad, orden, filiación del médico, ...).
- % Mortalidad intrahospitalaria.
- Indicadores económicos.

Muchos de los resultados del grupo de indicadores incluidos en el programa de calidad se obtienen de la explotación del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) (Gutiérrez y Cofiño, 2009).

Estos indicadores pueden ser monitorizados y explotados por las comisiones responsables de su valoración. Basándose en los resultados y las tendencias, se podrán analizar las causas y proponer acciones de mejora o soluciones factibles. Para ello se utilizan conceptos como los siguientes:

- La estancia media ajustada por casuística (EMAC) es la estancia que tendría cada hospital si su complejidad o casuística fuera la de la "norma".
- Estancia media ajustada funcionalmente (EMAF) es la estancia promedio que tendría cada hospital si tratara su propia casuística (sus propios GDR's con las estancias promedio de esos mismos GDR's en la "norma").
- Estancia promedio depurada (EPD), calculada por GDR, servicio u hospital excluyendo los casos extremos. Un caso extremo es aquel que, perteneciendo a cierto GDR, permanece en el hospital más allá de cierto límite o valor particular de la estancia. Este límite se establece para cada GDR con base en los casos de la "norma", sumando al percentil 75 de la estancia de cada uno, una vez y medio su intervalo intercuartil (la estancia tiene distribución asimétrica positiva en casi todos los GDR's).
- Estancia media bruta del Hospital (EMBH) Se calcula relacionando las estancias y los pacientes de un determinado grupo de enfermos o período (media aritmética de la estancia).

A continuación se exponen una serie de indicadores que consideramos relevantes (Pérez Salinas, 1998; Gogorcena, 2001; Almenara-Barrios et al., 2002).

La razón de funcionamiento estándar del Hospital o Indicador de Estancia Media Ajustada (RFEH ó IEMA) es igual a la Estancia Media Bruta Hospitalaria (EMBH) dividida por la Estancia Media Ajustada Funcional (EMAF).

$$RFEH = EMBH / EMAF$$

Estancia Media Hospitalaria (EMBH)= (Estancias totales del Hospital del periodo)/(Altas totales Hospital del periodo)=(Nº de Altas GDRi del Hospital * EMI del Hospital GDRi)/(Altas totales Hospital del periodo).

Una RFEH o IEMA superior a 1 indica que el hospital precisa más días de estancia que el estándar. No es comparable con otros hospitales.

Estancia Media Ajustada funcional EMAF, es la Estancia Media que habría presentado el hospital si hubiese tratado su propia casuística con el funcionamiento estándar.

$$EMAFH = \frac{\sum (N^{\circ} \text{ DE ALTAS GDRi del Hospital} \times EM \text{ REFERENCIA GDRi})}{(N^{\circ} \text{ TOTAL DE ALTAS GDRi del HOSPITAL})}$$

Los indicadores de actividad basados en GDR's de un hospital, requieren ser comparados con la de otro similar (MSCPS, 2007b) o con la de un conjunto de hospitales nacionales o extranjeros que se denomina norma estándar o referencia. Conviene tener presente que se necesitan, por lo menos, 200.000 ingresos hospitalarios con datos de buena calidad, para poder fijar una "norma".

Índice Case-mix (ICM) es el que mide la complejidad relativa de la estructura interna o casuística del hospital respecto a la "norma" en términos de consumo de estancias. Si el resultado es mayor de uno es porque el hospital tiene una proporción mayor que la "norma" de GDR de estancia prolongada, si es menor de uno, la casuística del hospital es menos compleja que la de la "norma".

$$ICM = EMAFH / EMBS$$

ICM= Índice de case-mix

EMAFH= Estancia media ajustada funcional del hospital

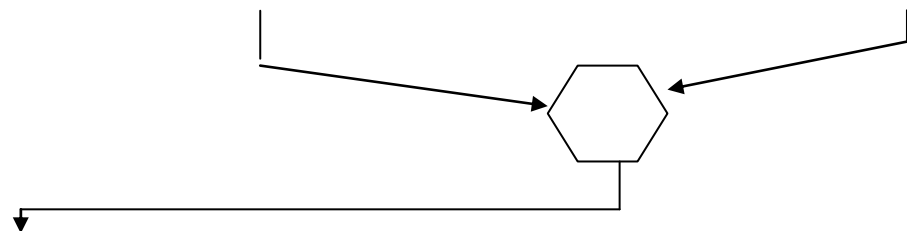
$$EMAFH = \frac{\sum (\text{N}^\circ \text{ DE ALTAS}_i \text{ GDR}_i \text{ del Hospital} * EM_i \text{ REFERENCIA GDR}_i)}{(\text{N}^\circ \text{ DE ALTAS}_i \text{ de HOSPITAL GDR}_i)}$$

EMBS= Estancia media bruta según norma estándar o de referencia

$$EMBS = \frac{\sum (\text{N}^\circ \text{ DE ALTAS}_i \text{ GDR}_i \text{ de REFERENCIA} * EM_i \text{ REFERENCIA GDR}_i)}{(\text{N}^\circ \text{ DE ALTAS}_i \text{ GDR}_i \text{ de REFERENCIA})}$$

Tabla 9. De cálculo de Estancia Media para obtener el Índice de Case Mix y el Índice Funcional.

CASUÍSTICA GDR	HOSPITAL			REFERENCIA		
	ALTAS	ESTANCIAS	EM	ALTAS	ESTANCIAS	EM
014 AVC	250	2.500	10,00	6.000	63.000	10,50
088 EPOC	500	5.900	11,80	9.500	79.800	8,40
167 APENDICECTOMIA s/CC	100	330	3,30	4.000	20.000	5,00
373 PARTO VAGINAL s/CC	50	150	3,00	30.000	45.000	1,50
TOTAL	900	8.880	9,90	49.500	207.800	4,20



$$ICM = \frac{EMAFH}{EMBS} = \frac{((250 * 10) + \dots + (50 * 1.5) / 900)}{4.2} = \frac{8.2}{4.2} = 1.9$$

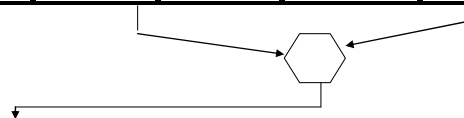
El índice funcional (IF), se obtiene dividiendo la estancia media ajustada por casuística (EMAC) del hospital entre la estancia media bruta (EMBS) de la "norma estándar" o referencia. Cuando este indicador es menor de uno, el hospital tiene, para los mismos GDR's, estancias más cortas que la "norma", por lo tanto se puede decir que, desde el punto de vista de utilización de sus camas es más eficiente, y viceversa. (CSV, 1992, 2003).

$$IF = \frac{EMAC}{EMBS}$$

$$EMAC = \frac{\sum (N^{\circ} \text{ DE ALTAS } i \text{ GDRi de REFERENCIA} \times EM \text{ i HOSPITAL GDRi})}{(N^{\circ} \text{ DE ALTAS } i \text{ de REFERENCIA GDRi})}$$

$$EMBS = \frac{\sum (N^{\circ} \text{ DE ALTAS } i \text{ GDRi de REFERENCIA} \times EM \text{ i REFERENCIA GDRi})}{(N^{\circ} \text{ TOTAL DE ALTAS } i \text{ GDRi REFERENCIA})}$$

CASUÍSTICA GDR	HOSPITAL			REFERENCIA		
	ALTAS	ESTANCIAS	EM	ALTAS	ESTANCIAS	EM
014 AVC	250	2.500	10,00	6.000	63.000	10,50
088 EPOC	500	5.900	11,80	9.500	79.800	8,40
167 APENDICECTOMIA s/CC	100	330	3,30	4.000	20.000	5,00
373 PARTO VAGINAL s/CC	50	150	3,00	30.000	45.000	1,50
TOTAL	900	8.880	9,90	49.500	207.800	4,20



$$IF = \frac{EMAC}{EMBS} = \frac{((6000 * 10) + \dots + (30.000 * 3) / 49.500}{4.2} = \frac{5.6}{4.2} = 1.32$$

Peso medio es el Promedio entre los pesos obtenidos, de multiplicar el peso relativo de cada GDR utilizado originalmente en el sistema de facturación del Estado de Maryland (USA) por el número de altas producidas en cada uno de ellos.

$$PMH = \frac{\sum (N^{\circ} \text{ DE ALTAS } \text{ GDRi del HOSPITAL} \times \text{Peso Relativo } \text{GDRi REFERENCIA})}{(N^{\circ} \text{ DE ALTAS TOTALES DEL HOSPITAL})}$$

Peso relativo i GDRi Referencia= (Peso originalmente utilizado en el sistema de facturación del Estado de Maryland (USA), (Alemany, Blanco et al., 2003).

El cálculo del peso de cada GDR en un Hospital también se obtiene aplicando las siguientes fórmulas:

$$\text{Peso GDRi Hospital} = \frac{(\text{Coste medio GDRi})}{(\text{Coste medio global Hospital})}$$

$$\text{Peso ponderado GDRi Hospital} = \frac{\sum (\text{Peso GDRi}) \times (\text{pacientes GDRi})}{(\text{Pacientes totales})}$$

Peso Relativo, es un indicador de complejidad de la casuística, midiendo la complejidad de cada GDR según su peso relativo de coste americano. Si es >1 la casuística es de mayor complejidad media, en términos de coste, que la del estándar. Si es <1 la casuística es de menor complejidad media, en términos de coste, que la del estándar.

El Peso Medio (del hospital, del estándar) es la media aritmética del peso relativo americano de todos los episodios.

$$PMS = \frac{\sum ((\text{Pesos i GDRi}) \text{ REFERENCIA})}{(\text{N}^\circ \text{ de pesos REFERENCIA})}$$

La media de procedimientos es el cociente entre el número de procedimientos de todas las altas codificadas del hospital (suma de procedimientos y el número de altas codificadas del hospital).

Respecto a los indicadores sanitarios es cada vez más necesario que permitan un sentido clínico y que no pasen por una mera descripción y por tanto correlacionar la enfermedad con el tratamiento aplicado. (Novell y Carulla, 1999).

Haremos referencia principalmente a los indicadores de actividad hospitalaria, quirúrgica y de consultas externas y de urgencias, más importantes. (MSC, 2001c, 2003a).

Los **indicadores de actividad hospitalaria** La medida de la actividad hospitalaria se ha vinculado al recurso cama tradicionalmente. Es una medida de la producción intermedia que es sencilla y fácil de reflejar, pero cuya interpretación debe hacerse con cautela ya que no siempre refleja el grado de avance organizativo y tecnológico. (Pérez, 1998).

Por lo que se utilizan otros indicadores, tanto en lo que se refiere a la producción de servicios como a la calidad de los mismos.

$$EMG \text{ (Estancia Media General)} = \frac{\text{(Estancias Totales del Periodo)}}{\text{(Ingresos del Periodo)}}$$

$$\text{Indice de Ocupación } I.O\% = \frac{\text{(Estancias Totales del Periodo)}}{\text{(Camas Funcionales} \times \text{días del Periodo)}} \times 100$$

$$\text{Camas Libres (CL)} = \frac{(100 - I.O)}{\text{(Camas Funcionales)}} \times 100$$

Índice de Rotación: Media de pacientes que pasan por una cama hospitalaria en el período (mes, año, etc.).

$$I.R. = \frac{\text{(Ingresos del Periodo)}}{\text{(Camas Funcionales del Periodo)}}$$

La productividad de la cama que puede ser medida por el índice de rotación (IR), de acuerdo con (Peiró, 1998).

- Intervalo de Sustitución: media de tiempo en el que una cama permanece desocupada entre un alta y el ingreso siguiente:

$$(I.S)=\frac{(E.M \times (100 - I.Oa))}{(E.M \times (100 - I.Oi))}$$

Para los indicadores del área quirúrgica los conceptos más significativos son los siguientes:

- Intervenciones por día y quirófanos:

$$(I.D.Q)=\frac{(Intervenciones)}{(N^{\circ} \text{ de Quirofanos} \times \text{dias del periodo})}$$

- Rendimiento de Quirófanos para intervenciones programadas:

$$(R.Q)=\frac{(Horas Utilizadas)}{(Horas Asignadas \times Duración \text{ Media de la Intervención})} \times 100$$

- Duración Media por Intervención D.M

$$(D.M)=\frac{(Horas Utilizadas)}{(N^{\circ} \text{ de Intervenciones})}$$

Para calcular los indicadores del área de consultas externas y urgencias interesan los siguientes conceptos:

- Promedio diario de consultas:

$$(P.D.C)=\frac{(N^{\circ} \text{ de Consultas Primeras} + N^{\circ} \text{ de Consultas Sucesivas})}{(N^{\circ} \text{ de días hábiles del período})}$$

- Primeras consultas por hora y locales:

$$(P.H.L)=\frac{(\text{Primeras Visitas})}{(N^{\circ} \text{ de Horas Asignadas} \times N^{\circ} \text{ de Locales})}$$

- Consultas sucesivas por hora y local:

$$(S.H.L)=\frac{(\text{Visitas Sucesivas})}{(N^{\circ} \text{ de Horas Asignadas} \times N^{\circ} \text{ de Locales})}$$

- Relación de primeras y sucesivas consultas:

$$(P/S)=\frac{\text{Primeras Visitas}}{\text{Consultas Sucesivas}}$$

- Rendimiento (%):

$$(R.C.E) = \frac{(N^{\circ} \text{ de Horas Utilizadas})}{(N^{\circ} \text{ de Horas Asignadas})} \times 100$$

También podemos obtener los indicadores del área de urgencias que se detallan a continuación:

- Urgencias-Día = U/D= urgencias Atendidas/ días naturales periodo.
- Presión de urgencias = Relaciona los ingresos urgentes con el total de ingresos en el hospital.

$$(P.U) = \frac{(Ingresos Urgentes)}{(Total de Ingresos)} \times 100$$

- Otros indicadores tienen en cuenta los siguientes elementos:

La Estructura que incluye los soportes físicos, económicos, de personal, formación, organización, etc.

Los Procesos que se refieren a aquello que los profesionales de los servicios sanitarios hacen, por y para los pacientes, y cómo los pacientes buscan la atención médica y responden a las pautas terapéuticas recomendadas.

Ejemplos de indicadores de este tipo son:

- Porcentaje de mujeres de determinados grupos de edad que acuden a los programas de detección precoz del cáncer de mama.
- Tasa de cesáreas.

Los resultados para valorar la efectividad y eficiencia de los proveedores de servicios sanitarios, como los cambios, favorables o adversos, que se producen en la salud de las personas, atribuibles a la atención sanitaria recibida, así como los costes de obtener tales resultados.

Son indicadores de los resultados de la atención de salud:

- Tasa de mortalidad en cirugía cardíaca.
- Reingresos en determinados periodos.
- Tasa de complicaciones en heridas.
- Reingresos en períodos o por causas específicas.
- Infecciones nosocomiales yatrógenas.

Con estos indicadores se aplican “perfiles de práctica (profiling)”, que pueden definirse como el análisis de las tasas de determinados sucesos que forman parte de la atención prestada por los proveedores sanitarios a poblaciones definidas y en un tiempo también definido.

La utilización de perfiles para la comparación de resultados entre proveedores es relativamente compleja, debido a que no sólo dependen de la efectividad o eficiencia de cada proveedor, sino también de las características de los pacientes, esto es, del riesgo previo que tenía cada paciente, atendido por un proveedor concreto, de obtener un resultado determinado. A este riesgo previo se le suele llamar gravedad (Severity), y aunque en general puede ser interpretado como riesgo de muerte, en algunas ocasiones se refiere a gravedad respecto a los costes, duración de la estancia u otros resultados.

Para poder comparar distintos proveedores es preciso ajustar por el tipo de pacientes atendidos para lo cual se utilizan sistemas de ajuste de riesgos (SAR's) que consiste en construir grupos de pacientes con riesgos similares. Se utilizan varios SAR's, que varían en distintos tipos de unidades o centros, siendo algunos de ellos muy conocidos como los GDR's o “Acute Physiology and Chronic Health Evaluación” (Apache), (Tomás et al., 1999).

Los Indicadores de costes o de eficiencia suelen estar relacionados con la estructura, y miden aspectos relacionados con la utilización, disponibilidad o consumo

de recursos y su repercusión económica. Se diferencian dos tipos: indicadores de control y los basados en el cálculo de costes por Case-mix (Salinas, 1998).

Los Indicadores de control son los que más se utilizan en nuestro sistema sanitario. Son indicadores de coste o eficiencia basados en el control, como ejemplo citamos los siguientes (Finkler y Ward, 1999).

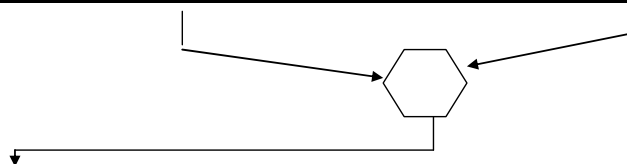
- coste de mantenimiento específico/coste total mantenimiento.
- coste farmacia/ estancia.
- coste medicina preventiva / trabajadores.

En los indicadores de costes por Case-mix se tiene en cuenta la complejidad media de los pacientes tratados. Se utilizan los sistemas de clasificación de pacientes como los GDR's, (Casas, 1992; MSC, 1997; Sánchez, 1999a, b; MSC, 2005; DHCMT, 2009), que agrupan a los pacientes con diagnósticos que tienen similitud de consumo de recursos.

El índice de coste medio (ICM) parte del coste por grupos de diagnósticos relacionados (GDR's), y se calcula como se expresa a continuación:

Tabla 10. De cálculo del Coste Medio Total GDR's Hospital.

		1	2	3	4
Nº GDR	DESCRIPCION	Nº CASOS	COSTE M GDR	COSTE MEDIO TODOS HOSP/GDR'S	Nº CASOS TODOS . HOSP
127	Fallo Cardíaco y shock	1.100	280.000	320.000	10.000
140	Angor pectorales	850	210.000	220.000	8.000
39	Proced Quirúrgico cristalino	700	85.000	80.000	8.000
96	Bronquitis y asma >70 años	500	250.000	260.000	5.000
122	I.A Miocardio	300	300.000	280.000	3.500
209	Proced Quirúrgico Articulaciones	100	550.000	490.000	700
TOTAL		3.550			35.200



CMAFH=Coste medio ajustado funcionalmente

$$CMAFH = \frac{\sum ((Columna 1 \times Columna 3) \text{ a nivel de } GDRi)}{(N^\circ \text{ de casos Totales Hospital } GDRi)} = 241.690$$

$$ICM = \text{INDICE DE COSTE MEDIO} = \frac{CMAFH}{CMR}$$

Dato:

CMR = Coste Medio de todos los Hospitales = 200.000

I. C. M (Índice de Coste Medio) = $241.690/200.000 = 1,21$
--

También el CMR “Coste medio estándar o referencial”, se puede obtener como:

$$(C.M.R) = \frac{\sum (Columna 3 \times Columna 4)}{(N^\circ \text{ DE CASOS TOTALES } GDR)} \times 100$$

$$CMR = \frac{\sum (N^\circ \text{ de casos } GDRi \text{ todos } hospitales (REF) \times \text{COSTE MEDIO todos hospitales (REF) } GDRi)}{(N^\circ \text{ de casos todos hospitales (REF) } GDRi)} = 233.608$$

$$CMAC = \frac{\sum (Columna 2 \times Columna 4)}{(N^\circ \text{ de casos } GDR \text{ Todos Hospitales (REFERENCIA))}$$

$$CMAC = \frac{\sum (N^\circ \text{ de CASOS } GDR \text{ todos HOSPITALES (REFERENCIA)} \times \text{COSTE MEDIO } GDR \text{ HOSPITAL})}{((N^\circ \text{ CASOS } GDR \text{ TODOS HOSPITALES (REFERENCIA))}} = 222.869$$

$$I.F = 222.869/233.608 = 0,95$$

Compara el coste medio de la casuística de cada hospital ajustado según el coste medio en otros hospitales para su casuística, respecto al coste medio de todos los hospitales.

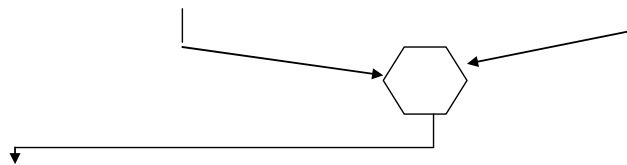
Si el resultado es mayor de uno es porque el hospital tiene un coste de sus GDR's mayor que los otros Hospitales, o sea que la casuística del hospital es más

costosa. Si es menor de uno, la casuística del hospital es menos costosa que la de los otros Hospitales.

El índice funcional mide el grado de eficiencia relativa del hospital con que trata sus casos con respecto a los mismos casos del resto de hospitales:

Tabla 11. De cálculo del Coste Medio Ajustado por Casuística: Índice Funcional respecto a otros Hospitales.

		1	2	3	4
Nº GDR	DESCRIPCION	Nº CASOS	COSTE M GDR	COSTE MEDIO TODOS HOSP/GDR'S	Nº CASOS TODOS . HOSP
127	Fallo Cardíaco y shock	1.100	280.000	320.000	10.000
140	Angor pectorales	850	210.000	220.000	8.000
39	Proced Quirúrgico cristalino	700	85.000	80.000	8.000
96	Bronquitis y asma>70 años	500	250.000	260.000	5.000
122	I:A Miocárdio	300	300.000	280.000	3.500
209	Proced Quirúrgico Articulaciones	100	550.000	490.000	700
TOTAL		3.550			35.200



$$IF = \frac{CMAC}{CMR}$$

CMAC= Coste Medio Ajustado por Casuística.

$$CMAC = \frac{\sum (Columna 2 \times Columna 4)}{(N^\circ \text{ de casos GDR Todos Hospitales (REFERENCIA)})}$$

$$CMAC = \frac{\sum (N^\circ \text{ de CASOS GDR todos HOSPITALES (REFERENCIA)} \times COSTE MEDIO GDR HOSPITAL)}{((N^\circ \text{ CASOS GDR TODOS HOSPITALES (REFERENCIA)})} = 222.869$$

CMR= Coste Medio Referencial

$$(C.M.R.) = \frac{\sum (Columna 3 \times Columna 4)}{(N^\circ \text{ DE CASOS TOTALES GDR})} \times 100$$

$$CMR = \frac{\sum (N^\circ \text{ de casos GDR todos hospitales (REF)} \times COSTE MEDIO GDR todos hospitales (REF))}{(N^\circ \text{ de casos GDR todos hospitales (REF)})} = 233.608$$

$$I.F = 222.869/233.608 = 0,95$$

Compara la casuística del hospital en otros hospitales ajustado, según el coste medio del hospital, respecto al coste medio de dicha casuística en todos los hospitales.

Cuando este indicador es menor de uno, el hospital tiene, para los mismos GDR's, costes más bajos que los demás hospitales por lo es más eficiente. Si es mayor de uno, el "Hospital" tiene costes mayores, en ciertos GDR's por lo tanto es menos eficiente.

Las explicaciones al exceso de costes pueden encontrarse en similares aspectos a los comentados en el Índice Funcional de la complejidad, basado en las estancias, (vicios de la práctica médica, en ineficiencias en la organización interna, en distorsiones en el ambiente de trabajo que prolongan innecesariamente la estancia de los pacientes, etc.).

Los indicadores que se consideren más relevantes se recogerán en el cuadro de mando que permitirá realizar el control necesario mediante la comparación con el estándar predefinido (AECA, 1995; MSC, 2001b; INS, 2001c). El Cuadro de Mando Integral (C.M.I), (Nils, Carl et al., 2004; Kaplan y Norton, 1997; Ruiz, 2006), es una herramienta muy útil para la dirección de empresas en el corto y en el largo plazo.

En primer lugar, porque al combinar indicadores financieros y no financieros permite adelantar tendencias y realizar una política estratégica proactiva.

En segundo lugar, porque ofrece un método estructurado para seleccionar los indicadores y es una guía que implica a la dirección de la empresa en la toma de sus decisiones.

Este es precisamente el valor diferencial y característico del CMI (Cuadro de Mando Integral).

CAPÍTULO IV
MODELOS DE CÁLCULO DE COSTES EN LA
EMPRESA HOSPITALARIA

CAPITULO IV. MODELOS DE CÁLCULO DE COSTES EN LA EMPRESA HOSPITALARIA

IV.1. ASPECTOS RELEVANTES EN LA IMPLANTACIÓN Y OBJETIVOS DEL CÁLCULO DE COSTES EN EL SECTOR SANITARIO.

Como vimos en el capítulo anterior, el desarrollo de los sistemas sanitarios provoca la necesidad de disponer de sistemas de información eficaces que permitan el control de la actividad, de los costes y de la calidad de los servicios prestados.

La información interna o analítica es un elemento estratégico capaz de orientar los procesos de gestión en nuevos modelos organizativos planteando como retos los siguientes:

- a) Cambios en el modelo estructural del hospital desde una organización tradicional funcional hacia modelos de gestión horizontales.
- b) Procesos de racionalización y reorganización de la oferta de servicios debidos a la evolución tecnológica.
- c) Incremento de la autonomía de gestión mediante la fijación de objetivos, y fomento de la gestión clínica hacia los procesos.
- d) Separación de la compra y la provisión de los servicios prestados.
- e) Implantación de sistemas de coste por proceso para favorecer, el control de la calidad y minoración de costes.

En los hospitales públicos la contabilidad analítica ha evolucionado siguiendo el desarrollo de los sistemas de información asistencial y el propio desarrollo de la misma en el sector público. En los hospitales privados su evolución ha sido acorde con la evolución en la empresa privada. Quisiéramos destacar los siguientes acontecimientos, influyentes en dicha evolución, que se exponen cronológicamente.

- En 1984, la implantación del CMDB (Conjunto Mínimo Básico de Datos), junto al Plan DIAS, la Tarjeta Sanitaria y, la traducción al español de la CIE-9-MC, todo lo cual permitió la “revolución cultural” de los hospitales (Vera y Masip, 1994).

- En 1985 se aprueba el Plan General de Contabilidad para la Seguridad Social (PGCSS), (MTSS, 1985), y la decisión de financiar la Sanidad, que se extiende a toda la población, con los Presupuestos Generales del Estado.

- En 1986 se publica el Plan de Calidad Total del Ministerio de Sanidad y Consumo (INS, 1986), y sus proyectos Sice y Código, sistema de clasificación de enfermos basado en los grupos relacionados por el diagnóstico (GDR's) como posible instrumento de medida de la carga asistencial, o Case mix.

- En 1992 se publica el documento “Gestión Analítica (Hacia la contabilidad Analítica en los hospitales)” del proyecto Signo, que desarrolla un marco normalizado para llevar a cabo una primera aproximación de la imputación de costes en los hospitales. A partir de este momento y partiendo de la iniciativa del Proyecto Signo I y II comienzan a desarrollarse, en las diversas Comunidades Autónomas, modelos propios de cálculo de costes.

- En 1994 se publica por la Intervención General de la Administración del Estado el proyecto Canoa (Contabilidad Analítica Normalizada para las Organizaciones Administrativas), (IGAE, 1994). En el ámbito hospitalario, aparece un catálogo de pesos relativos de las prestaciones y acciones enfermeras en el hospital, como resultado de los clubs de profesionales de bioquímica, anatomía patológica, de radiodiagnóstico, (MSC, 1993), de quirófanos, etc. que se habían constituido para normalizar la producción intermedia. También se desarrolla la segunda fase del proyecto Signo.

- En 1995 se inicia el cálculo de los costes por proceso de los pacientes hospitalizados en los hospitales del Insalud y se elaboran planes de cuidados

estandarizados para los 25 GDR más frecuentes de los hospitales del Estado. Con los sistemas de clasificación de pacientes basado en el Cmbd, (Instituto Nacional de la Salud. (INS, 1996 a), se obtienen los que se consideran productos finales y se calculan los costes de funcionamiento del centro en relación con la severidad y/o complejidad de la casuística atendida.

- En 1996, se actualiza la adaptación del Plan General de Contabilidad a las Empresas de Asistencia Sanitaria teniendo en cuenta las directivas europeas.

- En 1998, se comienza a utilizar un “contrato de gestión” inserto en el Plan Estratégico del Insalud (INS, 1997), que se utilizará como instrumento de financiación de los hospitales, utilizándose medidas de complejidad hospitalaria. Se inicia el proyecto «Análisis y desarrollo de los GDR's en el Sistema Nacional de Salud», Insalud (MSC, 1997), que tiene como objetivo definir un sistema de financiación de los centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. Se revisa el modelo SIGNO y aparece el modelo de Gestión Clínico-Financiera (Geclif), (INS, 2000), introduciéndose mejoras como la diferenciación de los costes del área de hospitalización (precisas para el cálculo del coste por proceso) de los correspondientes a la actividad ambulatoria.

- En 2002, se transfieren las competencias en materias sanitaria a las Comunidades Autónomas que todavía no disponían de las mismas (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia). Esta situación dio lugar a que también fuera escalonada la carrera hacia la implantación de los modelos de costes aplicables a los hospitales de cada Comunidad, de tal forma que en la actualidad y en el marco del territorio nacional, coexisten los modelos que desarrollaremos más adelante. En cuanto al proceso transferencial de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, lo primero que llama la atención es su secuencia temporal, (González, 2008).

El primero de estos traspasos fue el efectuado, en 1981, a Cataluña, antes de que transcurrieran dos años desde la aprobación de su Estatuto de Autonomía, casi tres años después se realizarían los de Andalucía, en el año 1987 se negociarían los traspasos al País Vasco y la Comunidad Valenciana, y ya en 1990 tiene lugar la aprobación de las transferencias a Galicia y Navarra. El último de los traspasos hasta el momento, prácticamente trece años más tarde que el primero, fue el de Canarias, realizado en 1994.

Así, Andalucía y Galicia, que tienen asumida la competencia desde el año 1981, recibirán los traspasos del INSALUD con una diferencia de seis años entre uno y otro: en 1984 Andalucía y en 1990 Galicia, habiendo ésta incluso acudido al Tribunal Constitucional en 1990. Idéntica situación se produce con los traspasos a la Comunidad Valenciana, Navarra y Canarias. La posibilidad de asumirlos, en los tres casos, arranca de 1982, sin embargo la Comunidad Valenciana los recibe en 1987, Navarra en 1990 y Canarias en 1994. Desde enero de 2002 el SNS está totalmente descentralizado. Véase tabla 12.













Nos vamos a referir a los dos modelos de costes basados en el Case Mix de los Hospitales, aplicados de forma genérica:

IV.2. MODELOS DE CÁLCULO DE COSTES POR CASE-MIX.

En Europa, a través del proyecto EURODRG (DHCMT, 2009), se han desarrollado dos métodos de cálculo de costos basados en el Sistema de Clasificación de Pacientes GDR's:

- a) Método "Top-Down".
- b) Método "Bottom-Up".

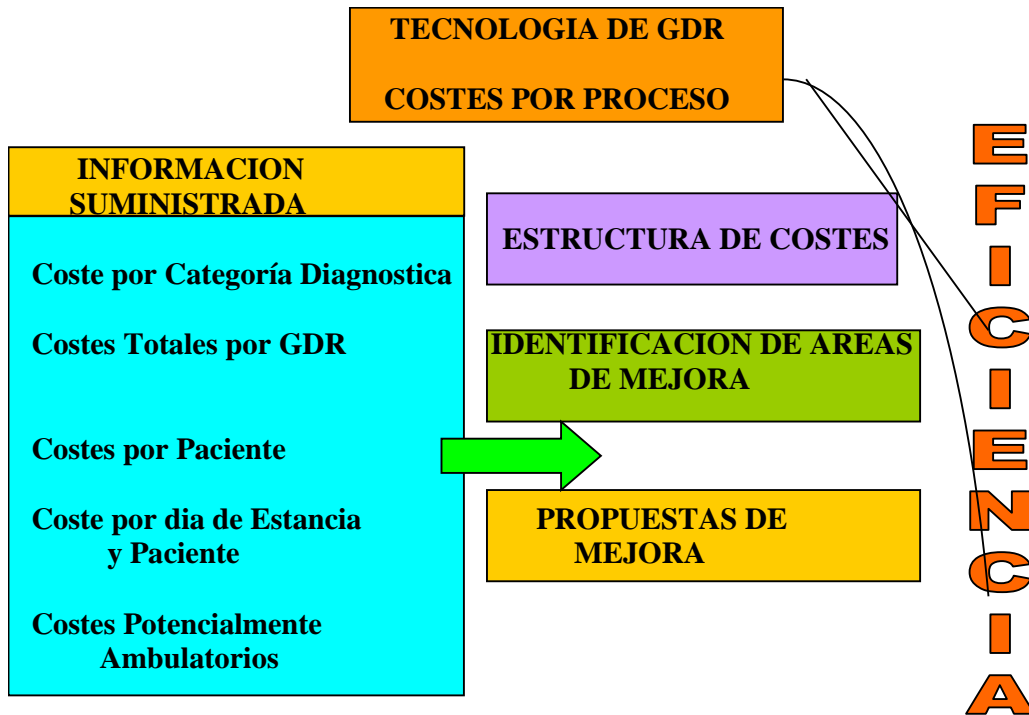
Tabla 12. De Transferencias en Materia de Sanidad a las Comunidades Autonomas, Servicios de Salud.

DECRETOS DE TRASPASO DE COMPETENCIAS DE SANIDAD A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS					
Comunidad autónoma	Real Decreto Constitutivo	Servicio de Salud Autónomo	BOE	Entidad Emisora	
 Cataluña	1517/1981 de 8 de julio.	Instituto Catalán de la Salud (CatSalut)	núm. 0176, de 24 de Julio de 1981.	Juntas Elect Prov	
 Andalucía	400/1984, de 22 de febrero.	Servicio Andaluz de Salud (SAS)	núm. 0051, de 29 de Febrero de 1984.	Juntas Elect Prov	
 País Vasco	1536/1987, de 6 de noviembre	Osakidetza - Servicio Vasco de Salud	núm. 0299, de 15 de Diciembre de 1987.	MAP	
 Comunidad Valenciana	1612/1987, de 27 de noviembre.	Agencia Valenciana de Salud	núm. 0312, de 30 de Diciembre de 1987.	MAP	
 Galicia	1679/1990, de 28 de diciembre.	Servicio Gallego de Salud (SERGAS)	núm. 313, de 31 de Diciembre de 1990.	MAP	
 Navarra	1680/1990, de 28 de diciembre.	Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	núm. 313, de 31 de Diciembre de 1990.	MAP	
 Canarias	446/1994, de 11 de marzo	Servicio Canario de la Salud (SCS)	núm. 0085, de 9 de Abril de 1994.	MAP	
 Asturias	1471/2001, de 27 de diciembre.	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	núm. 313, de 31 de Diciembre de 2001.	MAP	
 Cantabria	1471/2001 de 27 de diciembre.	Servicio Cántabro de Salud (SCS)	núm. 128 de 29 de Mayo de 2003.	MAP	
 La Rioja	1473/2001 DE 27 de diciembre.	Servicio Riojano de Salud	núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.	MAP	
 Región de Murcia	1474/20001 de 27 de diciembre.	Servicio Murciano de Salud (SMS)	núm. 312, de 29 Diciembre 2001,	MAP	
 Aragón	1475/2001, de 27 de diciembre.	Servicio Aragonés de Salud (Salud)	núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.	MAP	
 Castilla-La Mancha	1476/2001, de 27 de diciembre.	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)	núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.	MAP	
 Extremadura	1477/2001, de 27 de diciembre.	Servicio Extremeño de Salud (SES)	núm. 312, de 29 de Diciembre de 2001.	MAP	
 Islas Baleares	1478/2001, de 27 de diciembre.	Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUD)	núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.	MAP	
 Comunidad de Madrid	1479/2001, de 27 de diciembre.	Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)	núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.	MAP	
 Castilla y León	1480/2001, de 27 de diciembre.	Sanidad Castilla y León (SACYL)	núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.	MAP	

(MAP, 1987, 1987a, 1987b, 1990a, 1990b; 1990c, 1990d, 2001b; 2001c, 2001d, 2001e, 2001f, 2001g, 2001h, 2001i, SAS, 1984, GC, 1981).

La utilización de los sistemas de clasificación de pacientes en base a los GDR's permite lo expuesto en el siguiente esquema:

Tabla 13. Información suministrada por la Tecnología GDR.



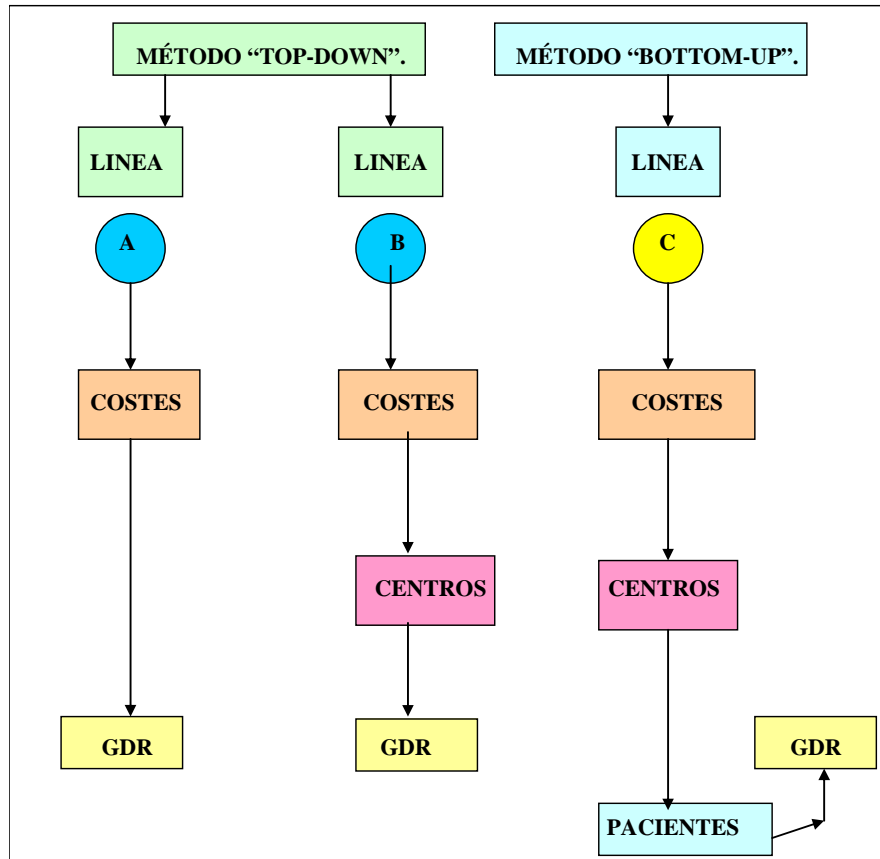
Para calcular el costo de un GDR, ya sea por un método u otro, es necesario calcular el costo de las unidades organizativas del hospital, tal como se hace en la forma tradicional.

Aunque en él se establecieron tres líneas de determinación de los costes de los procesos en base a los GDR's por el Ministerio de Sanidad, (proyecto de desarrollo de GDR's de 1997, las dos primeros líneas coincidentes con el Método Top Down, en dos versiones de modelo inorgánico y orgánico y la última línea coincidentes con el Método Botton up:

- Asignación de los costes a los GDR's resultantes.
- Asignación de los distintos costes a los centros, y desde éstos a los GDR's.

- Determinación del coste de la clasificación por agrupación de los costes de los pacientes incluidos en un mismo GDR.

Ilustración 29. De Funcionamiento de los dos modelos de Costes Europeos EUROGDR.



Los sistemas de Case-mix, constituyen una primera aproximación al coste del proceso hasta que cada hospital desarrolle sus sistemas de información y sus componentes de actividad, (Hernández y León, 2010).

El Método "Top-down": (de arriba hacia abajo) calcula el costo total medio por GDR basándose en los pesos americanos, su uso se ha generalizado en España y en los Países Europeos como Bélgica, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Dinamarca Francia y en Estados Unidos. (INS, 2001c).

Es un sistema en el que el coste del GFH se imputa en proporción a los pesos medios de cada GDR's en sus diferentes versiones, (pesos americanos).

Se trata de un cálculo de costes indirecto y estimado. Procede al cálculo de costes de la siguiente forma:

Tabla 14. Proceso de Cálculo de costes Método “Top-down” utilizando Sistemas de Clasificación de Pacientes.

MODELO TOP DOWN INORGÁNICO
1°. COSTE TOTAL DEL HOSPITAL
2°. PRODUCCIÓN DEL HOSPITAL (SUMATORIO N° DE CASOS * PESOS GDR'S - PMC'S RISK)
3°. COSTE MEDIO PESO GDR – PMC
4°. DETERMINACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO GDR o PMC
-GRD = N° DE ALTAS GDR*COSTE PROMEDIO PESO GDR*PESO GRD
-PMC = N° DE ALTAS PMC*COSTE PROMEDIO PMC*RISK PMC

Aunque el método de distribución de costes empleado es el orgánico tradicional de cascada, permite la aplicación del método de cálculo de costos por actividades (ABC). (Baker, 1998; Castello, 1992 y 1999; Urrutia de Hoyos, 2002), realizándose en tres etapas.

1°.- Asignar los costos directos a los centros de coste estructurales, auxiliares y finales.

2°.- Distribución de los costos comunes o indirectos de los servicios estructurales y auxiliares, a los centros de costos finales.

3°.- Calcular los costos medios totales de los GDR's, a través de sus pesos como se explica más adelante:

- Coste Unitario Promedio del Peso del GDR = Coste del G.F.H (Coste Propio + Coste Repercutido + Coste Estructural) / Sumatorio (Nº de Altas de GDR * Peso de GDR).
- Coste Total del GDR = Coste Unitario Promedio del Peso del GDR * nº de Altas del GDR * Peso GDR.
- Coste Medio Paciente del GDR = Coste Total GDR / Nº de Altas del GDR.

También en el caso de aplicar un modelo inorgánico, se dividiría la totalidad de los costes del hospital por la totalidad de pesos generados en el mismo por las altas asociadas a los GDR's, como se detalla a continuación:

- Costes Unitario Peso GDR's = Coste Total del hospital / Sumatorio Nº de altas GDR's * Peso GDR's.
- Coste Total del GDR = Nº de altas del GDR * Peso del GDR * Costes Unitario Peso GDR.
- Coste Medio del Paciente en GDR = Coste Total del GDR / Nº de Altas o Pacientes.

Este mismo cálculo se puede realizar también aplicando el Sistema de Clasificación de Pacientes P.M.C's (Patient Management Categories), sustituyendo los pesos americanos por los PIR's (Pesos de Intensidad Relativa), para determinar el (RIS). Relative Intensity Scores o coste de los servicios que se especifican en cada uno de los PATH's o tratamientos asignados por expertos o mediante las estancias asignadas a los GDR's como se detalla a continuación (Esteban y García, 1991; Rovira et al., 1995; Ripa, Hurtado y Bereciartua, 1995).

- Coste medio de la Estancia = Coste del centro de coste / Sumatorio del (Nº de Casos del Centro GDR's * E.M.G- GDR).
- Coste de GDR = Nº de casos del GDR * Coste Medio de la Estancia * Estancia Media del GDR.
- Coste Paciente del GDR = Coste del GDR / Nº de Casos del GDR.

Todos los casos de un GDR específico tendrán el mismo valor de coste auxiliar y se diferencian por el coste-día el cual variara a medida que las duraciones de estancia del GDR varíen.

Se trata de un método sencillo que solo precisa conocer el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), (Escoms, 1994; CSSS, 1997), para establecer la Clasificación por GDR's, que se aplica en aquellos hospitales en los cuales no se puede alcanzar el objetivo de coste por paciente.

La suma de los costos del paciente en cada Centro de Costo Final que configura un GDR da por resultado el costo medio total del paciente de un GDR.

Esta forma de cálculo dificulta identificar cambios en los costos derivados de cambios en las prácticas médicas dentro de un mismo GDR, en un mismo hospital.

Entre sus ventajas podemos señalar:

- Su sencillez, pues requiere menos información y resulta más fácil desarrollar.
- Permite comparaciones entre los logros alcanzados por los diversos hospitales de los diversos países.

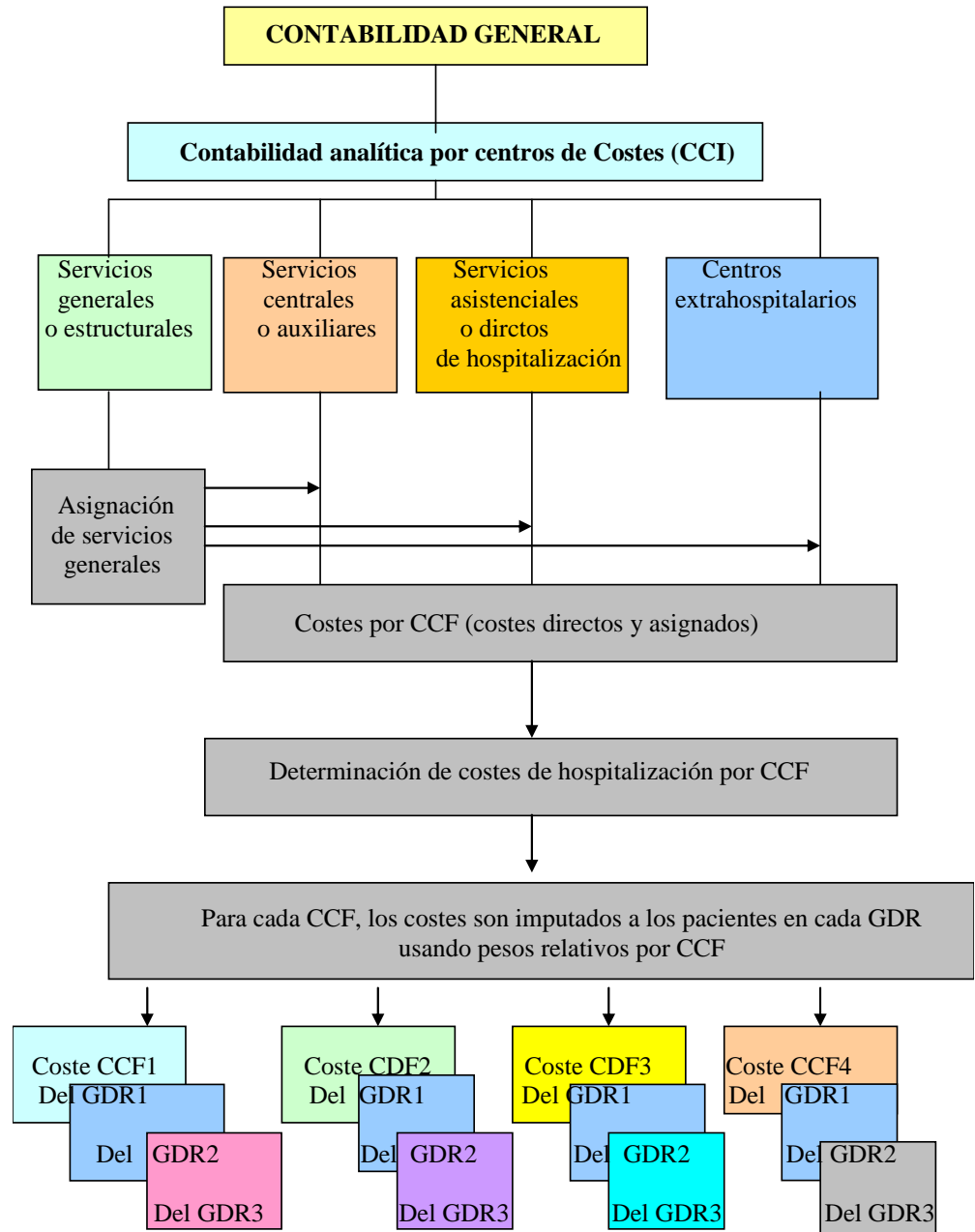
Entre sus desventajas:

- Calcula costos medios por GDR, lo cual impide detectar aumentos o disminuciones de costos dentro de los grupos, al no identificar las prácticas médicas.
- Implica también cambios organizativos culturales y de dirección.
- Ofrece una visión estratégica nueva del hospital.

El Modelo de Costes “Botton up”: (de abajo hacia arriba) calcula el costo real por paciente o coste directo y, luego el costo del GDR, (Guadalajara, 1994:99), está siendo aplicado en Holanda y también España.

Su esquema de cálculo sería el siguiente (González, 1989; Temes Montes et al., 1997).

Ilustración 30. Proceso de Cálculo de costes Método “Botton up” utilizando Sistemas de Clasificación de Pacientes.



CCI= Centros de Costes Iniciales; CCF= Centros de Costes Finales

Sistema de costes totales agregados por GDR (peso relativo por CCF)

Las fases que comprende son:

1º- Afectación de costes directos a los GFH's tanto estructurales, auxiliares, como finales.

2º- Cálculo de los costes de la producción intermedia y final de cada centro auxiliar y final.

3º- Imputación directa de la producción intermedia y final directamente a los pacientes según los pesos de los GDR's dentro de un mismo centro final.

4º- Agrupación de los pacientes en los GDR's.

La información que suministra es más detallada y precisa, permitiendo un control de gestión más exhaustivo.

Según (Fetter y Freeman, 1986:43) *“los hospitales tienen una línea productiva que, en teoría, es tan amplia como el número de pacientes a los que atiende”*.

En este método no se reparten los costos indirectos de los servicios auxiliares entre los centros de costos finales, tiene el fin de superar la arbitrariedad en la distribución de los costos indirectos cuando éstos son repartidos por los criterios tradicionales, por contraposición al método “Top-down” que sigue el criterio de costos completos o de absorción, aunque este último no cae en tal arbitrariedad cuando utiliza el método ABC de reparto.

Tiene en cuenta la organización horizontal de la entidad, en contrapunto con la propuesta tradicional del “Top down”, que consideraba la organización vertical por funciones.

Sin embargo, existe una diferencia sencilla, pero fundamental para el cálculo de los costos, en el método “Bottom-up” las unidades organizativas se clasifican de modo distinto al tradicional, es decir conforme al proceso asistencial.

Se trata de un método de costos parciales, pues los costos de los pacientes no contienen la totalidad de los costos, sino sólo una porción de los costos directos de los

mismos localizados en los centros de Costos Finales y por lo tanto son una aproximación al criterio de variabilidad de los costos.

Otra forma de calcular el coste del proceso asistencial en base a los GDR's es el basado en una contabilidad analítica vertical, que refleja el Coste del Proceso real al imputar directamente a los pacientes incluidos dentro de un mismo GDR los costes directos (personal asistencial: médico y enfermero), consumos de fármacos y material sanitario) y los costes indirectos de los centros auxiliares asistenciales a través de los productos intermedios que consumen (estancias, visitas, analítica, radiología etc.), evitando así el reparto de los primeros mediante pesos, estableciendo así una tabla de imputación de costes como la que se detalla a continuación:

Tabla 15. Contabilidad Analítica Vertical basada en el Paciente.

CONTABILIDAD VERTICAL						
COSTES IMPUTABLES DIRECTOS E INDIRECTOS						
G.D.R.	FARMACOS	MAT. SANITARIO	ESTANCIAS	QUIROFANO	RADIOLOGIA	ANAT. PAT.
PACIENTE 01						
PACIENTE 02						
PACIENTE 03						
PACIENTE 04						
PACIENTE 05						
PACIENTE 06						
PACIENTE 07						
PACIENTE 08						
PACIENTE 09						
PACIENTE 10						

Este fue el método que se empleó para realizar el cálculo de los pesos propios de los procesos (GDR's), del sistema sanitario español "Proyecto GDR, determinación de los pesos españoles, (MSC, 1997).

Al final se obtiene una tabla resumen de costes por GDR, por la agregación de los pacientes incluidos dentro de los mismos.

Tabla 16. Contabilidad Analítica Vertical basada en GDR's.

CONCEPTO	IMPORTE	SUMINISTROS	FARMACOS	ESTANCIAS	ANALISIS C	HEMATOLOG	RADIOLOGIA	SERV MEDICO
GDR-1-								
GDR-2-								
GDR-3-								
GDR-4-								
GDR-5-								
GDR-6-								
GDR-7-								
GDR-8-								
GDR-9-								
GDR-10-								
GDR-11-								
GDR-12-								
GDR-13-								
GDR-14-								

Fuente: Casas Galofre, (1991).

El sistema de costes facilitara, el coste promedio de los componentes de actividad para proceder, conociendo los que son consumidos en cada proceso asistencial, a la obtención el coste total del mismo (MSCPS, 2013).

Se trata de un método muy preciso, pero esta precisión se consigue a un coste considerable, esta aproximación se utiliza en países como Australia, Portugal Italia, y Alemania, entre otros.

El interés de desarrollar nuestros propios GDR's basados en el consumo de recursos reales, asociado al desarrollo de guías asistenciales, que estandarizan o normalizan el proceso de atención sanitaria, permiten analizar la calidad asistencial acorde con los objetivos y demanda de la población.

Seguidamente presentamos las dos opciones que basándonos en lo expuesto en los párrafos anteriores consideramos como las más adecuadas, según el nivel de desarrollo de los sistemas de información, para su aplicación a los hospitales.

a) Modelo de costes basado en los episodios de los pacientes Direct Costing Evolucionado **sin un nivel avanzado de desarrollo** en los sistemas de información (D.C.E.S.D.S.I).

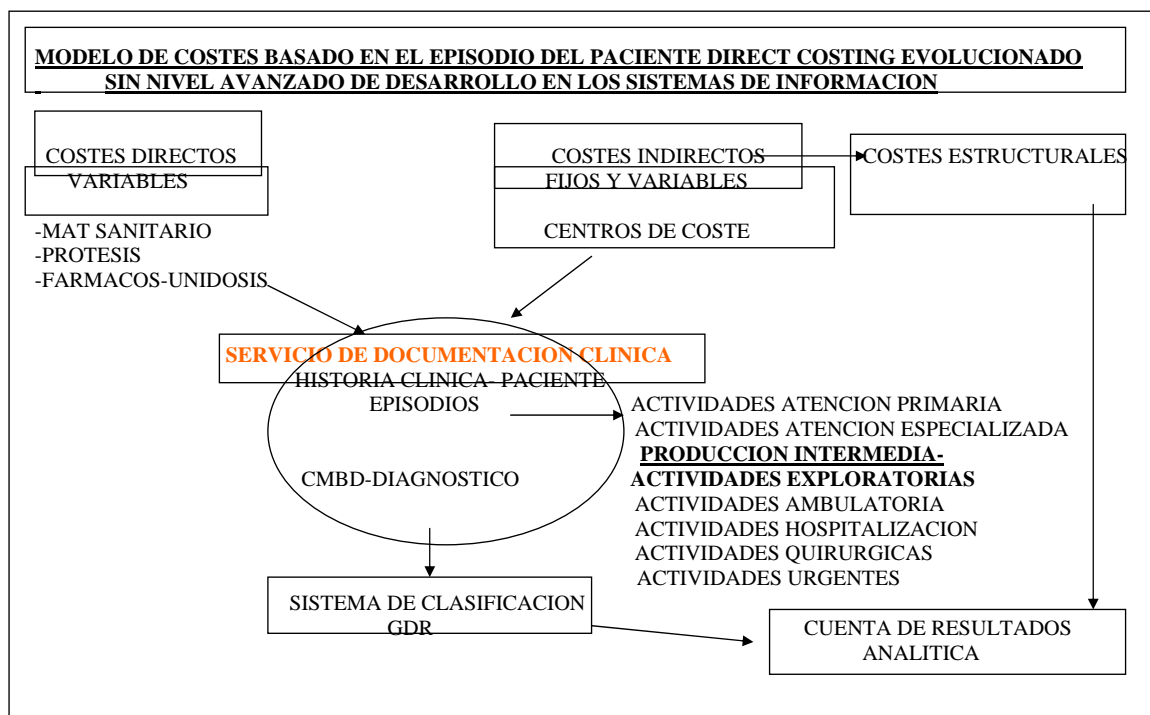
Nos basamos en el procesamiento informático de los episodios de la historia clínica del paciente, gestionada en el servicio de documentación clínica.

La historia clínica ha sido definida por el profesor (Lain y Entralgo, 1998) como: “El documento fundamental y elemental del saber médico en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico, para obtener el diagnóstico, tratamiento y la posible curación de la enfermedad”.

La información contenida en la historia clínica refleja el proceso clínico, la anamnesis, exploración física o examen físico, diagnósticos presuntivos, juicios de valor, tratamientos instaurados, es decir, recoge la función de producción hospitalaria.

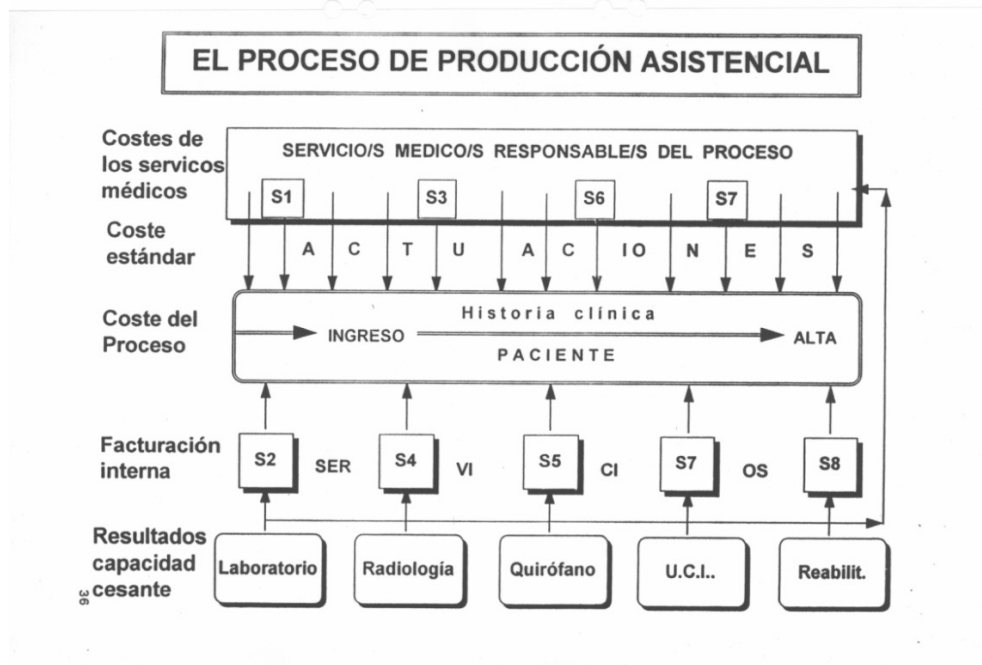
La historia clínica es integrada por episodios asistenciales que representan, cada una de las atenciones asistenciales (actividades) recibidas por los pacientes así mismo, debemos de considerar que el episodio hospitalario es el conjunto de episodios asistenciales que suceden dentro y fuera del hospital, como en Atención Primaria y Especializada.

Ilustración 31. Modelo de Costes Basado en el Episodio del Paciente Direct-Costing Evolucionado sin nivel avanzado de desarrollo en los Sistemas de Información.



La historia clínica se convierte así en el corazón del sistema de información hospitalario desde el punto de vista clínico y económico (Rodríguez, 2011).

Ilustración 32. Del proceso de producción asistencial basado en la Historia Clínica del Paciente.



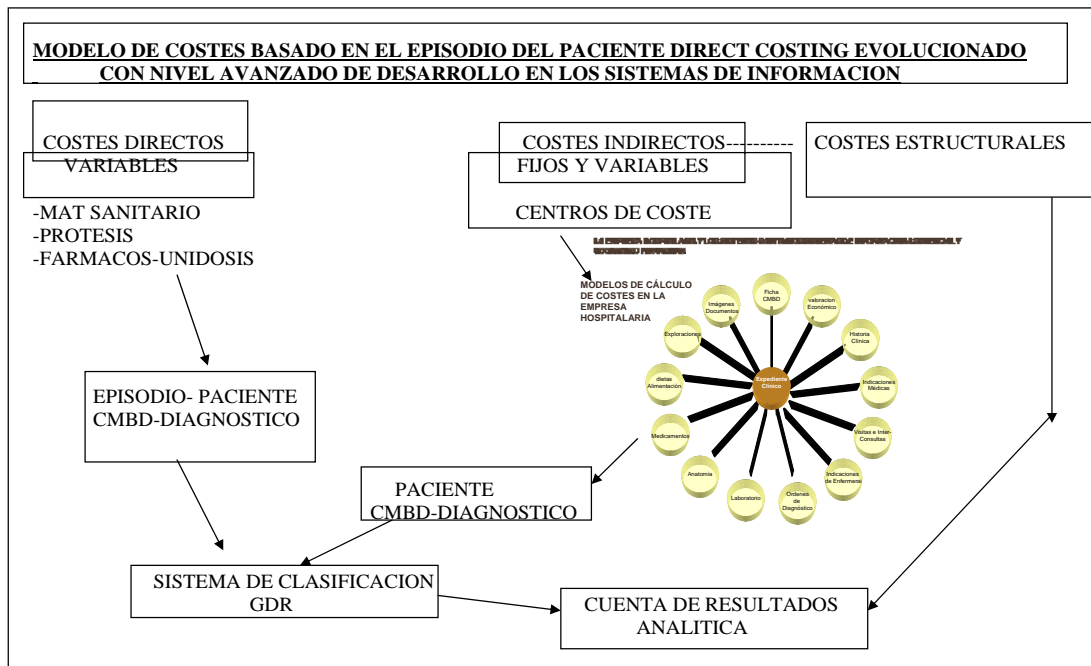
Reflejando a través de ella el coste de la salud real de un paciente, suma del valor añadido directo de las cargas de trabajo asistencial, productos intermedios, y recursos consumidos en los diferentes procesos asistenciales que se desarrollan.

Además la historia clínica, permitirá la estandarización de las actividades a través de identificación de los protocolos asistenciales.

b) Modelo de costes basado en el episodio del paciente Direct Costing evolucionado **con nivel avanzado de desarrollo** en los sistemas de información (D.C.E.C.D.S.I).

Son los sistemas de información los que facilitaran al modelo de costes la producción intermedia y los consumos directos por episodio clínico, para su valoración económica por el sistema de costes.

Ilustración 33. Modelo de costes basado en el episodio del paciente Direct Costing evolucionado con nivel avanzado de desarrollo en los sistemas de información.



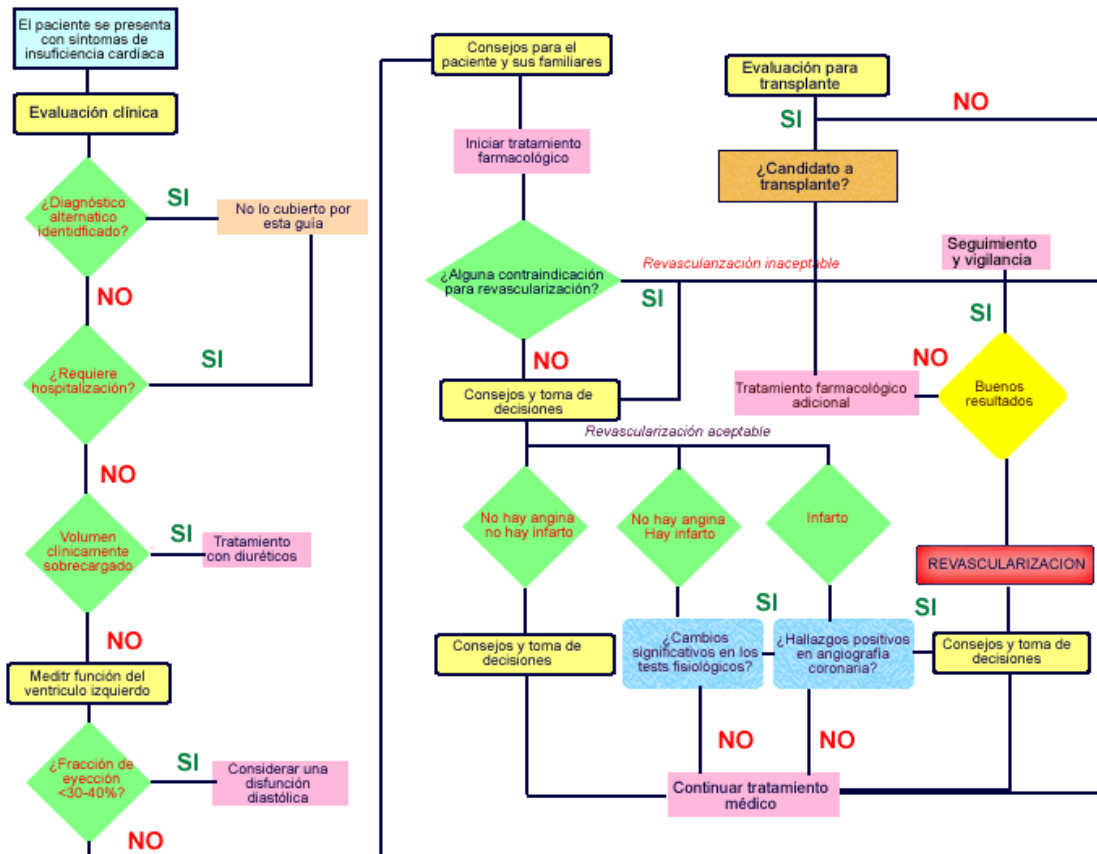
Cada uno de los sistemas de información desarrollados en los centros de coste principales y auxiliares (radiología, laboratorios, dietética, etc.) precisaran al sistema de costes tanto los factores directos consumidos como la producción intermedia identificados por pacientes y sistema de clasificación, para su valoración económica y posterior agrupación en centros de coste y, sistemas de clasificación.

Estos modelos facilitan la implantación de guías de práctica clínica necesarias en la planificación sanitaria ya que las mismas suponen la normalización de la práctica clínica médica y de enfermería y están basadas en la mejor evidencia científica disponible, para orientar las decisiones sobre las intervenciones más adecuadas y eficientes en el abordaje de una problemática específica relacionada con la salud en circunstancias concretas.

Permiten gestionar los procesos asistenciales (Glick, Blackmore y Zelman, 2000; Hoomans, Ament et al., 2010) a través de todas las actividades a realizar por los centros de coste principales sobre los pacientes con determinadas patologías,

basándose en algoritmos diagnósticos y en flujogramas de proceso, que permiten visualizar de forma rápida la asistencia clínica sobre los pacientes.

Ilustración 34. Algoritmo de tratamiento de un paciente con insuficiencia cardiaca aguda.

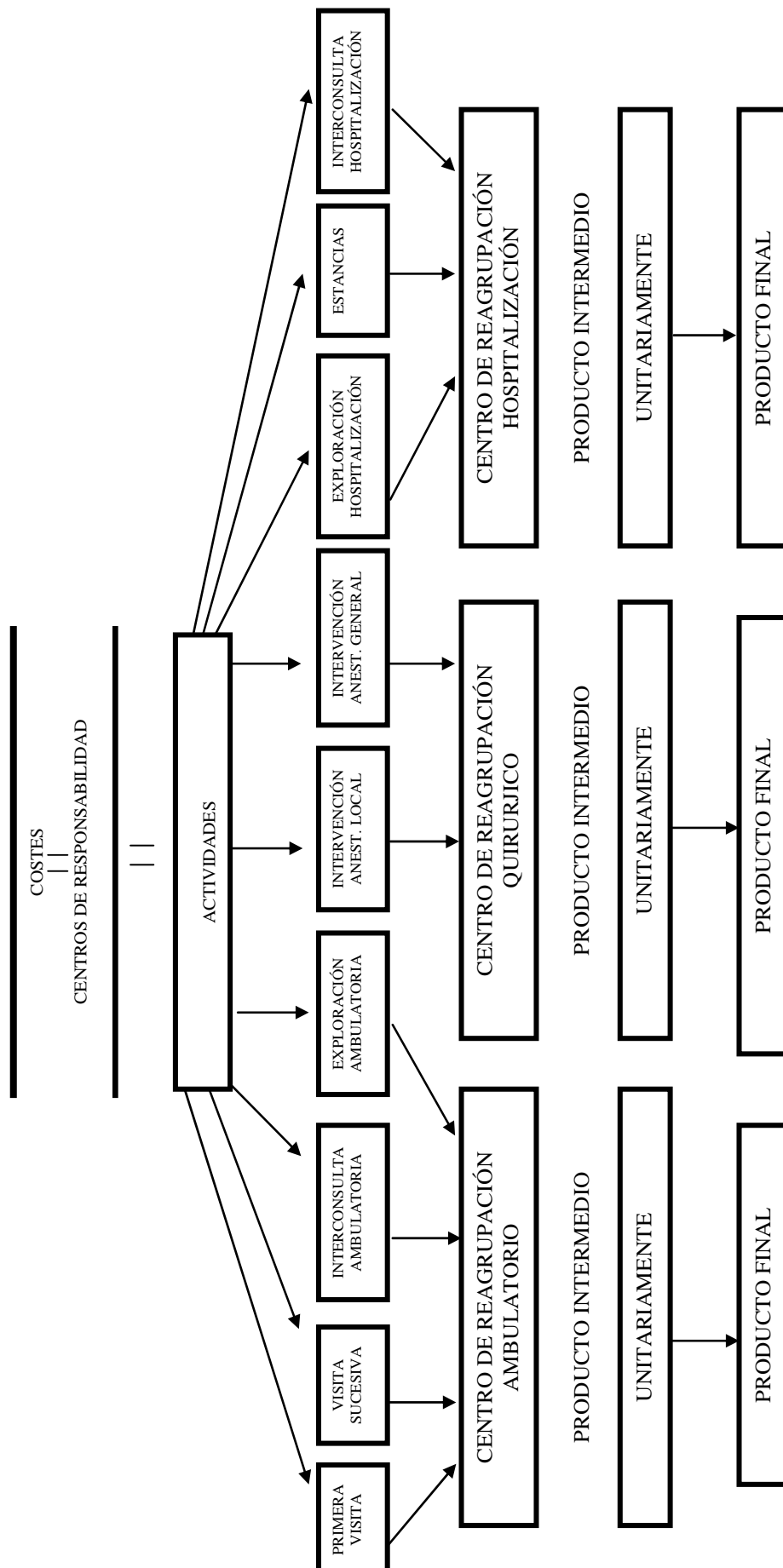


Fuente: Smith, 2003

Las actividades que se precisen deberán comprender los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos, englobando por tanto, las actividades puramente clínicas junto con las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incidiendo así en cuál es el nivel asistencial en que la actividad es más eficiente lo cual permite el desarrollo de Actividades Asistenciales de Médicos y de Enfermería en un Modelo ABC tanto para la producción intermedia como para el paciente con el desarrollo de modelos de costes Direct-Costing Estándar, que impliquen, un sistema de evaluación de resultados y de utilización de dichas guías.

Ilustración 35. De imputación de costes basado en el modelo A.B.C. (Activity Based Costing)

Adaptación de (Castelló Taliani, 1992).



Con la integración de guías de práctica clínica (G.P.C), (Guerra y Busto, 1995), en los modelos de costes se evaluara las mejoras de la calidad de la atención clínica además de garantizar la optimización de los recursos existentes.

Su uso se justifica por la importante variabilidad de la práctica clínica en todos los entornos de salud y por el hecho de que no todos los pacientes obtienen todos los beneficios posibles de la atención que presta el sistema de salud, pues algunos estudios clínicos muestran que un número considerable de pacientes no reciben tratamientos que podrían suponer beneficios para su salud.

Con la aplicación de las guías se evitara la alteración del equilibrio entre las componentes de validez científica, eficiencia económica y variabilidad competente.

El valor principal de una GPC, (INS, 2001c), es su contribución al mantenimiento de la calidad asistencial mediante el uso adecuado de los recursos disponibles, al evitar decisiones clínicas no fundamentadas científicamente y reducir la variabilidad de la práctica médica (Clinton, 1994).

IV.3. MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL.

La necesidad de disponer de un modelo de costes adecuado, es el primer paso para el control de los costes y la gestión eficiente de los recursos. Los modelos de costes en gestión sanitaria existentes a nivel Nacional desde las transferencias en materia de sanidad a las CCAA y la creación de los Servicios de Salud Autonómicos (1981-2002), han sido los siguientes:

- SIGNO (Gestión Analítica del Ministerio de Sanidad y Consumo), Coste por Servicio, que comienza a implantarse en 1991-1992. (INS, 1996b; MSC, 1990, 1991, 1992, 1995b).

- SERGAS (Modelo de Cálculo de Costes por Proceso), Servicio Gallego de Salud, 1992, (González, 2005).
- SIE. Comunidad Valenciana, 1992, (Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria), (CSV, 1992 y 2003).
- COANh. Andalucía, 1993, (Sistema de Control de Gestión hospitalaria del Servicio Andaluz de la Salud), (SAS, 1993; López, 2000).
- SCS. Cataluña, 1995, (Modelo de Contabilidad Analítica del Instituto Catalán de Salud. (ICS, 1995; IMAS, 1998).
- CANTONERA Canarias, Sistema de Información. (Gonzalez, Hernandez y Morini, 2005; PGO, 1994 y 2005).
- SIGNO II (Gestión Analítica del Ministerio de Calidad y Consumo) Coste por Procesos GDR's, Paciente, 1994. (MSC, 1995a).
- (GECLIF) Modelo de Gestión Clínico-Financiera Información Clínico Financiera, Coste por Proceso (INS, 2000 y 2001d; MSC, 1994).
- ALDABIDE. País Vasco, 1998, (Modelo de Gestión Económico-Financiera del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza). (MSC, 2000; SVS-O, 1998).

Tabla 17. Modelos en gestión sanitaria nacionales con transferencias en materia de sanidad (1981-2002)

MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL		
AMBITO	DENOMINACION	ORGANISMO
NACIONAL	*SIGNO (Gestión Analítica Hospitalaria).	Ministerio de Sanidad y Consumo.
GALICIA	*SERGAS (Modelo de Calculo de Costes por Proceso).	Servicio Gallego de Salud.
C.VALENCIANA	*SIE (Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria).	Servicio Valenciano de Salud.
ANDALUCIA	*COANh (Sistema de Control de Gestión Hospitalaria).	Servicio Andaluz de Salud.
CATALUÑA	*SCS (Modelo de Contabilidad Analítica).	Instituto Catalán de la Salud
CANARIAS	*CANTONERA (Sistema de Información Analítico).	Servicio Canario de Salud
NACIONAL	*SIGNO II (Gestión Analítica).	Ministerio de Sanidad y Consumo
NACIONAL	*GECLIF (Modelo de Gestión Económico-Financiera- Información Clínico-Financiera) C por Proceso.	Instituto Nacional de la Salud
PAIS VASCO	*ALBAIDE (Modelo de Gestión Económico-Financiera).	Servicio Vasco de Salud. (Osakidetza).

*Sin contemplar experiencias particulares que se han desarrollado en algunos Hospitales.
 *Nivel de Cobertura: 400 Hospitales del Territorio Español.
 *Todos coinciden en la Necesidad de relacionar costes con actividades asistenciales.
 *El objetivo común es la obtención de Costes por Centros de Costes
 *Exponen la necesidad de obtener Cuadros de Mando así como Indicadores y ratios de costes y de Case-Mix.
 *Todos los Modelo son Full Costing.

Todos ellos sin contemplar experiencias particulares que se han desarrollado en algunos hospitales.

Sin proceder al estudio particular de cada uno de ellos realizaremos un análisis comparativo en base a los siguientes aspectos:

- 1º. Objetivos generales de implantación.
- 2º. Resultados del modelo.
- 3º. Costes que diferencia el sistema.
- 4º. Clasificación de los costes en el sistema.
- 5º. Centros de costes/centros analíticos.
- 6º. Modelos de costes/distribuciones de costes.
- 7º. Sistemas de información que utiliza el sistema.
- 8º. Ventajas del sistema analítico y por último.
- 9º. Inconvenientes del sistema analítico.

La implantación sucesiva de dichos modelos supuso implantar los modelos analíticos de costes en más de 400 hospitales, del territorio español.

IV.4. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA.

La existencia de los diferentes tipos de sistemas de imputación de costes y las diferencias tan importantes existentes entre criterios de distribución, así como de las unidades relativas de valor de cada uno de los productos intermedios, entre los diferentes sistemas, provoca que la información de costes, también para el médico, sea variable en la valoración del tratamiento del paciente, ya que ante iguales tratamientos con idénticos efectos sobre un determinado paciente, pueden tener costes muy diferentes.

Es por ello que se necesita analizar de forma individual y conjunta cada uno de los aspectos señalados anteriormente.

IV.4.1. OBJETIVOS GENERALES DE IMPLANTACION-COMPARACION.

La motivación que sustenta los esfuerzos por implantar modelos de contabilidad de costes en los hospitales públicos es común en todos los proyectos, ya que todos coinciden en la necesidad de poner en relación los costes y las actividades asistenciales realizadas, para poder medir la eficiencia de los centros sanitarios.

Pues bien, aunque la motivación es común para todos, el nivel de desarrollo de la metodología en cada caso es distinto, ya que pocos van más allá de la determinación del coste del producto hospitalario, ya sea éste final o intermedio, y no plantean posibles análisis posteriores para darle utilidad a esos datos.

En algunos casos se propone la utilización de los datos obtenidos para poder elaborar, en el futuro, un Cuadro de Mando, así como la utilización de formas concretas, de índices o ratios, con los que llevar a cabo el análisis de costes y de case mix.

IV.4.1.1. Resultados del sistema-comparación.

El único modelo que aporta una serie de indicadores que tienen como objetivo principal analizar la eficiencia de los centros, es el Sie (Sistema de Información Económica).

Todos los modelos obtienen los costes localizados en los centros de coste, obteniendo los costes unitarios medios por actividades, aunque sin dar el salto al cálculo del coste por paciente, también se calculan de forma exterior al modelo analítico los costes medios por GDR`s basándose en el método indirecto de sus pesos.

Para la obtención de los costes unitarios de las actividades se emplean diferentes tipos de medidas al efecto de homogenizar la producción asistencial tal es el caso de las UBA's (Unidades Básicas Asistenciales) utilizadas en el Servicio Catalán de Salud o las UPA`s (Unidades de Proceso Asistencial) en el Insalud y en el Sergas, o

las UCA's (Unidades de Concierto Asistencial) en el Servicio Vasco de Salud, las UMA's (Unidades de Medida Asistencial) en el Servicio Valenciano de Salud, las EVA's (Escala de Valoración Andaluza) del Servicio Andaluz de Salud, las UPH's (Unidades de Proceso hospitalario) del Servicio Gallego de Salud, todas ellas con diferentes ponderaciones y parámetros de actividad, hechos que no facilitan la comparación en los costes.

IV.4.1.2. Costes que diferencia el sistema-comparación.

En lo que difieren estos sistemas es en la forma de agrupar este tipo de costes, así las diferencias se expresan en el siguiente cuadro comparativo en la imputación de costes por naturaleza en los diferentes modelos de costes implantados en los hospitales españoles.

Tabla 18. Comparativa en la imputación de costes por naturaleza en los diferentes modelos de costes implantados en los hospitales españoles.

MODELOS	COSTES POR NATURALEZA					
	COANH	SCS	SIE	SIGNO	GECLIF	ALDABIDE
PERSONAL	X	X	X	X	X	X
CONSUMOS	X	X	X	X	X	X
BIENES Y SERVICIOS-(1)					X	
FARMACIA	X			X		
CONTRATAS	X					
SERVICIOS EXT			X			X
MANTENIMIENTO	X			X		
ALIMENTACION				X		
FONDO DE MANIOBRA				X		
REPARACIONES		X				
PRESTACIONES	X		X			
AMORTIZACION	X	X		X	X	X
DIFERENCIAS DE INV				X		
OTROS						X
(1)- COSTES DE FUNCIONAMIENTO						

Fuente. Estudio comparativo de los diferentes modelos de costes implantados en los Hospitales Públicos Españoles.
 Revista iberoamericana de Contabilidad de Gestion 10 Dic, 2004.
 14:16: Pedro Monge Lozano Profesor de la Universidad de Huelva.

El Coanh, el Signo y el Sergas, son los programas que presentan un nivel de desagregación de costes por naturaleza muy superior al resto.

El personal:

El personal es el coste que se repite en todos los programas, se corresponde íntegramente con el Capítulo I de la Contabilidad Presupuestaria. En el Coanh al igual que en el Geclif la asignación de los costes se realiza en función de las horas de

dedicación reales del personal al centro o centros de coste donde desarrollen su actividad ordinaria, el porcentaje de dedicación es utilizado por el Scs, Sie y Signo mientras que el Aldabide y el Proyecto Cantora, realiza la asignación al centro o Servicio donde esté adscrito el personal.

Consumos:

Nos referimos al consumo de productos farmacéuticos, material sanitario fungible, instrumental y pequeño utillaje, productos alimenticios, de vestuario en general, etc. la asignación directa a cada uno de los centros demandantes se realiza en función del consumo, en caso contrario el Scs recomienda tres unidades de obra (ideal, posible y mínima) dependiendo de la información que se disponga, para todos los costes, salvo el del material fungible, para los que se especifican los centros a los que deben ser destinados los mismos.

En el programa Aldabide el consumo sólo está referido a las existencias recogidas en las cuentas 610 a 616 de la adaptación sectorial del Plan General de Contabilidad (CAS), en el Coanh, Geclif, Cantora, Scs se incluyen dentro de este concepto: comunicaciones, víveres, electricidad, agua, carburante, gases medicinales, dietas, kilometrajes, cursos de formación y toda clase de material fungible en este último se incluyen también las contrataciones de servicios, no obstante el SIE, el consumo lo diferencia en material sanitario, no sanitario y en productos farmacéuticos.

Bienes y servicios:

Sólo el Geclif utiliza este concepto y en él se incluyen los costes de funcionamiento, su imputación se realiza por el consumo a cada centro de coste.

Farmacia:

Sólo el Coanh, el Signo y el Sergas, separan este concepto del resto, la asignación se realiza de forma directa al centro demandante teniendo en cuenta el coste de cada una de las unidades suministradas.

Servicios:

Este apartado hace referencia a los servicios exteriores que incluyen desde agua, luz, electricidad, hasta las contratas o alquileres, sólo los programas Sie y Aldabide son los que poseen esta agrupación de costes que se reparte de forma directa, fundamentalmente, a los centros estructurales.

Reparaciones:

El manual del Scs no especifica nada, respecto a incluir en este coste sólo las reparaciones realizadas por empresas contratadas, la imputación se realiza de forma directa a los centros demandantes mediante partes de trabajo.

La amortización:

Salvo en el programa Sie, es considerada un coste más, aunque sin imputación en algunos sistemas hasta que no se posea el inmovilizado, por centros de coste, las diferencias en lo referente a su cálculo se traducen en las siguientes:

- El Coanh, el Geclif y el proyecto Cantora, utilizan el sistema de cuotas constantes.
- El Signo y Sergas, sigue el criterio de las horas trabajadas por cada uno de los inmovilizados.
- El Scs no especifica ningún criterio a seguir salvo el realizar una estimación, en el supuesto de desconocerse la base de amortización.
- El manual de Aldabide parece dar a entender que se aplique el mismo importe que aparezca reflejado en la contabilidad financiera.
- El Sie, no incluye este concepto como coste.

Todos los programas coinciden en realizar una asignación directa a cada uno de los centros de coste que poseen dichos inmovilizados.

Respecto a la amortización de los edificios, sólo el Coanh especifica que se realizará en función de la superficie ocupada por cada centro.

Prestaciones:

Dentro de este apartado el Sie, el Coanh y el Cantora, incluyen: prótesis, transporte sanitario y otras actividades sanitarias como las que son consecuencia de traslados entre hospitales para la realización de distintas pruebas complementarias, estos programas coinciden en realizar la imputación de forma directa a las unidades demandantes de tales servicios o, a los pacientes.

Otros:

Aldabide destina este grupo para incluir los costes relacionados con los gastos financieros, las subvenciones obtenidas -tanto de explotación como de capital- los servicios bancarios, las devoluciones de impuestos, otras pérdidas de gestión corrientes y las pérdidas de ejercicios anteriores, la asignación de todos ellos se realiza a “centros” de estructura creados a tales efectos como el de resultados financieros y subvenciones.

En todos los programas se procura, con mayor o menor detalle, realizar una asignación primaria de costes que simplifique el proceso de la posterior asignación secundaria.

Los costes se clasifican en propios y en repercutidos:

Costes propios:

En el Signo y en el Sergas, en las contrataciones y mantenimiento se diferencian los suministros de cualquier material no inventariable, sean fungibles o no, que a diferencia del Coanh, incluiría el coste del material comprado, el coste de la mano de obra propia y también los contratos derivados de dicho concepto. En la alimentación, el modelo Coanh engloba el consumo de productos, personal, mantenimiento de las instalaciones, suministros, etc. El "fondo de maniobra", incluye cualquier otro gasto que sea gestionado por el Servicio de Gestión Económica y por último las diferencias de inventario que se calculan internamente en función de las roturas, materiales deteriorados y obsoletos, robos, etc.

La imputación de estos se realizara de forma directa a cada centro de coste.

IV.4.1.3. Clasificación de los costes su comparación.

En primer lugar son clasificados según su naturaleza, cuando proceden de la contabilidad financiera o en casi todos los modelos de gestión basados en el presupuesto.

Tabla 19. Comparativa de los Modelos de Costes implantados en España en relación al tipo de imputación.

CUADRO COMPARATIVO DE LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA							
CONCEPTOS	SIGNO	COAN	ICS	IMAS	S.V.S	S.I.E.	S.G.S
1-COSTES POR NAT							
COSTES DIRECTOS	P	P	P	P	P	P	P
COSTES DIRECTOS		FUN	C.B.S			C.B.S	PREST
COSTES DIRECTOS	F	F	F	F	F	F	F
COSTES INDIRECTOS							
	H					E.P	
	MAN	REP				E.S	
	FM						
	AMOR	AMOR	AMOR				
		C.EXT					

Fun= Fungibles. Prest=Prestaciones: Man=Mantenimiento. Fm=Fondo de Maniobra. Rep=Reparaciones. Amor=Amortizaciones. C.Ext= Contratas Exteriores. C.B.S= Consumo de Bienes y Servicios. E.P= Estructurales Primarios. E.S= Estructurales Secundarios. H=Hostelería.

Los costes se clasifican en propios y en repercutidos, en directos a centros de coste, a las actividades o productos y costes indirectos los que se acumulan en los centros de coste. El proyecto Cantonera los clasifica en Personal y Costes de Funcionamiento.

IV.4.1.4. Centros de costes/ centros analíticos-comparación

En esencia, todos los modelos utilizan una estructura basada en centros de coste justificada por la gran dimensión de la organización hospitalaria y su compleja estructura.

Cada modelo establece su propia clasificación de centros de coste, aunque en esencia, los criterios en base a los cuales se establecen no difieren sustancialmente, aunque sí lo hacen en la denominación, el número y, las relaciones entre los distintos centros asistenciales y no asistenciales.

Tabla 20. División del Hospital según los diferentes Modelos de Costes.

Estructura de los hospitales		
Programa	División del Hospital	División de los Centros
COANh	Centros de Responsabilidad	Centros de Coste Centros de Beneficio
SCS	Centros de Actividad	Estructurales Intermedios Finales
SIE	Centros de Actividad	Estructurales Intermedios Finales No Imputables
SIGNO	Grupos Funcionales Homogéneos	Estructurales Intermedios Finales
GECLIF	Grupos Funcionales Homogéneos	Estructurales Intermedios Finales
ALDABIDE CANTONERA	Servicios Grupos Funcionales Homogéneos	Estructurales Intermedios Finales

Fuente. Estudio comparativo de los diferentes modelos de costes implantados en los Hospitales Públicos Españoles, (Monge, 2004).

Se puede comprobar que no existen unas diferencias muy significativas, entre los programas, a la hora de efectuar la división de los centros.

En lo que hace referencia a la localización de los costes, cabe señalar la existencia de una cierta homogeneidad, a nivel general, a la hora de distinguir o agrupar los distintos centros de coste o de responsabilidad, dentro de lo que es la organización hospitalaria.

No obstante las diferencias detectadas en los modelos de organización sanitaria con estructuras distintas tienen una asignación de recursos no comparable entre sí, entre hospitales públicos y privados.

CENTROS DE COSTE:

Sus objetivos económicos se centran en la determinación del coste de la producción realizada mientras que los no económicos se fijan en términos de calidad, cantidad, plazos, etc.

Para efectuar la imputación de los costes por naturaleza y la posterior afectación de los acumulados, entre los diferentes centros, el Coanh, SCS y el Sie presentan un mayor desglose.

Tabla 21. Comparativa entre los diferentes modelos de costes implantados en los hospitales españoles en relación a sus centros de costes.

Centros de Coste	COANH	SCS	SIE	SIGNO	GECLIF	ALBAIDE
De Costes operativos	Básicos Centrales	Estructurales (primarios)	Estructurales (primarios)	Estructurales	Estructurales	Estructurales
		Estructurales (secundarios)	Estructurales (secundarios)			
De Costes discrecionales	Diagnóstico Enfermería	Intermedio	Intermedios de tratamiento	Intermedios	Intermedios	Intermedios
	Intermedios (virtuales)		Intermedios de diagnóstico			
			Intermedios logísticos			
De Beneficios	Finales	Finales (de apoyo)	Finales de no hospitalización;	Finales	Finales	Finales
		Finales (Principales)				

Fuente: AECA (1999).

En general los centros de costes utilizados en los diferentes sistemas de cálculo de costes están divididos en dos grandes áreas: Asistenciales y No asistenciales.

Efectuando un análisis más detallado presentamos la tabla 22.

Los Asistenciales suelen estar divididos en finales e intermedios y los No Asistenciales en primarios y secundarios.

En el Sistema Signo, y en el Sergas los asistenciales están divididos en: finales e intermedios y los No asistenciales en estructurales.

Tabla 22. Comparativa entre los diferentes modelos de costes implantados en los hospitales españoles en relación a la clasificación de sus centros de costes.

	ESTRUCTURA DE LOS HOSPITALES SEGUNDA EN EL MODELO DE COSTES					
	COANh	SCS	SIE	SIGNO	GECLIF	ALDABIDE
DIVISION DEL HOSPITAL						
C. ESTRUCTURA AUXILIARES		X	X			
1- PRIMARIOS		X	X			
(Mantenim, Administ, Informat, etc)						
2- SECUNDARIOS		X	X			
(Admisión, C. Externas, Urgenc)						
3- C INTERMEDIOS			X			
(Laborat, Diagn Imag, Rehabil etc)						
4- C- LOGISTICOS			X			
(Hospitaliz, Consultas Ext, C. Espec)						
C. FINALES		X				
(Coinciden con la Estruct del Hosp)			X			
1- APOYO		X				
(Radioterapia, Rehab, Ucma, etc)						
2- PRINCIPALES		X				
(Especialidades Medic-Quirur)						
3- VINCULADOS A LA HOSPITALIZ			X			
4- NO VINCULADOS A LA HOSPITALIZ			X			
C. BASICOS	X					
1- C. COMUNES NO SANIT	X					
(ADMINISTRACION Y GESTION)						
CENTRALES SANIT NO ASIST	X			X	X	
LIMPIEZA			X			
SEGURIDAD						X
MANTENIMIENTO			X	X	X	X
CENTRALES	X		X	X	X	X
FARMACIA			X	X	X	X
ANAL CLINICOS						
RADIOTERAPIA						
C. DE BENEFICIOS	X					
1- C. INTERMEDIOS	X					
C. ENFERMERIA						
C. PLANTA						
C. C. EXTERNAS						
C. DIAGNOSTICO						
2- C. DIAGNOSTICO	X					
BIOQUIMICA						
HEMATOLOGIA						
MICROBIOLOGIA						
RADIOLOGICO						
ANATOMIA PATOLOGICA						
MEDICINA NUCLEAR						
NEUROFISIOLOGIA						
GENETICA E INMUNOLOGIA						
3- C. FINALES CLINICOS	X					
MEDICINA INTERNA						
CARDIOLOGIA						
DIGESTIVO						
4- C. FINALES EXTERIORES	X					
C. PERIFERICOS AT. ESPECIALIZADA						
C. ATENCION PRIMARIA						
C. NO IMPUTABLES		X				
(Investigacion, Docencia, Serv Sociales)						

Fuente. Estudio comparativo de los diferentes modelos de costes implantados en los Hospitales Públicos Españoles.
 Revista iberoamericana de Contabilidad de Gestion 10 Dic, 2004.
 14:16: Pedro Monge Lozano Profesor de la Universidad de Huelva.

En el Geclif se diferencian centros funcionales estructurales, intermedios y finales, estableciendo relaciones entre áreas funcionales (AF), servicios funcionales (SF) y unidades funcionales (UF), así como grupos funcionales homogéneos (GFH's).

En el sistema Coan los asistenciales están divididos en finales y centrales y los No asistenciales en básicos.

En la primera versión de este programa los centros de coste se clasificaban en dos grandes grupos: centros básicos y centrales sanitarios, los primeros eran centros comunes no sanitarios, los segundos tenían un carácter sanitario aunque no asistencial de diagnóstico y/o tratamiento a otros centros de responsabilidad.

La nueva versión del Coanh respeta la estructura antes comentada siendo la novedad que incorpora unos centros que, en el ámbito operativo, se sitúan entre los de beneficio y los de coste.

Dentro de los centros intermedios mencionamos los virtuales, referidos a las unidades de hospitalización, consultas externas y los centros de diagnóstico.

En el sistema Scs los asistenciales están divididos en finales principales y finales de apoyo intermedios y los No asistenciales en estructurales primarios y secundarios.

El sistema Scs los denomina, (centros de actividad). En lo que se refiere al Sistema del Servei Catalá de la Salut (SCS), este sistema distingue cuatro tipos de centros:

- a) Centros finales principales.
- b) Centros finales de apoyo e intermedios.
- c) Centros estructurales primarios.
- d) Centros estructurales secundarios.

No obstante, el manual aconseja que en el caso de contratas es conveniente considerarlas como centros para poder asignarles costes tales como luz, agua, etc.

En el sistema Sie los asistenciales están divididos en:

- Centros finales de urgencias, hospitalización y ambulatorio.
- Centros intermedios de diagnóstico y tratamiento, quirófano y paritorios.
- Centros intermedios logísticos de hospitalización o ambulatorio.
- Centros estructurales primarios.
- Centros estructurales secundarios.
- Centros no imputables a la actividad asistencial propia, pacientes externos, investigación y docencia, servicios sociales, inspección médica, etc. los que formarían parte de este grupo.

En el Sistema Cantonera se distinguen unidades, grupos, servicios y áreas funcionales, diferenciando las unidades funcionales en estructurales, intermedias y finales.

El Sistema de imputación de costes de Osakidetza, distingue básicamente tres tipos de centros de costes:

- a) Servicios funcionales finales.
- b) Servicios funcionales intermedios.
- c) Servicios estructurales.

Los No asistenciales son los estructurales y se diferencian en primarios y secundarios.

IV.4.1.5. Modelos de costes / distribuciones de costes-comparación.

Todos los modelos utilizan el coste de absorción o modelo de costes completos (Full Costing), es decir, todos incorporan la totalidad de los costes hospitalarios para determinar el coste del producto, ninguno de los modelos analizados propone un sistema de costes parciales, ya sea éste el sistema de costes variables o modelo de costes directos (Direct Costing), que en su versión más pura incorpora únicamente los costes variables u otros (costes diferenciales, costes controlables, etc.), debido a que al

ser implantados en el ámbito público el análisis de la rentabilidad pierde toda su importancia en la toma de decisiones, pasando por las etapas de distribución similares.

Tabla 23. Comparativa de los Modelos de Costes implantados en España en relación al objeto final u Output.

CUADRO COMPARATIVO DE LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA							
CONCEPTOS	SIGNO	COAN	ICS	IMAS	S.V.S	S.I.E.	S.G.S
7-OBTENCION DE COSTES UNIT.PACIENTES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CONCEPTOS	SIGNO	COAN	ICS	IMAS	S.V.S	S.I.E.	S.G.S
8-MODELO DE COSTE	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC
CONCEPTOS	SIGNO	COAN	ICS	IMAS	S.V.S	S.I.E.	S.G.S
8-PLAN DE CONTABILIDAD ANALITICA	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
CLAVES DE MODELOS:							
SIGNO: GESTION ANALITICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (INSALUD) COAN: SISTEMA DE CONTROL DE GESTION HOSPITALARIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD ICS: MODELO DE CONTABILIDAD ANALITICA DEL INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD IMAS: MODELO DE CONTABILIDAD ANALITICA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE ASISTENCIA SANITARIA CATALANA S.V.S: MODELO DE CONTABILIDAD ANALITICA DEL OSAKIDETZA SERVICIO VASCO DE SALUD S.I.E: SISTEMA DE INFORMACION ECONOMICA PARA LA GESTION SANITARIA DE LA GENERALIDAD VALENCIANA S.G.S: MODELO DE CONTABILIDAD ANALITICA DEL SERGAS "SERVICIO GALLEGO DE SALUD"							
CLAVES DE CONCEPTOS							
P=PERSONAL F=FUNGIBLE C.B.S= CONSUMO DE BIENES Y SERVICIOS PRES=PRESTACIONES F=FARMACOS H=HOSTELERIA MANT=MANTENIMIENTO E.P=ESTRUCTURALES PRIMARIOS E.S=ESTRUCTURALES SECUNDARIOS REP=REPARACIONES FM=FONDO DE MANIOBRA AMOR=AMORTIZACIONES C.EXT=CONTRATACIONES EXTERIORES C.C=CENTROS DE COSTE C.A=CENTROS DE ACTIVIDAD FIN=FINALES FIN.P=FINALES PRINCIPALES FIN;UR=FINALES URGENTES FIN;MED-Q=FINALES MEDICO- QUIRURGICOS							

Todos los modelos presentan las siguientes fases: clasificación de los costes, localización de dichos costes en distintos centros de costes o servicios, y finalmente, imputación de los costes a los distintos portadores u objetivos de coste finales.

Las fases de distribución son las establecidas en el siguiente, cuadro comparativo:

Tabla 24. Comparativa en Fases de distribución de los Modelos de Costes implantados en España.

CUADRO COMPARATIVO DE LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA							
CONCEPTOS	SIGNO	COAN	ICS	IMAS	S.V.S	S.I.E.	S.G.S
3-DISTRIBUCIONES QUE REALIZA	D.P.Y.S	D.P.Y.S	D.P.Y.S	D.P.Y.S	D.P.Y.S	D.P.Y.S	D.P.Y.S
CONCEPTOS	SIGNO	COAN	ICS	IMAS	S.V.S	S.I.E.	S.G.S
4-CRITERIOS DE REPARTO							
ENTRE CENTROS DE COSTE							
	COEF.R	U.R.V	U.O			COEF.R ACTIV U.R.V U.M.A.S	
DE CENTROS DE COSTE A PRODUCTOS							
	U.R.V					U.R.V	

DpYs = Distribución Primaria y Secundaria. COEF.R = Coeficiente de Reparto. U.O = Unidades de Obra
U.R.V = Unidades Relativas de Valor.

En todos los casos los costes directos se asignan a los centros de coste que los originan y los indirectos o de centros auxiliares, a través de claves de reparto que después volcarán sus costes a los principales.

En el Modelo Cantonera se contemplan las fases de:

1. Reparto primario de costes a los GFH's. Imputación de costes a los GFH's Estructurales, GFH's Intermedios y a GFH's Finales.
2. Reparto Secundario de los GFH's: De GFH's Estructurales a Intermedios y Finales.
3. Fase de Imputación de centros Intermedios y Finales a GDR's.

Imputación del coste real a los productos/servicios asignados a los pacientes consumos directos (prótesis, unidosis, etc.).

En la imputación de costes a los portadores finales, los citados sistemas utilizan criterios de reparto diferentes, tanto en el reparto de costes entre unos y otros centros,

hasta llegar a los centros finales, como al repartir los costes desde los centros o lugares de costes a los productos.

En el sistema Signo y en el Sergas, el criterio de reparto entre centros de costes era el coeficiente de reparto y de los centros de costes a los productos la unidad relativa de valor, al igual que en el Geclif y en el Sistema Cantonera.

En el sistema Coan entre los centros de costes se utiliza la unidad relativa de valor.

En el sistema Scs se utiliza en centros de costes la Unidad de obra.

En el sistema Sie, entre centros de costes se utiliza el coeficiente de reparto y el número de veces de actividad y desde centros de costes a productos, las unidades relativas de valor y las UMA's (Unidades de Medida Asistencial). Véase tabla 25.

En el sistema del Osakidetza, al igual que en el Cantora, para repartir los costes entre los centros de costes hacia los finales, se utiliza un sistema mixto en el que se combinan tanto los consumos realizados en cada uno de los servicios, como las distintas unidades de obra o imputación para cada uno de dichos centros de costes, la imputación desde los centros de costes finales a los productos, este modelo se basa en el sistema de costes por procesos, utilizando el Sistema de Clasificación de Pacientes PMC (Patients Management Categories), que aplicados a las altas producidas en los centros hospitalarios determina la obtención del citado coste por proceso. En el Sistema Cantora se utilizan los GDR's (Grupos Relacionados por el Diagnostico).

Cada modelo estudiado establece sus propias líneas de producción para cada centro de coste principal o final.

Todos los modelos coinciden en distinguir de forma separada la actividad de "hospitalización" basada en la estancia como unidad de medida, de la actividad de consultas externas cuya medida es la visita o consulta.

Tabla 25. Criterios de Distribución utilizados en los Modelos de costes en relación a los factores de Coste.

CRITERIOS DE DISTRIBUCION DE FACTORES DE COSTE							
FACTORES DE COSTE		COANh	SCS	SIE	SIGNO	GECLIF	ALDABIDE
C. PERSONAL	1	A	B	B	B	D	C
CONSUMOS	2	A	B	C	A	D	A
FARMACOS	3	A			A		
SERVICIOS	4			A			A
REPARACIONES	5		A				
AMORTIZACIONES	6	A	D	C	B	A	E

1	
COSTES DE PERSONAL	
RET BTAS; SEG SOC, GUARD, SUST, ETC	
A	HORAS DE DEDICACION REALES
B	% DE DEDICACION
C	SEGÚN CENTRO ADSCRITO EL PERSONAL
D	SEGÚN CENTRO ADSCRITO EL PERSONAL, SALVO GUARDIAS AL CENTRO DONDE SE PRESTEN
2	
CONSUMOS	
COMUNI, ELECT, AGUA, MAT FUNG ETC.	
A	IMPUTACION AL CENTRO DE CONSUMO
B	IMPUTACION AL CENTRO DE CONSUMO, O POR UNIDADES DE OBRA- IDEAL-POSIBLE-MINIMA
C	IMPUTACION AL CENTRO DE CONSUMO DIFERENCIANDO MAT SANITARIO, NO SANITARIO Y FARMACOS
D	IMPUTACION AL CENTRO DE CONSUMO DE CUENTAS FINANCIERAS 610 A 616 P.G.C
3	
FARMACOS	
A	DIFERENCIAN ESTE COSTE DEL RESTO DE CONSUMOS
4	
SERVICIOS	
A	DIFERENCIAN ESTE COSTE DEL RESTO DE CONSUMOS
5	
REPARACIONES	
A	DIFERENCIAN ESTE COSTE DEL RESTO DE CONSUMOS-IMPUTACION POR PARTES DE TRABAJO
6	
AMORTIZACIONES	
A	IMPUTACION POR CALCULO DE CUOTAS CONSTANTES
B	IMPUTACION POR HORAS DE TRABAJO
C	NO SE INCLUYE COMO COSTE
D	NO HAY UN CRITERIO, IMPUTACION POR ESTIMACION
E	IMPUTACION SEGÚN CONTABILIDAD FINANCIERA

FUENTE: ELABORACION PROPIA.

Como líneas de producción finales también se consideran las urgencias no ingresadas.

A partir de este mínimo común denominador (actividad de hospitalización y ambulatoria), los sistemas difieren entre sí, de tal forma que, el Sie no especifica más actividades, el Coanh considera además las "intervenciones" (quirúrgicas), el SCS considera "investigación" y "cirugía mayor ambulatoria", el Aldabide, por último, considera los "servicios externos". Geclif distingue además "procedimientos extraídos", "docencia" e "investigación" de forma separada. El proyecto Cantora sí que

contempla varias líneas de actividad como hospitalización domiciliaria, consultas externas, pruebas especiales, urgencias, investigación, etc.

El establecimiento de diversas líneas de actividad provoca diferencias en los resultados de costes al ser estos distribuidos entre las mismas.

Tabla 26. Comparativa de Productos Intermedios y Finales de los Modelos de Costes implantados en España.

CUADRO COMPARATIVO DE LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA							
CONCEPTOS	SIGNO	COAN	ICS	IMAS	S.V.S	S.I.E	S.G.S
5º-DEFINICION DE PRODUCTOS							
PRODUCTOS INTERMEDIOS	CAT	S.CAT	S.CAT	S.CAT	S.CAT	CAT	S.CAT
CUADRO COMPARATIVO DE LOS MODELOS DE COSTES IMPLANTADOS EN ESPAÑA							
CONCEPTOS	SIGNO	COAN	ICS	IMAS	S.V.S	S.I.E	S.G.S
6º- PRODUCTOS FINALES							
	G.D.R	G.D.R	G.D.R	G.D.R	G.D.R	G.D.R	G.D.R
VERSION	ALL P.12	ALL P.12	H.F.C.A 13	ALL P.12	ALL P.12	H.F.C.A 13	ALL P.12
			PMC. V. 5				

CAT=Con Catalogo

S.CAT= Sin Catalogo

All Patient= Versión diferenciada por sus coeficientes 10,12,...18 etc.

HFCA=Health Financial Care American Version de GDR's

Existen diferencias importantes entre las unidades relativas de valor de cada uno de los productos intermedios y entre los diferentes catálogos de productos intermedios.

Todos contemplan repartos en cascada basados en una distribución primaria de imputación de costes a los centros y una distribución secundaria de reparto entre centros hacia los finales y solo el Sie de estos finales a las actividades mediante inductores de coste para cada una de las actividades que considera, aunque no coinciden en la forma de realizar los repartos.

Así, el Scs, el Signo, Sergas y Cantora, realizan un reparto en cascada utilizando el primero, como criterio de reparto, una serie de unidades de obra y el segundo unos coeficientes, no tienen en cuenta las prestaciones reciprocas entre

centros (ICS, 1995), el Coan y el Geclif tienen en cuenta las prestaciones recíprocas, siendo el criterio de reparto utilizado el de la actividad ofertada y demandada, el Sie al igual que en el Cantora, se caracteriza por utilizar un criterio mixto de distribución de los costes estructurales por coeficientes de reparto y el de los intermedios, de forma directa a los finales en función de la actividad demanda por ellos, en el Aldabide la imputación de costes de todos los centros se realiza de una forma directa a los finales, en sus primeras versiones no contemplaba las prestaciones reciprocas sin embargo en el manual de usuario del año 2004 sí que las contempla.

El fin último de todos los programas analizados es la obtención del coste de los "productos", pacientes, procesos clínicos o Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR's) o, Patient Management Categories.

Esta imputación en todos los modelos se realiza de forma externa al propio modelo de costes-

El coste unitario en los centros finales se obtiene de dos formas:

Por lo que respecta a las unidades, existen dos opciones:

1. Cuando la producción es homogénea se divide el coste entre la unidad de obra de servicio.
2. Cuando la producción no es homogénea se utilizan las denominadas unidades equivalentes (UBA's, UPA's, UCA's, UMA's, EVA's, UPH's etc.), basadas en ponderaciones, de complejidad respecto a la estancia médica.
 - Coanh: Escalas de Valoración Andaluza (EVA's) y Unidades Ponderadas de Asistencia (UPA's).
 - Scs: Unidades Básicas de Asistencia (UBA's).
 - SIE: Unidades Relativas de Valor (URV's) y (UMA's) Unidades Medico Asistenciales.

- Signo: Unidades Relativas de Valor (URV's) y las Unidades Ponderadas de Asistencia (UPA's).
- Sergas: Unidades Relativas de Valor (URV's) y las Unidades Ponderadas de Asistencia (UPA's-UPH's).
- Geclif: Unidades de Complejidad hospitalaria (UCH's) para realizar la correspondiente ponderación.
- Cantora: Unidades Relativas de Valor (URV's).
- Aldabide: realiza también una ponderación en las distintas actividades realizadas por cada uno de los centros, UCA's (Unidades de Concertación Asistencial).

IV.4.1.6. Sistema de información-comparación.

En el siguiente cuadro se muestran las características que, de forma significativa presentan cada uno de los programas que estamos analizando.

Tabla 27. Características de los programas de cálculo de costes.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE CALCULO DE COSTES						
MODELOS	COANh	SCS	SIE	SIGNO Y SERGAS	GECLIF	ALDABIDE Y CANTORA
SENCILLO	X	X	X	X	X	X
RAPIDO	X					
FLEXIBLE	X	X	X			X
EFICIENTE	X					
DINAMICO	X					
CLARO		X		X	X	X
ABIERTO		X				X
COMPLETO			X		X	X
LENGUAJE COMUN	X	X				

Fuente. Monge (2004).

Todos los programas coinciden en la sencillez del diseño de la información siendo comprensible y accesible para los responsables (MSC, 2013), pero las dos características fundamentales son su flexibilidad y claridad.

Son programas abiertos, en el entorno hospitalario.

El sistema Coanh presenta como principales características su rapidez, eficiencia y dinamismo, el sistema Sie, es un sistema completo e integrado, el Signo, Geclif y Sergas e IC's, destacan por su versatilidad y su integración, y el sistema Cantora por su flexibilidad, integración y multidimensionalidad.

Todos los modelos utilizan el sistema de clasificación de grupos de pacientes GDR's en la actividad de hospitalización y no utilizan respecto a la actividad ambulatoria ningún sistema de clasificación de pacientes.

Hemos de señalar, la no aplicación en términos generales en los hospitales de aplicativos informáticos que contemplan el desarrollo del Grupo 9 de Contabilidad Analítica.

Los soportes informáticos, con los que cuentan en la actualidad los hospitales facilitan el hecho de que los distintos modelos aunque se basen en el Full cost, se puedan conjugar con informaciones que faciliten costes variables o directos.

IV.4.1.7. Ventajas del sistema-comparación.

En general todos los sistemas presentan las siguientes ventajas:

- Planificación de la disminución de los costes del hospital.
- Realización más correcta de presupuestos tanto económicos como clínicos.
- Posibilidad de implantar sistemas de retribución por objetivos.
- Análisis económico de los proyectos o productos asistenciales.
- Definición de los costes de los productos y de las áreas asistenciales facilitando su comparación (Benchmarking) entre distintos hospitales.
- Mejora de la organización del proceso asistencial, optimización la capacidad existente, según los medios disponibles (Humanos y técnicos).
- Análisis de la relación de causalidad en las desviaciones controlables.

IV.4.1.8. Inconvenientes del sistema-comparación.

- Modelo de Coste Full Costing, presenta subjetividad al utilizar claves de reparto de los costes indirectos a los Centros Finales y de estos a los productos intermedios a través de unidades relativas de valor o de pesos, lo cual puede ocultar la rentabilidad en la gestión asistencial.
- Por otra parte considera a los costes estructurales como costes de la producción asistencial.
- En ningún modelo de costes se establecen cuentas de resultados analíticos por las diferentes actividades, centros de coste, o a nivel de la totalidad del hospital.

Seguidamente presentamos resumidas las ventajas e inconvenientes comparando ambos modelos Full costing y Direct costing.

Tabla 28. De Ventajas e Inconvenientes de los Modelos del Sistema Nacional de salud Full Costing, respecto al Modelo Direct-costing.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
DE LOS MODELOS DE COSTES	DE LOS MODELOS DE COSTES
Planificación de la disminución de los costes.	Gran subjetividad del modelo lo que oculta la rentabilidad en la gestión asistencial
Realización de presupuestos tanto económicos como clínicos.	Considera a los costes estructurales como costes de la producción asistencial.
Posibilidad de implantar sistemas de retribución por objetivos.	Subestima la importancia de los costes fijos.
Definición de los costes de los productos y áreas.	No se establecen cuentas de resultados analíticos por:
Facilitar la comparación (Benchmarking).	Actividades
Mejora de la organización del proceso asistencial.	Centros de Coste o,
Define claramente el portador final de los costes en los centros o GFH's	A nivel de la totalidad del Hospital.
Optimización de la capacidad, de los medios (Rrhh y Técnicos).	No considera la capacidad ociosa de los recursos en su aspecto cualitativo y cuantitativo.
Análisis económico de proyectos o productos asistenciales.	No es útil para la toma de decisiones al no permitir planificar las actividades
Es más sencillo de calcular.	y adoptar políticas de eficiencia.
Es un sistema auxiliar de la contabilidad financiera.	No es apto para calcular Umbrales de Rentabilidad.
Análisis de la causalidad en las desviaciones controlables.	Ofrece información sobre la que los gestores no tienen de decisión.

PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO V ESTUDIO EMPÍRICO SOBRE LA IMPLANTACION DE LA CONTABILIDAD DE GESTION

PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO

CAPITULO V. ESTUDIO EMPIRICO SOBRE LA IMPLANTACION DE LA CONTABILIDAD DE GESTION

V.1. ANTECEDENTES: INVESTIGACIONES SOBRE CONTABILIDAD DE GESTIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS ESPAÑOLES.

Haremos referencia a las cinco investigaciones que consideramos más relevantes en el ámbito nacional y local, sobre las que exponemos sintéticamente sus objetivos, la metodología empleada y sus conclusiones principales:

1. Monge Lozano, P. (1999, 2002), “La gestión en las empresas sanitarias españolas”.
2. De Falguera Martínez, J. (1999, 2002) “La contabilidad de gestión en los centros sanitarios” (Tesis doctoral).
3. Naranjo Gil, D. (2005), "Estudio exploratorio del uso estratégico del Sistema de información y Control de Gestión, en los hospitales Públicos Españoles".
4. González Sánchez, B. (2006, 2008) "Evaluación de los sistemas de costes en el sector hospitalario público gallego" Tesis Universidad de Vigo.
5. García Cornejo, B. (2008) "Información contable para la gestión en los hospitales públicos españoles: dificultades en su elaboración".

Con el análisis de estos trabajos pretendemos en primer lugar conocer la investigación española sobre la contabilidad en el ámbito hospitalario y utilizarla como fuente de metodología para la investigación que posteriormente abordamos en nuestro trabajo. En segundo lugar, el conocimiento del resultado de estas investigaciones permitirá comparar la información de las más significativas, las tres primeras, para extraer conclusiones sobre la evolución de la contabilidad de gestión en los hospitales del territorio español e incluso en los del resto de Europa.

Hasta los años 90 las tendencias de los Modelos de Coste implantados en España tienden a obtener el coste por Centro de Coste tal y como hemos expuesto en el capítulo de "los Modelos de costes en los hospitales", sin embargo a los efectos de analizar la calidad, eficacia y eficiencia de la prestación asistencial es necesario llegar al eslabón final del proceso de cálculo de costes, que es aquél que vincula el cálculo de costes con la Documentación clínica, es decir proceder al cálculo de costes por Paciente o por Proceso Asistencial.

Ahora bien, esto tal y como lo hemos planteado requiere la preparación a nivel informático no sólo de las áreas administrativas relacionadas con la contabilidad de costes, tales como (nóminas, almacenes, contabilidad financiera, etc.) sino también de las áreas asistenciales en cuanto a recoger el flujo de pacientes y a identificar el proceso asistencial y sus componentes de consumo. Todo ello implica analizar los sistemas de información hospitalarios en cuanto a la integración de todas las áreas implicadas en la obtención del coste por paciente o proceso.

V.1.1. MONGE LOZANO, P. (1999, 2002).

Objetivo: conocer el uso de la contabilidad financiera y la de costes (Tipo de Producción, Medidas, Modelos de Costes aplicados y, Cálculo de Costes unitarios), a nivel nacional y, en el caso de no ser utilizadas los motivos principales.

Metodología: se realizó una encuesta formulando preguntas con variables cualitativas y respuestas dicotómicas (si-no) sobre los objetivos señalados. En el análisis estadístico se utilizaron tablas de frecuencias, medias, desviaciones típicas, etc. así como tabulaciones cruzadas que han permitido conocer las posibles relaciones entre dos o más variables.

La Encuesta se envió a la totalidad de hospitales 798 de España de los que 336 eran públicos y 462 privados, relacionados en el Catálogo Nacional de hospitales de 1999 del Ministerio de Sanidad Español. Las respuestas que se recibieron alcanzaron la cifra de 115 por lo que el nivel de respuesta fue del 14,5 %.

Conclusiones: mayoritariamente los hospitales encuestados contaban con ambas contabilidades y utilizaban la contabilidad financiera según el (PGC) adaptado al sector, los motivos que exponían los gestores hospitalarios para no usar la contabilidad financiera es la no obligatoriedad de la misma, no contar con suficiente información así como con suficiente personal y medios para poder llevarla a cabo, aproximadamente un 25% de los hospitales españoles (alrededor de 200 hospitales) carecían de un sistema contable para calcular sus costes.

La mayoría de los hospitales que utilizaban la contabilidad de costes los obtenían por Centros de coste, utilizando el modelo de Costes totales y minoritariamente por el modelo de cálculo de costes directos, la actividad era medida mediante coeficientes de ponderación que se aplicaban a la producción, a las que se les asociaban costes, utilizando unidades de producción más complejas en los centros principales como las UPA's (Unidades de Ponderación Asistenciales), las EVA's (Escala de Valoración Andaluzas), siendo estas las más utilizadas de forma mayoritaria.

La obtención del Coste por producto era mayoritaria en los centros hospitalarios e identificado por los GDR's aunque estos se consideraron como una aproximación ya que el cálculo del coste por paciente para ellos supondría una mejora en la gestión de los centros, de la calidad asistencial y las decisiones serían mucho más acordes con práctica clínica y, por último, se mejoraría la financiación de los centros.

La mayoría de los hospitales que contestaron no calcular costes afirmaron que su motivo era el de carecer de programa informático adecuado para tal fin, de personal y por la dificultad de definir el producto hospitalario. Consideraron de gran importancia contar con un sistema de información tanto clínico como financiero, al igual que contar con gestores profesionales ya que por tradición son los médicos los que asumían las funciones de gestión, (Monge, 2002, 2003a, 2003b, 2004).

V.1.2. DE FALGUERA MARTÍNEZ, J. (2002).

Objetivo: identificar los instrumentos de la contabilidad de gestión que utilizaban los centros sanitarios catalanes como sistemas de información que permiten controlar su gestión.

Metodología: además del análisis teórico de los modelos de costes implantados a nivel nacional por CCAA analizando sus similitudes y ventajas, se realizó una encuesta dirigida a los responsables de Administración y de Control de Gestión que pretendió analizar las prácticas en contabilidad de gestión de los centros sanitarios de Cataluña y la utilidad de la información, de indicadores de encuestas de satisfacción y cuadros de mando.

Se envió la encuesta a 98 hospitales (Generales y Quirúrgicos) de los 183 hospitales de Cataluña, recibieron 31 cuestionarios, durante el año 2002, lo que represento un índice de respuesta del 32%, (14 de hospitales públicos, 45% y 17 privados, 55%) no obstante, tomando como referencia el número de camas hospitalarias, este porcentaje ascendió hasta el 45%.

El cuestionario se tabuló mediante un análisis bivariante mediante tablas de contingencia y prueba de la ji-cuadrado (Pedret y Sagnier, 2003), para analizar variables las cualitativas, y para las variables cuantitativas se utilizaron técnicas de regresión lineal simple.

Conclusiones: la contabilidad de gestión es una herramienta fundamental para la toma de decisiones, siendo su aplicación en el sector sanitario difícil por la complejidad del proceso productivo, la dificultad de identificar sus productos y su normalización operativa, considerando que los avances en este sector se habían centrado en medidas de la producción intermedias y mejora del control de gestión.

El diseño de la contabilidad de gestión en cada organización dependerá de los fines y objetivos que pretenda alcanzar y su desarrollo, debe ofrecer información sobre

el coste de los Servicios, sus actividades, y estar en disposición de facilitar el coste del paciente o de su proceso, para analizar la eficiencia, la calidad y la competitividad.

Los proyectos que se elaboraron por los organismos oficiales, aunque ofrecían la opción de un tratamiento de la información bajo criterios homogéneos en costes por naturaleza, no incorporan las amortizaciones y unidades de complejidad de producto, además presentan diferencias en cuanto a los centros de coste y criterios de reparto dando origen a resultados diferentes, por lo que frecuentemente no son utilizados por los hospitales privados.

El objetivo más importante de los centros “encuestados tanto públicos como privados era ofrecer información para la toma de decisiones en costes y resultados en la planificación, contando para ello con personal cualificado y de asesoramiento”.

Todos los Centros hospitalarios contestaron mayoritariamente utilizar “la contabilidad de gestión, principalmente los de mayor dimensión aunque no de forma integrada con la contabilidad financiera, algunos hospitales públicos usaban el Grupo 9 frente a ninguno de los privados”.

El modelo de costes mayoritariamente utilizado era el de costes totales a nivel de costes históricos, el modelo de costes estándares era poco utilizado y su utilización principal era para calcular desviaciones, no utilizando los costes variables. Los costes se clasificaban en directos e indirectos y disponían de GFH's principales y auxiliares coincidiendo con su organización (hospitalización, consultas externas, urgencias, laboratorios y quirófanos), los cuales contaban con autonomía en su gestión.

Los costes de los Servicios Auxiliares se repercutían sobre los principales utilizando criterios de reparto por tipo de costes y para ponderar la complejidad de las actividades se utilizaban las URV's, como el "tiempo de dedicación", también unidades básicas asistenciales (UBA's). Los costes no asignables se imputaban a resultados.

Se utilizaban sistemas de clasificación de pacientes muy frecuentemente siendo los más empleados los GDR's. Se consideran criterios de valoración para la entrada de materiales como el precio de adquisición y de salida como el Pmp y el Fifo. El cálculo de las amortizaciones se realizaba sobre el valor de adquisición.

La antigüedad de los sistemas de costes estaba comprendida mayoritariamente entre 2 y 5 años y en ellos se produjeron modificaciones para introducir mejoras e instalar nuevos programas.

Los centros contaban con objetivos anuales para establecer presupuestos de tipo incremental y calcular desviaciones mensuales para tomar decisiones y acciones correctoras, se utilizaban indicadores de gestión, se realizaban encuestas periódicas a los usuarios sobre su satisfacción, contando mayoritariamente con cuadro de mando integral, (De Falguera y Oriol, 1999; De Falguera, 2002).

V.1.3. NARANJO GIL, D. (2005).

Objetivo: analizar cómo los directores de gestión usaban la información de gestión y el Sistema de Información de control de gestión, en una estrategia centrada en el coste.

Metodología: se realizó un estudio empírico a través de una encuesta enviada en el año 2003 a los directores de gestión de los 218 hospitales públicos generales de España. Se utilizaron 10 preguntas, 6 referidas al uso interactivo del SICG monitorización del rendimiento y el aprendizaje organizativo y 4 referidas al uso diagnóstico del SICG de seguimiento y vigilancia de la organización en su eficiencia a través de (Estándares, Desviaciones y Acciones Correctoras).

Las distintas variables incluidas en el cuestionario fueron medidas a través de una escala Likert de 5 puntos desde Muy bajo (1) a Muy alto (5). El nivel de respuesta fue de 109 hospitales, lo que representa el 50% de la población objetivo, la mayoría de las respuestas corresponden a los hospitales de menos de 250 camas.

Conclusiones: Los sistemas de información y control de gestión, en una organización descentralizada y autónoma, son fundamentales para una estrategia de control y reducción del gasto sanitario.

Los directores de gestión respondieron que usaban en mayor porcentaje la información económica frente a la información clínica, para decisiones sobre evaluación del rendimiento y usaban con una frecuencia baja-media el SICG para la toma de decisiones sobre asignación de recursos. El SICG se utiliza para el diagnóstico económico frente al posible uso interactivo es decir, más orientado al control, evaluación y supervisión del rendimiento de sus subordinados que para la coordinación, motivación, fomento del aprendizaje y mejora continua.

Los planes estratégicos de control y reducción del coste, deben hacer uso diagnóstico del SICG, principalmente, para evaluar, supervisar y controlar la consecución de objetivos aunque también se puede basar en el uso interactivo del mismo, fomentando la colaboración y coordinación entre las diferentes áreas del hospital es decir incrementando la flexibilidad y descentralización de la organización. Por ello, el director de gestión deberá mejorar la comunicación con los clínicos e integrar la información de gestión para lograr una mejor asignación de recursos y controlar y reducir los costes sanitarios. La edad media de los directores de gestión era mayoritariamente de 42 años, con una antigüedad media en el puesto de 4 a 5 años, (Naranjo, 2005, 2006 y 2010; Naranjo y Álvarez, 2005; Naranjo y Hartmann, 2007).

V.1.4. GONZÁLEZ SÁNCHEZ, B (2005).

Objetivo: estudiar la contabilidad de costes como herramienta de asignación eficiente de recursos en los hospitales públicos gallegos analizando las características del modelo de contabilidad de costes y su utilidad en la información suministrada para la gestión.

Metodología: reuniones con los máximos responsables de Control de Gestión y de Informática para conocer su opinión sobre normalización y homologación de la

información de costes en los hospitales públicos y envío de dos cuestionarios de mayo a noviembre de 2004 con ocho y cinco preguntas, respectivamente, sobre la cronología de implantación de los sistemas de información, de producción e información de costes.

Conclusiones: de este estudio se destacó el escaso esfuerzo encaminado a la implantación de un sistema de contabilidad y del desarrollo de sistemas de información de forma integrada, tanto por los propios hospitales, como del Sergas. Del total de los 12 hospitales públicos gallegos, solo dos hospitales implantaron sistemas de costes y en ellos se centró el estudio (Complejo Hospitalario de Ferrol y el Complejo Hospitalario de Ourense).

El Modelo aplicado era el de costes por absorción (Modelo Geclif, Gestión Clínico-financiera), con GFH's, desarrollados a nivel de Servicios Funcionales (SF) y Áreas (AF) decididos por cada hospital. Las áreas de Hospitalización y consultas externas son las principales. Se utilizaban claves de reparto y criterios de imputación diferentes admitiendo prestaciones cruzadas, lo que creaba arbitrariedad sobre el coste final y se utilizaban las UPH's como unidades de Complejidad Hospitalaria para la obtención del coste por proceso, no calculando costes por paciente. No se utilizaban indicadores básicos, como coste por estancia, coste por alta o coste por UPH's.

Los GDR's se utilizaban al efecto de obtener "el coste por proceso" o coste medio de los pacientes dados de alta en estos grupos, y no contaban con un sistema de presupuestación de costes que permitiese asignar a cada servicio la financiación necesaria según la actividad prevista y el coste asociado a la misma.

Entre los principales obstáculos que se indicaban al implantar la contabilidad de costes eran la falta de comprensión de la información, falta de formación, de responsabilidad por las Direcciones y la ausencia de asesoramiento y soporte informático, (González, 2005, 2006 y 2008).

V.1.5. GARCÍA CORNEJO, B. (2008).

Objetivo: determinar el uso que los clínicos hacían de la información contable de gestión.

Metodología: se envió una encuesta en el año 2005 dirigida al personal de gestión de los 207 hospitales generales del SNS con tres preguntas relativas a la elaboración de la información de gestión, el benchmarking y el cuadro de mando. Se recibieron los datos de 61 profesionales respondiendo sólo 38 hospitales, por lo que la tasa de respuesta fue del 62%.

Conclusiones: los resultados sugirieron que las dificultades para elaborar una información contable de calidad pueden explicar, en parte, que los clínicos no utilicen la misma de forma habitual en su gestión operativa y se destacó la falta de formación y cultura de gestión.

Los modelos de contabilidad analítica introducidos por los Gobiernos Autonómicos han sido sistemas de costes completos siendo el más usado el modelo de gestión clínico financiera (Geclif), con un sistema de subreparto matricial que generaba ambigüedades en los datos elaborados impidiendo comparaciones fiables, por lo que el clínico exigía información centrada en costes directos y, el manejo de costes por proceso en función de protocolos clínicos y escandallos de costes para facilitar su comparabilidad dado que las diferencias en las prácticas asistenciales son las causantes de las diferencias en costes.

Resaltaba la necesidad de consensuar un modelo a escala nacional, homologado, respecto a clases de costes, criterios de imputación y aplicaciones informáticas. La actividad asistencial era el eje central de los cuadros de mando, con poca atención a los pacientes siendo necesario que se mejore la información para adaptarse a las necesidades de los clínicos, (García, 2004, 2006 y 2008).

También se concluyó que, aunque los datos en que se basan son escasos, las futuras investigaciones en este campo serán la mejor forma de confirmar la validez de los resultados comentados. Véase tabla 29.

V.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

El estudio empírico tiene como objetivo proporcionar información relevante sobre los modelos de costes implantados en hospitales públicos y privados tanto en el ámbito español como del resto de Europa, determinar las tendencias dominantes así como vislumbrar las perspectivas futuras, para juzgar su adecuación para determinar el coste por paciente.

Este objetivo general lo desglosaremos en los siguientes sub-objetivos:

1. Conocer los modelos de cálculo de costes implantados tanto en los hospitales, españoles como del resto de Europa.
2. Conocer la orientación final de dichos modelos distinguiendo entre:
 - a) La orientación hacia la obtención del coste por centros de costes.
 - b) La orientación hacia el cálculo del coste por paciente tratado.
3. Conocer cuál es el grado de informatización, cuestión vinculada al cálculo de los costes en las áreas asistenciales y no asistenciales.

Analizando los mismos para hospitales con financiación pública y privada.

V.3. DISEÑO DE LA ENCUESTA.

Para poder alcanzar los objetivos anteriormente señalados, se ha considerado oportuno recabar información a los gestores de centros hospitalarios a través de una encuesta, basándonos en la experiencia adquirida a nivel profesional en el sector hospitalario y siguiendo la metodología aplicada en los estudios previamente realizados en esta área.

Tabla 29. Comparativa de los cinco trabajos empíricos.

ESTUDIO		ESTUDIO		ESTUDIO		ESTUDIO	
(Monge Lozano, P. (1999),	De Falgnera Marrinez, J (2002)	Naranjo Gil D (2005)	González Sánchez B (2005)	García Cornejo Beatriz (2008)			
AMBITO Nacional	AMBITO Nacional	AMBITO Cataluña	AMBITO Galicia	AMBITO Nacional			
OBJETIVO	OBJETIVO	OBJETIVO	OBJETIVO	OBJETIVO			
Conocer la realidad hospitalaria sobre el uso de la contabilidad financiera y la de costes a nivel nacional y, en su caso de cuales son los motivos de su utilización.	Identificar los instrumentos de la contabilidad de gestión como sistemas de información y sistemas de cálculo de costes de las distintas CCAA, para analizar las similitudes y las diferencias.	Analizar cómo los directores de gestión usan la información de gestión y el Sistema de información de control de gestión en una estrategia centrada en el coste.	Determinar, las características que definen el modelo de contabilidad de costes y, analizar la utilidad de la información obtenida de la aplicación de estos modelos para la gestión.	Uso que los clínicos españoles hacen de la información contable: en concreto acerca del benchmarking, el cuadro de mando y el cálculo de costes.			
Metodología	Metodología	Metodología	Metodología	Metodología			
Encuesta dirigida a los responsables de Hospitales tanto Públicos como privados.	Encuesta dirigida a los responsables de Administración y de Control de Gestión tanto Públicos como privados.	Encuesta enviada a los directores de gestión tanto Públicos como privados.	Reuniones con los responsables de Control de Gestión y de Informática y cuestionarios.	Envío de una encuesta dirigida al personal de gestión de hospitales públicos.			
ESTUDIO EMPIRICO	ESTUDIO EMPIRICO	ESTUDIO EMPIRICO	ESTUDIO EMPIRICO	ESTUDIO EMPIRICO			
Octubre 1999- Marzo 2000	2002	2003	Mayo a Noviembre de 2004	2005			
POBLACION	POBLACION	POBLACION	POBLACION	POBLACION			
Totalidad de hospitales 798 de España de los que 336 eran públicos y 462 privados, y que se relacionan en el Catálogo Nacional de hospitales de 1999 del Ministerio de Sanidad Español.	Envío a 98 hospitales (Generales y Quirúrgicos) de los 183 hospitales que relaciona el Catálogo Nacional de hospitales para Cataluña.	Los 218 hospitales públicos generales de España.	Totalidad de los 12 hospitales públicos gallegos.	Totalidad de los 207 hospitales generales del SNS con datos de 61 directores			
NUMERO DE PREGUNTAS	NUMERO DE PREGUNTAS	NUMERO DE PREGUNTAS	NUMERO DE PREGUNTAS	NUMERO DE PREGUNTAS			
Las preguntas son 5 referidas a la Contabilidad Financiera, Producto y su Medición, Coste por Servicio, y Coste por producto e instrumentos contables.	Las Preguntas son 55, 50 referidas al Contabilidad de Costes y de la 50 a la 54 sobre Encuestas y Cuadros de Mando.	Las Preguntas, son 10 de las cuales 6 hacían referencia al uso interactivo del SICG y 4 al uso diagnóstico del SICG.	Las preguntas, son ocho y cinco respectivamente sobre la cronología de la implantación de los sistemas de información y actividades en cada área de producción,	Con cuatro preguntas tres sobre la implicación de los clínicos en los estudios de costes y una pregunta sobre la elaboración de la información de costes para la gestión			
TIPO DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLES			
Variables discretas con respuestas dicotómicas (si-no)	Variables cualitativas y cuantitativas	Variables cualitativas y cuantitativas	Variables cualitativas y cuantitativas	Variables cualitativas			
TESTS ESTADISTICOS	TESTS ESTADISTICOS	TESTS ESTADISTICOS	TESTS ESTADISTICOS	TESTS ESTADISTICOS			
En el análisis estadístico se utilizaron tablas de frecuencias, medias, desviaciones típicas, etc., así como tabulaciones cruzadas que han permitido conocer las posibles relaciones entre dos o más variables.	El cuestionario se ha tabulado mediante un análisis bivariante mediante tablas de contingencia y prueba del chi cuadrado, para analizar variables cualitativas, y para las variables cuantitativas se utilizaron técnicas de regresión lineal simple.	La definición y operativización de las distintas variables incluidas en el cuestionario, todas fueron medidas a través de una escala Likert de 5 puntos desde Muy bajo (1) a Muy alto (5).					
NIVEL DE RESPUESTA	NIVEL DE RESPUESTA	NIVEL DE RESPUESTA	NIVEL DE RESPUESTA	NIVEL DE RESPUESTA			
Las respuestas que se recibieron alcanzaron la cifra de 115 por lo que el nivel de respuesta fue del 14,5 %.	Se recibieron 31 cuestionarios, lo que represento un índice de respuesta del 32% de 14 de hospitales públicos un 45% y 17 privados un 55% y tomando como referencia el número de camas hospitalarias, este porcentaje ascendió hasta el 45%.	El nivel de respuesta fue de 109 hospitales, lo que representa el 50% de la población objetivo, la mayoría de las respuestas son referidas a los hospitales de menos de 250 camas.	Han implantado el modelo de contabilidad de costes dos hospitales en los que se centra el estudio el Complejo Hospitalario de Ferrol y el Complejo Hospitalario de Ourense.	Se recibieron los datos de 61 profesionales a participar respondiendo solo los de 38 hospitales públicos nacionales, en el año 2005, lo que supone una tasa de respuesta del 62%.			

Para la elaboración de esta encuesta, se ha tenido en cuenta tanto el análisis teórico (Silva, 1997), expuesto en capítulos anteriores, como el conocimiento clínico de profesionales pertenecientes al Consorcio Hospital General de Valencia y de la Consellería de Sanidad, de la Facultad de Medicina y de la Facultad de Economía.

La encuesta contiene 53 preguntas estructuradas en dos partes:

1ª parte (preguntas 1 a 4)

La primera parte trata de obtener una descripción del hospital a través de variables cuantitativas referentes al tamaño, presupuesto, nº de personas, así como mediante otras variables cualitativas.

1.- Características del Hospital: Tamaño del Hospital (nº de camas), Estancias anuales (en miles de estancias), Personal médico, Personal Total, Presupuesto total.

2.- ¿Cuál es su dependencia funcional?: Iglesia, Municipio, Fundación, Insalud, Servicio de Salud, otras.

3.- ¿Cuál es el tipo de financiación de su Hospital?: Pública, Privada, Mixta, otro tipo.

4.- ¿Cuál es la naturaleza de los pacientes asistidos en el Hospital?: General, Crónicos, Agudos, Psiquiátricos, Otros.

2ª parte (preguntas 5 a 53)

La segunda parte pretende establecer el grado de implantación y desarrollo de la contabilidad de gestión en los hospitales. Estas preguntas se refieren a la metodología del sistema de la contabilidad de costes y al nivel de informatización de los hospitales, con el fin de determinar el grado de implantación de uno u otro

sistema de costes (coste por centro de coste o coste por paciente). Para obtener esta información se plantean preguntas de respuestas múltiples, en las que se puede seleccionar una opción en la respuesta o varias.

Seguidamente se detallan las preguntas correspondientes a esta segunda parte.

5.- ¿Qué tipo de Contabilidad Financiera se desarrolla en su Hospital?:

Adaptación del Plan General de Contabilidad a los Centros de asistencia sanitaria. El Plan General de Contabilidad del Sector Público adaptado a la Seguridad Social, Control de Presupuesto de fondos públicos, Otro procedimiento.

6.- ¿Tiene su Hospital infraestructura de costes para implantar o mejorar la Contabilidad de Costes?: De inmediato, A medio plazo (3 años), No.

7.- ¿Dispone de Centros de Costes debidamente codificados?: Si o No.

8.- ¿Cómo clasifica sus Centros de Coste?: Principales. Auxiliares. Otros.

9.- ¿Dispone de Conjunto mínimo básico de datos (C.M.B.D.)?: Si o No.

10.- ¿Cómo identifica el Proceso de Hospitalización?: Por Ingresos-Estancias, Por C.I.E. 9 C.M, Por Case-mix, Por Otras unidades.

11.- ¿En el caso de identificar el Proceso de Hospitalización por Case-mix, qué clasificación utiliza?: G.D.R's Versión All Patient 10, Versión: 11;H.C.F.A, P.M.C's, Otros.

12. ¿Cómo identifica el proceso ambulatorio del Hospital?: A.P.G, A.V.G, Wonca, Otros, Visitas primeras, sucesivas, interconsultas.

13.- ¿Controla la Admisión de Pacientes en las siguientes Áreas?: Si o No para las siguientes áreas: A. Hospitalización, Ambulatoria, Urgencias, Central de Radiología, de Análisis Clínicos, De Hematología, De Anatomía Patológica y, Quirúrgica.

14.- ¿Dispone de Archivo Clínico Centralizado?: Si o No.

15.- ¿Se codifican los Procesos Asistenciales de Hospitalización y/o ambulatorios?: Si o No para, Hospitalización, Ambulatorios.

16.- ¿Se procesa el contenido de las historias clínicas para el cálculo de costes?: Si o No.

17.- ¿La aplicación informática de Personal permite los siguientes aspectos?: Cálculo de Nóminas y Seguros Sociales, Asignación de los costes de Personal a los Centros de Costes.

18.- ¿Disponen los Almacenes Generales de Catálogo de Productos y/o Servicios?: Almacén General, Farmacia y si están Estructurados o (codificados), o sin Estructurar.

19.- ¿El Sistema Informático del Hospital ha sido diseñado por?: I.B.M, M.S.C, 3M, S.M.S, Elaboración propia, Otros.

20.- ¿Qué Modelo de Costes aplica para la Contabilidad de Gestión?: Coste Total (Full Cost), Coste directo (Direct Cost), Imputación racional, Estándar, A.B.C (Activity Based Costing), Otros modelos.

21.- ¿El modelo de Costes utilizado tiene nombre propio en su Comunidad o a nivel del Hospital?: Modelo Coan, Modelo Signo, Modelo Sie, Otros.

22.- ¿Se realizan inventarios al menos anuales en los Almacenes de Farmacia y Almacén General?: Si o No, para Almacén General, Farmacia.

23.- ¿Dispone la distribución de Farmacia de Dosis Unitarias?: Si Porcentaje de camas con unidosis, No, Otros.

24.- ¿Cómo Gestiona la Unidosis?: Manualmente, Manualmente e Informatizado, Informatizado, Otros.

25.- ¿Cómo tipifica la información el servicio de Radiología?: Por número de pruebas, Por catálogo, Por categorías Ponderadas, Otros.

26.- ¿Cómo tipifica la información los Quirófanos?: Por el número de intervenciones, Por catálogo, Por Categorías Ponderadas, Otros.

27.- ¿Cómo tipifica la información el servicio de laboratorios?: Análisis Clínicos, Hematología, Anatomía Patológica, Por Número de Pruebas, Por Catálogo, Por Categorías Ponderadas, Otros.

28.- ¿Tiene el Servicio de Alimentación catálogo de productos y/o Servicios?: Estructurado. (Codificados), Sin Estructurar, No tiene.

29.- ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o Unidades Relativas de Valor en los anteriores servicios Auxiliares, se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, pruebas analíticas, etc.) costes unitarios?: Si o No, para las siguientes áreas: Radiología, Quirófanos, Laboratorio de Análisis Clínicos, De Hematología, De Anatomía Patológica, De Alimentación-Dietética.

30.- ¿Los costes unitarios obtenidos de los servicios auxiliares anteriores se acumulan al coste del paciente que los origina?: Si o No.

31.- ¿Las Categorías Ponderadas o Unidades Relativas de Valor de estos Servicios Auxiliares son elaboración Propia o del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma?: Para las siguientes áreas: Radiología, Quirófanos, Laboratorio de Análisis Clínicos, De Hematología, De Anatomía Patológica, De Alimentación-Dietética.

32.- ¿En caso de que las Unidades Relativas de Valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: TM= Tiempo Médico, TE= Tiempo de enfermería, T= Tiempo máquina, C=Consumos Generales.

33.- ¿Cómo se organizan en su Hospital los cuidados de Enfermería?: Dentro de Servicios Médicos, En Unidades de Hospitalización, Otros.

34.- ¿Cómo se identifican los Procesos de Enfermería?: Por Estancias. Estancias Especiales, Niveles de Cuidados, Otros.

35.- ¿Se calculan costes unitarios de los procesos de enfermería?: Si o No.

36.- ¿Se Acumulan los costes de los procesos de enfermería a los pacientes?: Si o No.

37.- ¿Cómo identifica la actividad realizada por los Servicios Médicos o Centros de Costes Principales como Medicina Interna, Cirugía General, etc.?: Si o No, para las siguientes áreas: En Hospitalización: Por Estancias. Interconsultas Intrahospitalarias, Ambulatorio: Por Primeras Visitas y Visitas Sucesivas, Interconsultas Ambulatorias, Exploraciones y Tratamientos Especiales, Intervenciones: Anestesia General, Anestesia Local, y por todas las actividades anteriores dependiendo de si el servicio es médico o quirúrgico.

38.- ¿Estas actividades son ponderadas para el cálculo de costes Unitario a través de los Costes de los Centros Principales (Medicina Interna, Cirugía General)?: Si o No.

39.- ¿Qué tipo de ponderación se utiliza?: U.R.V. (Unidades Relativas de Valor), U.B.A's (Unidades Básicas Asistenciales), U.C.A's (Unidades de Concierto Asistencial), U.P.A's (Unidades de Proceso Asistencial).

40.- ¿Se obtienen los costes unitarios de cada actividad intermedia (primeras visitas, sucesivas intervenciones, etc.) de los Servicios Principales (Medicina Interna, Cirugía, etc.): Si o No.

41.- ¿Los costes unitarios de las actividades intermedias (primeras visitas, sucesivas, etc.) se acumulan para obtener el coste por paciente?: Si o No.

42.- ¿En qué porcentaje se encuentran informatizados los siguientes servicios?: Serv. Principales (Médico/Quir), Cocina-Dietética, Servicio de Radiología, De Mantenimiento, De Análisis Clínicos, De Bioingeniería, De Hematología, De Administración, De Quirófanos, De Unidades de Hospitalización, De Anatomía Patológica.

43.- ¿Se calculan las Amortizaciones por el Inmovilizado de los Centros de Costes, para su afectación a los mismos?: Si o No.

44.- ¿Que sistemas de Información están conectados con el de Costes de los siguientes?: Conectado manualmente (M); Conectado informativamente (I); No conectado (No), para las siguientes áreas: Servicios Principales (Médico/Quirúrgicos), Documentación Clínica, Estadística Asistencial, Personal, Laboratorio de Análisis Clínicos, De Hematología,

Radiología, Anatomía Patológica, Alimentación-Dietética, Facturación, Contabilidad General. Consumos de Almacenes Generales, De Farmacia, de Unidosis, Unidades de Hospitalización.

45.- ¿Estos Sistemas de Información en el caso de proporcionar información al Sistema de Costes lo hacen por Centros de Costes y/o por pacientes?: CC= Centros de Costes. De P= Pacientes.

46.- ¿Lleva un registro de facturación por pacientes asistidos por cada servicio?: Si o No, para los siguientes conceptos: Facturación por estancias, Por visitas en cada servicio, De forma global sin ser desarrollada por servicios, Por Case-mix (GDR's, PMC's, etc.), Por Facturación y Cobros, Otros.

47.- ¿Con qué medios factura a los pacientes?: Informáticamente, Manual, Ninguno, Otros.

48.- ¿Tienen conocimiento los Servicios Asistenciales de su Facturación?: Si o No.

49.- ¿Cómo identifica la facturación de los pacientes?: Por Case-mix (GDR's, P.M.C's u otros. Estancias, Visitas, Exploraciones, Otras medidas (U.B.A's, U.P.A's, etc.).

50.- ¿Cómo clasifica la contabilización del gasto en la gestión interna?: Por partidas Presupuestarias, Por el Plan General de Contabilidad Adaptado, Otros.

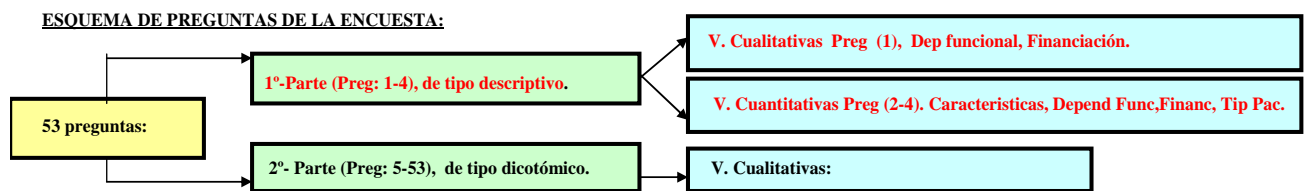
51.- ¿Se siguen estableciendo Guías o Protocolos de actuaciones Clínicas que se utilizan para el cálculo de costes por paciente?: Si o No, En implantación.

52.- ¿Dispone de un Plan de Cuentas de Contabilidad Analítica, para la Contabilidad Interna?: Si, No, En implantación.

53.- ¿Cuál es la utilidad que Usted considera sobre la Contabilidad de costes para la Gestión?: Es una Herramienta de apoyo a la toma de decisiones, Permite el Cálculo de Costes por Servicios y/o Productos, Permite analizar las Desviaciones Producidas, Otras aportaciones, No tiene utilidad alguna.

Agrupamos las preguntas según su tipología estadística y además según los temas principalmente tratados:

Ilustración 36. Esquema de preguntas de la Encuesta.



• Disposición de Contabilidades e Identificación de los Procesos Asistenciales:

Disposición de Centros de Costes, codificación, clasif, y C.M.B.D.	Preg: (5-9).
Identificación y control de los Procesos Asistenciales.	Preg: (10-16)
Información de Aplicaciones de: Personal, Almacenes, Inmovilizado.	Preg: (17-19; 22-24 y 43).

• En relación al MC, y su orientación (Costes por Centros de Coste o por Pacientes).

Modelo de Costes que aplica y procedencia: Elaboración Propia o por CCAA.	Preg (20-21).
Tipificación de la información en los Sistemas de: Rx, Q, A, C; H; A, P; Alim.	Preg: (25-28).
Obtención de Cu en los Serv Aux y si estos se Acumulan a los Costes de los Pacientes.	Preg: (29-30)
Factor utilizado y origen de las Categorías Ponderadas o U.R.V de los Servicios Auxiliares.	Preg: (31-32).
Organización e identificación de los Cuidados de Enferm, Cu y Acumulación a los Costes de los Paciente.	Preg: (33-36).
Identificación de la Activ por los Serv Médicos Principales, Unidades de Ponderación, Costes unitarios y su Acumulación.	Preg: (37-41).

• Nivel de Informatización.

% de informatización de los Servicios, conexión con el Sistema de .Costes, si es por Centro de Costes o por Paciente.	Preg: (42;44-46).
Medios de facturación, e identificación de la información a los Centros de Coste.	Preg: (47-49).
Utilización de la Guías o protocolos para la Gestión.	Preg: 51
Identificación de los Gastos, si se utiliza el P.G.C.A y utilidad de la Contabilidad de Gestión.	Preg: (50-52-53).

Además, se han generado cinco variables de tipo sumatorio, que agrupan varias de las preguntas anteriores, ponderando el peso de las respuestas, de cuyo

análisis se pretende obtener conclusiones sobre el sistema de costes aplicado por el centro hospitalario. Estas variables se enumeran a continuación:

V1: Utilización de Centros de Costes: es el resultado del sumatorio de las preguntas 7 y 8.

V2. Implantación de los centros de coste: se calcula con las dos anteriores y las preguntas 18, 20, 21, 25 a 28, 37, 39, 40 y 42 a 46.

V3: Hospitales que obtienen costes por paciente: calculada por porcentaje de respuesta afirmativa en las preguntas 30, 36 y 41.

V4: Disposición a obtener de los costes por paciente: calculada con V3 y las preguntas 7 a 11, 13 a 18, 20,21, 23, 25 a 30 y 34 a 46.

V5: Disposición a obtener costes por paciente totales. Calculada con las preguntas 7 a 13, 15 a 18, 20, 21, 23, 25 a 30 y 34 a 46

Véase tabla 30 de ponderaciones de cada una de las preguntas respecto a cada una de las variables sumatorias.

El cuestionario fue remitido por correo postal por el Departamento de Contabilidad de la Facultad de Economía de Valencia. El mismo cuestionario también fue remitido a algunos hospitales de países del resto de Europa en inglés y en francés.

Tabla 30. Ponderaciones correspondientes a las preguntas de la Encuesta.

ORD	CUADRO DE PREGUNTAS	POND	V-V.1	V-V.2	V-V.3	V-V.4	V-V.5
7,-	¿Dispone de Centros de Costes debidamente codificados?: Sí o No	1	V1	V2		V4	V5
8,-	¿Como clasifica sus Centros de Coste?: Princ; Aux; Otros.	1	V1	V2		V4	V5
9,-	¿Dispone de Conjunto mínimo básico de datos (C.M.B.D.): Si-No-En Imp	1				V4	V5
10,-	¿Como identifica el Proceso de Hospitalización?:	1				V4	V5
11,-	¿Como ident el Proc de Hosp por C-Mix, qué clasif usa?: (1)	2				V4	V5
12,-	¿Como identifica el proceso ambulatorio del Hospital?: A.P.G;AVG;Wonca; Visitas Ot	1					V5
13,-	¿Controla la Adm de Pac en las siguientes Áreas?: Si o No (2)	8				V4	V5
14,-	¿Dispone de Archivo Clínico Centralizado?: Si o No.	1				V4	V5
15,-	¿Se codifican los Proc Asist de Hospit y/o ambulatorios?: Si o No - Hosp; Amb	1				V4	V5
16,-	¿Se procesa el contenido de las H C para el cálculo de costes?: Si o No.	1				V4	V5
17,-	¿La aplic infor de Pers permite calcular?: N y S S; Asig de los costes de Pers los C C;No (3)	2				V4	V5
18,-	¿Disponen los AG de Cat de Prod y/o Serv?: A Gen- A.Farm;Estruc; Sin Estruc;No (4)	2		V2		V4	V5
19,-	El S I del Hospital ha sido diseñado por: I.B.M; M.S.C; 3M; S.M.S; Elab propia; Otros.	0					
20,-	¿Qué Mod de Costes aplica para la Cont de Gestión?: -F-C-C-D-Imp Rac;Estand; ABC;Ot	1		V2		V4	V5
21,-	¿El mod de C utiliz tiene nombre propio en su CCAA u Hospital?: Mod COAN; SIGN; SIE; Ot.	1		V2		V4	V5
22,-	¿Se realizan inv al menos anuales en los A de F y A G?: Si o No; para A G; F	0					
23,-	¿Dispone la distrib de Farm de Dosis Unitarias?: Si o No	1				V4	V5
24,-	¿Cómo Gest la Unidosis?: M; M e Informat; Informat; Ot.	0					
25,-	¿Como tipif la infor el Serv de RX?: Por N° de Pr; Por cat; Por categ Pond; Otros.	1		V2		V4	V5
26,-	¿Cómo tipif la información los Q?: Por N° Interv; Por catg; Por Categ Pond; Otros.	1		V2		V4	V5
27,-	Como tipif la infor el Serv de A C; Hem; An Pat;N° de Pr; Catág; Categ Pond; Otros.(5)	3		V2		V4	V5
28,-	¿Tiene el Serv de Alim catg de Prod y/o Serv?:Estruct (Codif);Sin Estr;Ot	1		V2		V4	V5
29,-	¿Si utiliz catg Pond o U.R.V en los Serv Aux, para los Prod int C.u?:Si o No (6)	6				V4	V5
30,-	¿Los C.u obt de los Serv Aux se Acum al C.Pac?: Si o No.	1			V3	V4	V5
31,-	¿Las Catg Pond o U.R.V de los Serv Aux son Prop o del S.S CCAA?: Si o No.	0					
32,-	¿Si las U.R.V utilizadas son propias se calculan en base al factor?:TM;TE;TMAq;CSG	0					
33,-	¿Cómo se org en su Hospital los C. de Enf?Dentro de S Méd;Unid de Hosp; Ot.	0					
34,-	¿Cómo se ident los Proc de Enf?: Por Estancias;Est Espec;N. de Cuid;Ot	1				V4	V5
35,-	¿Se calculan C.u de los Proc de Enf?: Si o No	1				V4	V5
36,-	¿Se Acum los costes de los Proc de Enf a los Pac?: Si o No	1			V3	V4	V5
37,-	¿Cómo ident la Act de los Serv M o CCP?: Si o No: En Hosp::Exp y TE; Interv, s/Serv?	1		V2		V4	V5
38,-	¿Estas Act son pond para el calculo de C.u de los C de C P?: Si o No.	1				V4	V5
39,-	¿Que tipo de pond se utiliza?: U.R.V; U.B.A's; U.C.A's; U.P.A's	1		V2		V4	V5
40,-	¿Se obtienen los C.u de cada Act Interm de los S P?: Si o No.	1		V2		V4	V5
41,-	¿Los C.u de las Act Interm de los S.P.M se acum para obtener el C por Pac?: Si o No.	1			V3	V4	V5
42,-	¿En qué porcentaje se encuentran informatz los Serv?: (7)	11		V2		V4	V5
43,-	¿Se calculan las Amortiz lnm de los CC, para su afectación a los mismos?: Si o No.	1		V2		V4	V5
44,-	¿Que SI están conectados con el de Costes de los siguientes?: (M):-(); (No), (8)	15		V2		V4	V5
45,-	¿Estos S.I proporcionan infor al SC por CC y/o por Pac?: CC-Pac (8)	15		V2		V4	V5
46,-	¿Lleva un registro de Fact por Pac por cada Serv?: Si o No,	1		V2		V4	V5
47,-	¿Con qué medios Fact a los Pac?: Informat; M; Ninguno; Otros.	0					
48,-	¿Tienen conocimiento los Serv Asist su Fact?: Si o No.	0					
49,-	¿Cómo ident la Fact de los Pac?: Por C-Mix (G., P.M.C).Est-V; Ot Med (U.B.A.s-U.P.A.s-etc).	0					
50,-	¿Cómo clasifica la Contabil del gasto en la Gest Int?: Por partidas Presup; PGC-CAS; Ot.	0					
51,-	¿Se Establecen G o Prot C ara el cálculo de C.Pac?: Si o No; En impl	0					
52,-	¿Dispone de Plan de C.A para la Cont Int?: Si, No; En impl	0					
53,-	¿Cuál es la utilidad de la Contabilidad de costes para la Gestión?: (9)	0					
	Suma de Puntos en cada Pregunta		100%	100%	100%	100%	100%
V1	Utilización de los centros de costes preg; 7 y 8,						
V2	% Implantación de C.C, y obtención de C.u (tip de la infor) de los Serv Aux y Princ,ponderando Act y considerando el Nivel de Infor y su conexión con el S.C. preg; 7, 8, 18, 20, 21, (25 a 28), 37, 39, 40 y (42 a 46),						
V3	% de hospitales para la obtención de Costes por pacientes preg; (29, 36, 41),						
V4	% Disposición o preparación para obtener C.Pac, considerando las preg; (7-11), 14, (15-18),20,21,23, (25-30) y (34-46)						
V5	Considerando los aspectos ant se determinará el % de disposición para obtener Costes Totales por Paciente. preg; (7-13);(15-18);20,21,23,(25-30),(34-46)						
1	G.D.R's v (A.P.HCFA)-----P.M.C's						
2	Hospit---Amb---Urg---RX---A C---He---A Pat---Qui.						
3	N y S S; Asig de los costes de Personal los C C						
4	A.G---A.F						
5	A C---Hem---A.Pat						
6	RX---Q---A.C---Hem---A.Pat---Diet						
7	Serv. P---Rx---A C---Hem---Q---A Pat---Dietética---Mant---Bioing---Adm---U.H;						
8	Serv. P---Doc Cl---Est Asist---Pers---A.C--- Hem---RX---A.P---Dietética---Fact---C.G---Cs AG---Cs Farm---Cs Unid---U-H						
9	Herram de Apoy T.D---Calculo de Costes---Desv---Ot						

V.4. METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

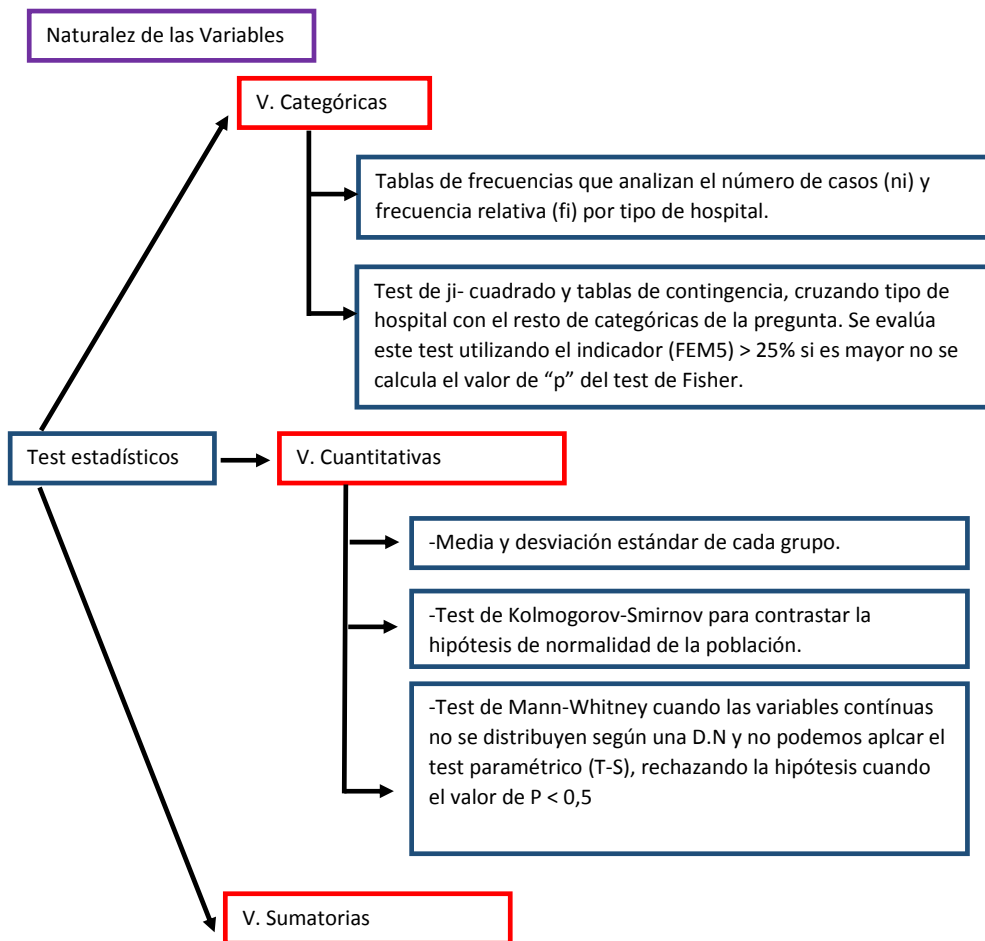
Para el tratamiento de los resultados y en función de la naturaleza de las variables (cuantitativas, cualitativas o sumatorias) y de su comportamiento matemático. Se han utilizado los siguientes test estadísticos:

1. Para las variables cuantitativas y sumatorias:

- Media y desviación estándar de cada grupo.
- Test de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov. La asunción de normalidad es un común denominador en todo análisis estadístico. De ahí que se aplique esta prueba estadística para contrastar la hipótesis de normalidad de la población.
- Test no paramétricos: Mann-Whitney (2 grupos) en los casos en los que las variables continuas no se distribuyen según una distribución normal y por ello no podemos aplicar el test paramétrico t- Student y considerando que existen diferencias estadísticamente significativas entre los hospitales públicos y privados, rechazaremos la hipótesis nula cuando el valor de p sea inferior a 0.05. Ver ilustración 37.

Las variables sumatorias se obtienen sumando contestaciones positivas. Son variables que provienen del cálculo del porcentaje del sumatorio de respuestas afirmativas de determinadas preguntas. Se considera una contestación positiva en una variable dicotómica a las respuestas afirmativas, en otro tipo de variables cualitativas, se considera respuesta positiva a la respuesta dada, es decir, aquella que es contestada, en cada una de las subpreguntas que la forman.

Ilustración 37. Tests utilizados en el análisis de preguntas de la Encuesta.



La fórmula aplicada al efecto de la obtención de resultados considerando las ponderaciones establecidas respecto a las preguntas que agrupan es la siguiente:

- **% Grado de Disposición = N° de Puntos por Respuestas positivas / N° Total puntos de Preguntas.**
- **% Grado de no Disposición = N° de Puntos de Respuestas Negativas / N° Total puntos de Preguntas.**

2. Para las variables cualitativas:

- Tablas de frecuencias de variables categóricas, que nos permite analizar de forma descriptiva dichas variables. Estas tablas muestran el número de casos (n_i) frecuencia absoluta y el porcentaje que supone este

número (f_i) frecuencia relativa respecto al total por cada tipo de hospital.

- Test de ji-cuadrado χ^2 y tablas de contingencia en los cruces de variables categóricas. Concretamente se cruzan tipo de Hospital (Público, Privado) con el resto de variables cualitativas, de lo que resultan tablas 2x2 y 2xr según el caso.

Este test (ji-cuadrado) permite determinar si existe dependencia entre la variable tipo de hospital y la variable que supone cada una de las preguntas de la encuesta.

Su fiabilidad puede evaluarse mediante el indicador "Porcentaje de frecuencias esperadas menores a cinco" (FEM5) el cual tiene que ser inferior al 25 %, si esto no es así no se refleja el valor de "p", valor resultante del test de Fisher.

Las tablas de contingencia son una técnica de análisis de datos que tiene como función resumir la relación entre variables cualitativas (Sánchez, J.J. 1992: 23).

El contraste de hipótesis se basa en:

H0: (Hipótesis nula), el resultado de hospitales públicos y privados son iguales con una confianza del 95 %.

H1: (Hipótesis alternativa), los resultados de hospitales públicos y privados son diferentes significativamente con una confianza del 95 %.

Como soporte informático del tratamiento de la información obtenida de las respuestas se ha utilizado el programa estadístico (Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 10.0.

V.5. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA OBTENIDA.

V.5.1. PERIODO DEL ESTUDIO.

La encuesta fue formulada a hospitales públicos y privados de España y del resto de Europa durante los años 2003-2005. Es este un periodo que puede considerarse estable por ser previo a la crisis económica que han sufrido buena parte de las economías europeas y que probablemente ha influido en las organizaciones y sus sistemas de información. Los estudios que puedan realizarse en años venideros, cuando se haya superado definitivamente la crisis, podrían encontrar una buena base comparativa en el estudio presente.

V.5.2. HOSPITALES ESPAÑOLES ENCUESTADOS.

Por lo que se refiere al ámbito territorial español, la encuesta se dirigió tanto a los hospitales públicos como privados, relacionados en el Catálogo nacional de hospitales (MSC, 1999).

Tabla 31. Hospitales por Comunidad Autónoma y finalidad asistencial.

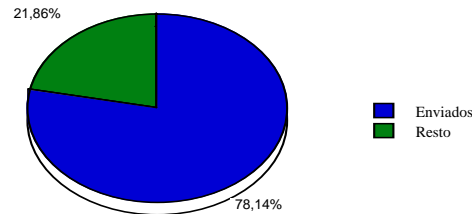
Comunidad Autónoma	Total	General	Quirúrgico	Matern Inf	Monográfico	Psiquiátrico	Geriátrico	Otros
Total	787	471	72	13	42	86	96	7
Andalucía	87	67	9	0	4	5	2	0
Aragón	27	16	1	0	0	6	4	0
Asturias	20	14	1	0	0	3	2	0
Baleares	25	18	1	0	4	1	1	0
Canarias	50	27	2	1	3	4	13	0
Camtabria	10	6	0	0	1	2	1	0
Castilla-León	31	19	3	0	3	5	0	1
Castilla La M	57	38	6	0	0	9	4	0
Cataluña	173	85	14	4	8	15	46	1
Com.Valenc	62	40	5	2	5	5	4	1
Extremadura	19	13	4	0	0	2	0	0
Galicia	55	34	6	3	5	6	1	0
Madrid Com	75	33	16	3	6	9	7	1
Murcia	24	15	2	0	1	2	3	1
Navarra	14	9	0	0	1	3	0	1
Pais Vasco	50	29	2	0	1	9	8	1
Rioja	4	4	0	0	0	0	0	0
Ceuta	2	2	0	0	0	0	0	0
Melilla	2	2	0	0	0	0	0	0

Fuente: Catálogo Nacional de hospitales (CNH). Actualizado a 31-XII-99. INE.

La representatividad de los hospitales españoles a los que se dirige la encuesta, basándonos en las camas hospitalarias, es del 78.14 %, habiéndose

seleccionado aquellos hospitales que tenían un número de camas por encima de las 50, es decir un total de 615 hospitales.

Ilustración 38. Representatividad de la encuesta enviada respecto al total de hospitales españoles.



V.5.3. RESPUESTAS OBTENIDAS DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES.

Han respondido 195 hospitales que corresponden al 31,7% de lo enviado, y que representan el 24,7% de los hospitales nacionales. Tanto en España como en Europa, según veremos posteriormente, son los hospitales públicos los que han respondido mayoritariamente.

Todos los hospitales han sido clasificados según la naturaleza de los pacientes asistidos en el hospital (Pregunta 4), es decir si son generales, crónicos, agudos, psiquiátricos y otro tipo. Las respuestas obtenidas han sido:

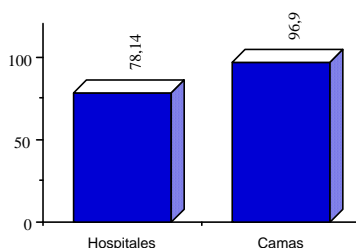
- **Hospitales Generales:** Un 62,3% y el 58,6% respectivamente, para públicos y privados.
 - **Hospitales de Agudos:** Un 19,2% y un 15,5% respectivamente para públicos y privados.
 - **Hospitales Crónicos:** Un 11,5% y un 8,6% respectivamente, para públicos y privados.
 - **Psiquiátricos:** Un 2,3 % y un 3,4 % respectivamente para públicos y privados.
 - **Otros:** Un 4,7 % y un 13,9 % respectivamente para públicos y privados.
- A nivel nacional: Las FEM5 suponen el 30%.

Tabla 32. Pregunta 4. ¿Cuál es la naturaleza de los pacientes asistidos en el hospital que usted dirige?

PREGUNTA 4º ¿Cuál es la naturaleza de los pacientes asistidos en el hospital que usted dirige?			ESPAÑA					
			GENERAL	CRONICOS	AGUDOS	PSIQUIATRICOS	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	81	15	25	3	6	130
		% fi	62,3%	11,5%	19,2%	2,3%	4,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	34	5	9	2	8	58
		% fi	58,6%	8,6%	15,5%	3,4%	13,9%	100,0%
TOTAL		nl	115	20	34	5	14	188
		% fi	61,2%	10,6%	18,1%	2,7%	7,4%	100,0%
Las FEM5 suponen el 30%.								
			RESTO U.E					
			GENERAL	CRONICOS	AGUDOS	PSIQUIATRICOS	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	41	1	1	10	0	53
		% fi	77,4%	1,9%	1,9%	18,8%	0,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	0	0	3	0	9
		% fi	66,7%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	47	1	1	13	0	62
		% fi	75,8%	1,6%	1,6%	21,0%	0,0%	100,0%
A NIVEL EUROPEO; Las FEM5 =62,5%, test de la ji-cuadrado no tiene validez								

Si convertimos estos datos en camas, se puede observar que la encuesta enviada inicialmente supone el 96,9% del total nacional de camas hospitalarias (168.048 totales y 162.961 los hospitales de la encuesta).

Ilustración 39. Representatividad de la encuesta respecto a hospitales enviados y al porcentaje de camas correspondiente en el total nacional.



La respuesta por Comunidades Autónomas se presenta en la tabla 33. Por provincias destaca Granada con un 86%, seguida de Valencia (76%), Baleares y Sevilla con un 75%, Palencia con un 67%, Castellón y Córdoba (60%), descendiendo hasta el 50% en Orense, Albacete y Zamora. A destacar la menor respuesta de Madrid, Guipúzcoa y Barcelona (29%), siendo todavía menor en provincias como Cantabria (11%) y Cádiz (8%), y siendo nula en Cuenca, Guadalajara, Toledo, Cáceres, Badajoz y Vizcaya.

Las respuestas obtenidas corresponden a 133 hospitales públicos (68,2%) y 62 hospitales privados (31,8%), tal y como figura en el total de respuestas de la (Pregunta 2), siendo el desglose por provincias el detallado en la tabla 33.

De los 787 hospitales españoles que suman un total de 168.048 camas, 307 son públicos (39%) con 109.231 camas (65%), 440 privados (56%) con 50.415 camas (30%), 16 de defensa (2,03%) con 6.722 camas (4%) y 24 de mutuas (3%) con 1.680 camas (0,09%).

Ilustración 40. Grafico representativo del % de respuestas total y por Provincias de España.

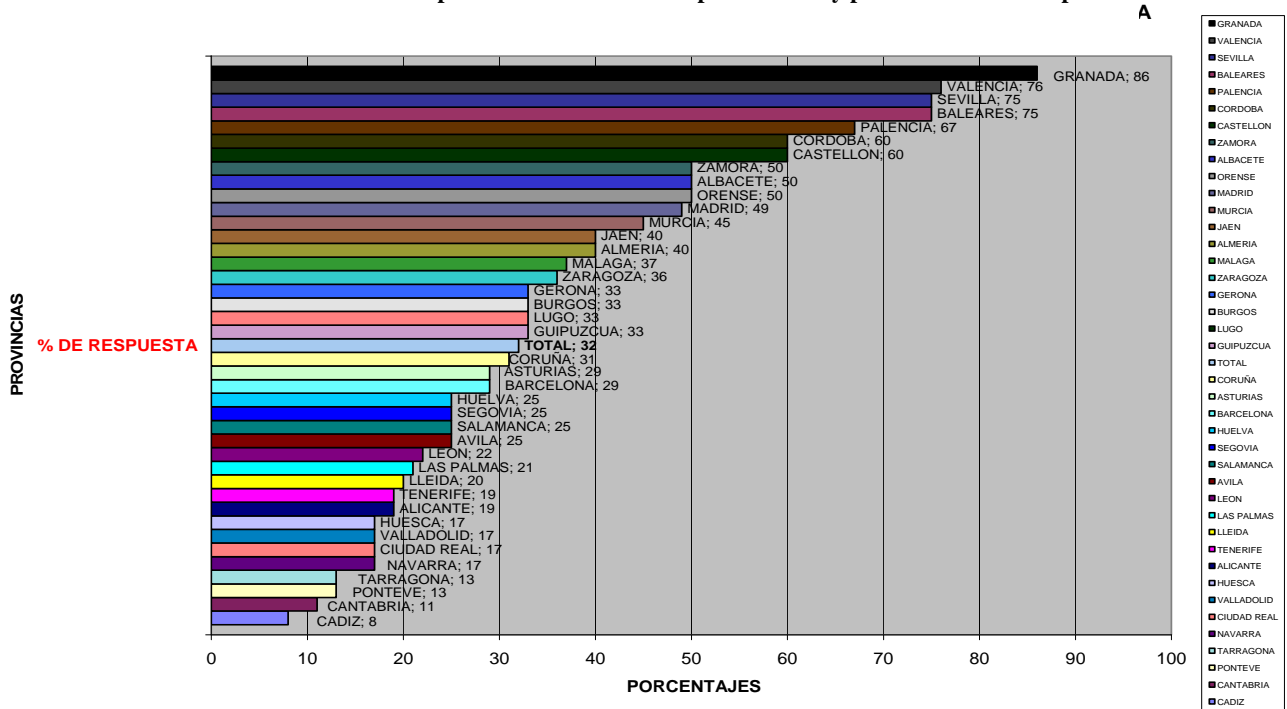


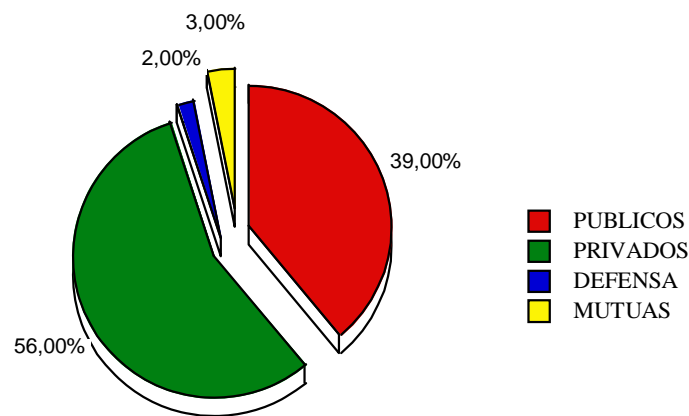
Tabla 33. De Encuestas recibidas por Provincias de España.

CUADRO DE ENCUESTAS RECIBIDAS POR COMUNIDADES AUTONOMAS DE ESPAÑA							
COMUNIDAD	H.TOT	H.E	C.T	C.E	H.T.E	% R.H.T	% R. ENC
*MADRID	73	63	23.851	23.571	31	0,42	0,49
*MURCIA	23	20	3.939	3.821	9	0,39	0,45
*NAVARRA	14	12	2.711	2.679	2	0,14	0,17
*PAIS VASCO							
ALAVA	7	6	1.516	1.474		0,00	0,00
GUIPUZCUA	20	18	3.610	3.525	6	0,30	0,33
VIZCAYA	24	17	4.402	4.172		0,00	0,00
*VALENCIANA							
ALICANTE	23	16	4398	4224	3	0,13	0,19
CASTELLON	9	5	1264	1173	3	0,33	0,60
VALENCIA	26	21	7110	6960	16	0,62	0,76
*EXTREMAD							
BADAJOS	10	9	2628	2588		0,00	0,00
CACERES	8	5	1789	1733		0,00	0,00
*GALICIA							
CORUÑA	20	13	4750	4534	4	0,20	0,31
LUGO	7	6	1389	1349	2	0,29	0,33
ORENSE	9	6	1474	1425	3	0,33	0,50
PONTEVE	25	16	3582	3316	2	0,08	0,13
*CAS LA MAN							
ALBACETE	6	4	1163	1101	2	0,33	0,50
CIUDAD REAL	8	6	1594	1492	1	0,13	0,17
CUENCA	3	2	491	462		0,00	0,00
GUADALAJ	6	4	972	889		0,00	0,00
TOLEDO	8	5	1556	1501		0,00	0,00
AVILA	5	4	1048	1015	1	0,20	0,25
BURGOS	10	9	1794	1794	3	0,30	0,33
LEON	11	9	2321	2272	2	0,18	0,22
PALENCIA	5	3	909	839	2	0,40	0,67
SALAMANCA	6	4	1647	1624	1	0,17	0,25
SEGOVIA	4	4	655	655	1	0,25	0,25
SORIA	3	3	444	444		0,00	0,00
VALLADOLID	8	6	1888	1823	1	0,13	0,17
ZAMORA	4	2	603	537	1	0,25	0,50
*CATALUÑA							
BARCELONA	122	97	23802	22973	28	0,23	0,29
GERONA	20	12	2456	2197	4	0,20	0,33
LLEIDA	14	10	1309	1203	2	0,14	0,20
TARRAGONA	21	16	3970	3826	2	0,10	0,13
*ARAGON							
HUESCA	7	6	858	832	1	0,14	0,17
TERUEL	4	4	696	696		0,00	0,00
ZARAGOZA	16	14	4551	4473	5	0,31	0,36
*BALEARES							
BALEARES	21	16	3398	3230	12	0,57	0,75
CANARIAS						0,00	0,00
LAS PALMAS	22	19	4128	4026	4	0,18	0,21
TENERIFE	27	21	4267	4093	4	0,15	0,19
*CANTABRIA							
CANTABRIA	11	9	2837	2779	1	0,09	0,11
C.ANDALUZA							
ALMERIA	6	5	1334	1308	2	0,33	0,40
CADIZ	14	12	4072	4052	1	0,07	0,08
CORDOBA	5	5	2160	2160	3	0,60	0,60
GRANADA	7	7	2801	2801	6	0,86	0,86
HUELVA	6	4	1515	1471	1	0,17	0,25
JAEN	7	5	1694	1635	2	0,29	0,40
MALAGA	22	19	4647	4576	7	0,32	0,37
SEVILLA	18	12	5721	5577	9	0,50	0,75
ASTURIAS	23	17	4851	4674	5	0,22	0,29
RIOJA	5	3	948	852	0	0,00	0,00
CEUTA Y M	4	4	535	535	0	0,00	0,00
TOTALES	787	615	168.048	162.961	195	0,25	0,32
H. TOT	Nº DE HOSPITALES TOTALES						
H.E	Nº HOSPITALES ENCUESTADOS						
C.T	Nº DE CAMAS HOSPITALES DE ESPAÑA						
C.E	Nº DE CAMAS HOSPITALES ENCUESTADOS						
H.R.E	Nº ENCUESTAS RECIBIDAS						
% R.H.T	% DE ENCUESTAS RECIBIDAS SOBRE EL TOTAL DE HOSPITALES DE ESPAÑA						
% R.ENC	% DE ENCUESTAS RECIBIDAS SOBRE LAS ENVIADAS.						

Tabla 34. De Número de Hospitales por su clasificación y número de Camas.

	Nº hospitales	Nº camas
H. Públicos	307	109.231
H. M. Defensa	16	6.722
H. Privados	440	50.415
H. Mutuas	24	1.680
	787	168.048

Ilustración 41. Distribución de hospitales en España.



V.5.4. HOSPITALES ENCUESTADOS EN EL RESTO DE EUROPA Y RESPUESTAS OBTENIDAS.

Respecto a los hospitales del resto de Europa se seleccionaron 467 hospitales europeos del directorio del Health European Council, obteniéndose 62 respuestas (53 hospitales públicos por 9 hospitales privados), que suponen un 13.2% de respuesta total. Tabla 32.

Respecto a los datos estadísticos obtenidos de los hospitales del resto de Europa, consideramos que aportan una información interesante para nuestro estudio y dejamos para futuros trabajos la obtención de una muestra mayor y más representativa de estos hospitales.

Tabla 35. Porcentaje de Encuestas Europeas recibidas.

CUADRO DE ENCUESTA EUROPEA					
PAISES	HOSP MUEST	E.ENVIADAS	% ENV/H.T MUEST	E.RECIBIDAS	% RESP DE (RECIB / ENV)
BELGICA	302	28	9,27%	5	0,18
DINAMARCA	90	28	31,11%	4	0,14
FINLANDIA	334	28	8,38%	7	0,25
FRANCIA	2.957	28	0,95%	6	0,21
ALEMANIA	2.381	34	1,43%	7	0,21
GRECIA	337	28	8,31%	2	0,07
IRLANDA	103	28	27,18%	5	0,18
ITALIA	1.963	27	1,38%	5	0,19
LUXEMBURGO	18	15	83,33%	2	0,13
NORUEGA	88	53	60,23%	5	0,09
PORTUGAL	179	54	30,17%	5	0,09
SUECIA	117	30	25,64%	2	0,07
SUIZA	688	58	8,43%	4	0,07
REINO UNIDO	2.194	28	1,28%	3	0,11
TOTAL	11.751	467	3,974%	62	13,28%

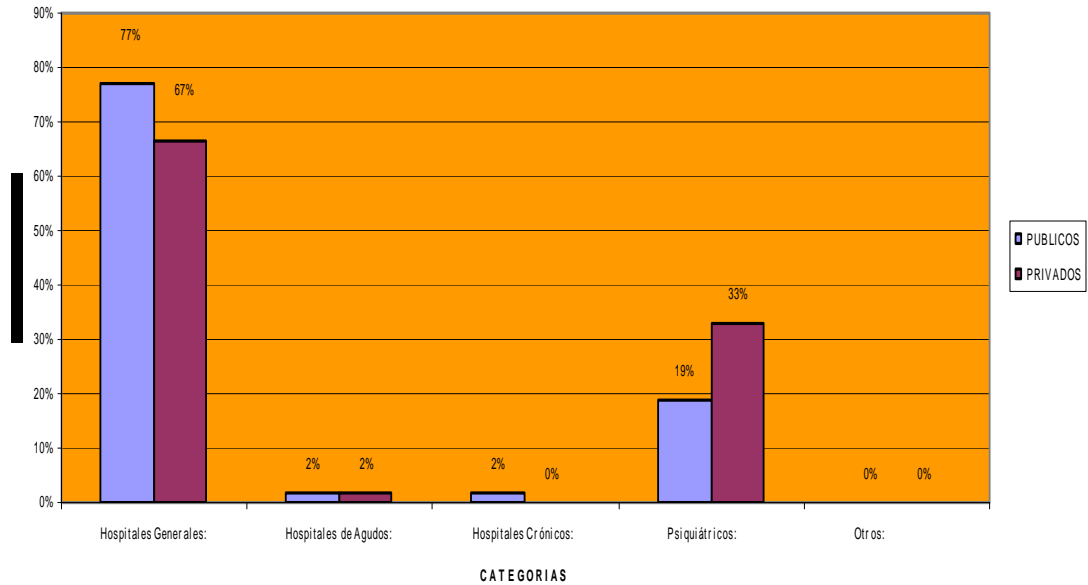
FUENTE: INTERNATIONAL HOSPITAL FEDERATION 1994
 GUIDE TO HEALTH SERVICES OF THE WORLD
 HOSPITAL SERVICES IN THE EC HOSPITAL
 COMMITTEE OF THE EUROPEAN COMMUNITY (BELGIUM) 1993

Dentro de los hospitales públicos y privados los clasificamos según la naturaleza de los pacientes asistidos en el hospital (Pregunta 4), es decir si son generales, crónicos, agudos, psiquiátricos y otro tipo.

- **Hospitales Generales:** Un 77,4% y el 66,7% respectivamente, para públicos y privados.
- **Hospitales de Agudos:** Un 1,9% y un 0% respectivamente para públicos y privados.
- **Hospitales Crónicos:** Un 1,9 % y un 0 % respectivamente, para públicos y privados.
- **Psiquiátricos:** Un 18,8 % y un 33,3 % respectivamente para públicos y privados.
- **Otros:** Un 0 % y un 0 % respectivamente para públicos y privados.

A nivel europeo. Las FEM5 =62,5%, test de la ji-cuadrado no tiene validez.

Ilustración 42. Representación Gráfica por categorías de Hospitales de Encuestas recibidas.



Tanto en España como “Resto de Europa”, son los “Hospitales Públicos” los que han respondido mayoritariamente.

V.5.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS.

Resultados de la encuesta en España y Europa por tipo de Hospital (Publico/Privado): ver tabla 36.

En relación con las características del hospital se presenta el valor de la media en cada caso (valor promedio de las observaciones) y de la desviación estándar de la media (medida de dispersión de los datos alrededor de la media). La cifra de Presupuesto total se expresa en miles de millones.

Tabla 36. Características de los Hospitales Españoles y del resto de Europa.

PREGUNTA 1ª. Características de los hospitales:		
VARIABLE	ENCUESTA ESPAÑA	ENCUESTA RESTO EUROPA
I.a. Tamaño (nº camas)		
	Público: 478,1 ± 395,7 (faltantes: 30,3%)	Público: 957,2 ± 1082,5
	Privado: 255,8 ± 355,1 (faltantes: 16%)	Privado: 437,1 ± 248,9
	Contraste de hipótesis: p=0,0006 (diferencias significativas).	Contraste de hipótesis: p=0,037 (diferencias significativas).
I.b. Estancias anuales:		
	Público: 127,5 ± 107,1 (faltantes: 30,3%)	Público: 279,3 ± 878,8
	Privado: 51,7 ± 49,4 (faltantes: 27,6%)	Privado: 33,1 ± 33,3
	Contraste de hipótesis: p=0,0002 (diferencias significativas).	Contraste de hipótesis: p=0,114 (diferencias NO significativas).
I.c. Personal médico:		
	Público: 227,9 ± 235,7 (faltantes: 30,3%)	Público: 844,3 ± 1105,5
	Privado: 87,3 ± 69,1 (faltantes: 27,6%)	Privado: 157,8 ± 182,8
	Contraste de hipótesis: p=0,0000 (diferencias significativas).	Contraste de hipótesis: p=0,077 (diferencias NO significativas).
I.d. Personal total:		
	Público: 1450,9 ± 1447,4 (faltantes: 30,3%)	Público: 2303,5 ± 1881,7
	Privado: 403,6 ± 489,5 (faltantes: 27,6%)	Privado: 1116,1 ± 713,1
	Contraste de hipótesis: 0,0000 (diferencias significativas).	Contraste de hipótesis: 0,090 (diferencias NO significativas).
I.e. Presupuesto total (miles de millones):		
	Público: 9,91 ± 9,56 (faltantes: 30,3%)	Público: 33,8 ± 123,4
	Privado: 3,38 ± 3,88 (faltantes: 27,6%)	Privado: 3,2 ± 0,8
	Contraste de hipótesis: p=0,0000 (diferencias significativas).	Contraste de hipótesis: p=0,259 (diferencias NO significativas).

En España las diferencias que se observan en el tamaño de los hospitales públicos y privados de la muestra pueden ser debidas al azar en un 0,06%, es decir, aceptamos la hipótesis alternativa que hace referencia a que estas diferencias se deben a las características propias de cada uno de los tipos de hospital.

A nivel europeo las estancias observadas en ambos hospitales no se diferencian estadísticamente hablando, es decir, el hecho del tipo de hospital, no influye en la estancia anual. La dispersión de los datos alrededor de la media en la encuesta europea es enorme, sobre todo en los hospitales públicos, por lo que el resultado del test de Mann-Whitney en cada caso resultó no significativo a excepción del nº de camas.

En España, los hospitales públicos más representados son los que tienen dependencia del Insalud 24.1% y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas 51.1%, respecto a los hospitales privados un 14,5% respecto de la Iglesia y de otras dependencias un 64.5%. Respecto a los Hospitales del resto de Europa no han respondido a dicha clasificación y se observa una gran predominancia de los hospitales públicos frente a los privados.

Tabla 37. Pregunta 2. ¿Cuál es su dependencia funcional?

PREGUNTA 2ª ¿Cuál es su dependencia funcional?		ESPAÑA							
		Iglesia	Municipio	Fundación	Insalud	Servsalud	Otras	TOTAL	
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	0	4	3	32	68	26	133
		% fi	0,0%	3,0%	2,3%	24,1%	51,1%	19,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	9	1	6	4	2	40	62
		% fi	14,5%	1,6%	9,7%	6,5%	3,2%	64,5%	100,0%
TOTAL		nl	9	5	9	36	70	66	195
		% fi	4,6%	2,6%	4,6%	18,5%	35,9%	33,8%	100,0%
(FEM5) es del 40% por lo que el test de la ji-cuadrado no lo podemos calcular									
		RESTO U.E							
		Iglesia	Municipio	Fundación	Insalud	Servsalud	Otras	TOTAL	
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	0	0	0	0	0	0	53
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	PRIVADO	nl	0	0	0	0	0	0	9
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL		nl	0	0	0	0	0	0	62
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Ilustración 43. De respuestas por tipo de Hospital.

GRAFICO DE RESPUESTAS POR TIPO DE HOSPITAL

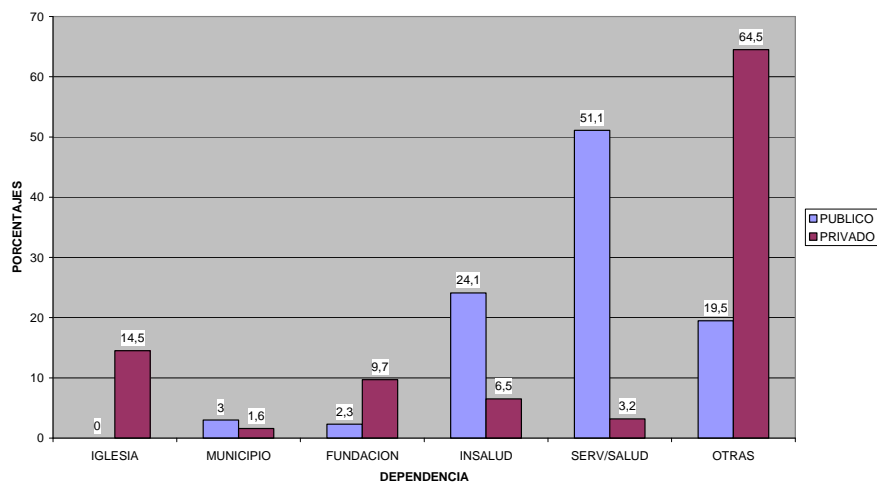
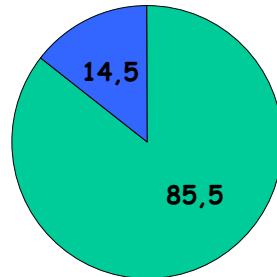


Tabla 38. Pregunta 3. ¿Cuál el tipo de financiación de su hospital?

PREGUNTA 3ª ¿Cuál el tipo de financiación de su hospital?:		ESPAÑA					
		PUBLICO	PRIVADO	MIXTA	OTROS	TOTAL	
HOSPITALES CON FINANCIACION	nl	133	33	20	9	195	
	% fi	68,2%	16,9%	10,3%	4,6%	100,0%	
	TOTAL	133	33	20	9	195	
		% fi	68,2%	16,9%	10,3%	4,6%	100,0%
Variable de Referencia							
		RESTO U.E					
		PUBLICO	PRIVADO	MIXTA	OTROS	TOTAL	
HOSPITALES CON FINANCIACION	nl	44	6	3	9	62	
	% fi	71,0%	9,7%	4,8%	14,5%	100,0%	
	TOTAL	44	6	3	9	62	
		% fi	71,0%	9,7%	4,8%	14,5%	100,0%
Variable de Referencia							

A nivel Europeo son los hospitales públicos los que más contestan frente a los privados.

Ilustración 44. % De respuestas por tipo de hospital obtenida en la encuesta europea.



Se observa una gran predominancia de los hospitales públicos frente a los privados.

Tabla 39. Pregunta 4. Datos sobre Hospitales Europeos: Numero, Camas y Personal.

DATOS SOBRE HOSPITALES EUROPEOS			
PAISES	HOSPITALES	CAMAS	PERSONAL
BELGICA	302	60.200	12.439
BULGARIA	11	2.827	575
CHIPRE	10	3.405	6.639
REP.CHECA	252	92.690	75.789
DINAMARCA	90	24.412	74.829
FINLANDIA	334	56.992	103.854
FRANCIA	2.957	332.003	212.524
ALEMANIA	2.381	646.995	882.449
GRECIA	337	40.675	87.855
HUNGRIA	918	101.954	115.563
ISLANDIA	49	3.050	12.200
IRLANDA	103	13.709	51.700
ITALIA	1.963	388.151	776.302
LITUANIA	71	7.855	6.423
LUXEMBURGO	18	2.746	3.834
P.BAJOS	611	147.842	229.045
NORUEGA	88	16.258	46.372
POLONIA	686	217.422	331.244
PORTUGAL	179	37.278	61.929
RUMANIA	398	154.521	142.067
ESPAÑA	787	168.048	323.446
AUSTRIA	333	77.970	28.170
SUECIA	117	82.854	165.708
SUIZA	688	69.551	143.210
TURKIA	850	101.414	202.828
R.UNIDO	2.194	353.104	1.021.245
TOTAL	16.727	3.203.926	5.118.239

FUENTE: INTERNATIONAL HOSPITAL FEDERATION 1994
GUIDE TO HEALTH SERVICES OF THE WORLD
HOSPITAL SERVICES IN THE EC HOSPITAL
COMMITTEE OF THE EUROPEAN COMMUNITY (BELGIUM) 1993

V.6. RESULTADOS MÁS SIGNIFICATIVOS.

Vamos a exponer pormenorizadamente los resultados obtenidos en el estudio empírico realizado con la siguiente estructura: distinguiremos los hospitales por su financiación pública o privada, puesto que uno de los objetivos del estudio es vincular los resultados al tipo de financiación, además puesto que se ha realizado un doble estudio, en España y en el resto de la U.E, mostraremos, para cada uno, el número de respuestas obtenidas en cada una de las preguntas planteadas, o sea la frecuencia absoluta (ni), así como el valor del porcentaje de la frecuencia relativa (% fi). Finalmente indicaremos si los resultados obtenidos son significativos para cada uno de los tipos de hospital según su financiación.

V.6.1. VARIABLES CUALITATIVAS.

Exponemos cada pregunta, con su número, para extraer conclusiones de las respuestas.

Tabla 40. Pregunta 5. ¿Qué tipo de contabilidad financiera se desarrolla en su hospital?

5º. ¿Qué tipo de contabilidad financiera se desarrolla en su hospital?			ESPAÑA	ESPAÑA	ESPAÑA	ESPAÑA	ESPAÑA
			Adaptación del Plan General de Contabilidad a los centros de asistencia sanitaria (PGCCAS):	Plan General de Contabilidad del Sector Público adaptado a la Seguridad Social (PGCSS):	Control de Presupuesto de fondos públicos (CP):	Otro procedimiento:	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACIÓN	PUBLICO	ni	43	32	46	3	124
		% fi	34,7%	25,8%	37,1%	2,4%	100,0%
	PRIVADO	ni	47	26	3	0	76
		% fi	82,5%	12,3%	5,2%	0,0%	100,0%
TOTAL		ni	90	39	49	3	181
		% fi	49,7%	21,5%	27,1%	1,7%	100,0%
Las FEM5 son el 45% el test no es valido							
			RESTO DE E.U	RESTO DE E.U	RESTO DE E.U	RESTO DE E.U	RESTO DE E.U
			SI	SI	SI	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACIÓN	PUBLICO	ni	0	0	0	0	0
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	PRIVADO	ni	0	0	0	0	0
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL		ni	0	0	0	0	0
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Solo contestaron a esta pregunta los Hospitales Españoles ya que los del resto de Europa no disponen de estos Planes de Contabilidad, aunque sí podrían haber contestado en el apartado de “Otro Procedimiento”, de que disponen otros planes de Cuentas.

Separamos cada respuesta posible por el tipo de hospital público o privado de la encuesta recibida. En esta pregunta los porcentajes se calculan respecto al total de respuestas en cada tipo de hospital por separado. Como las FEM5 = 45% el contraste no tiene validez, y no podemos afirmar que el tipo de hospital tenga influencia sobre las respuestas dadas.

En nuestra opinión, no llevar una contabilidad financiera, supone carecer de información básica lo que dificulta el cálculo de los costes ya que el grupo 6 del PGC posee los elementos de gasto necesarios para efectuar el cálculo. En el caso de los hospitales Españoles, los Hospitales públicos en su mayoría utilizan el Control del Presupuesto de fondos públicos, son hospitales que han adoptado el PGCSS debido a su financiación, seguido de los que llevan una Contabilidad Financiera, en cambio los Hospitales privados utilizan en su mayoría la adaptación del Plan General de empresa a los centros de asistencia sanitaria (CAS) y con muy poca utilización del Control Presupuestario Financiero.

Creemos que el principal motivo que origina no llevar una Contabilidad Financiera, es la falta de suficiente información para su puesta en marcha, dado que no es obligatoria y que el personal directivo carece de formación en gestión contable y económica centrándose solo en el control y rendición de los fondos públicos a través del presupuesto tradicional.

Tabla 41. Pregunta 6. ¿Tiene su hospital infraestructura de costes para implantar o mejorar la Contabilidad de costes?

PREGUNTA 6º ¿Tiene su hospital infraestructura de costes para implantar o mejorar la Contabilidad de costes?:			ESPAÑA			
			DE INMEDIATO	3 AÑOS	NO	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	88	36	7	131
		% fi	67,2%	27,5%	5,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	26	22	9	57
		% fi	45,6%	38,6%	15,8%	100,0%
TOTAL		nl	114	58	16	188
		% fi	60,6%	30,9%	8,5%	100,0%
FEM5 =16,7%, p=0,00772, el tipo de hospital influye en esta respuesta,						
			RESTO U.E			
			DE INMEDIATO	3 AÑOS	NO	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	26	17	7	50
		% fi	52,0%	34,0%	14,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	3	1	8
		% fi	50,0%	37,5%	12,5%	100,0%
TOTAL		nl	30	20	8	58
		% fi	51,7%	34,5%	13,8%	100,0%

Tanto en los hospitales españoles como en los del resto de Europa la respuesta mayoritaria, afirmativa es la "De inmediato" para ambos tipos de hospitales (públicos y privados) siendo superior en los públicos, por lo que se considera que si son capaces de contar con una contabilidad de costes en un plazo relativamente corto. El tipo de hospital influye en esta respuesta.

Tabla 42. Pregunta 7. ¿Dispone de centros de Coste debidamente codificados?

PREGUNTA 7ª ¿Dispone de centros de Coste debidamente codificados?:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	13	119	132
		% fi	9,8%	90,2%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	20	36	56
		% fi	34,5%	65,5%	100,0%
TOTAL		nl	33	155	188
TOTAL		% fi	17,6%	82,4%	100,0%
Las FEM5 es de 10,074, p=0,00004, significativa.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	5	47	52
		% fi	9,6%	90,4%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	2	7	9
		% fi	22,2%	77,8%	100,0%
TOTAL		nl	7	54	61
TOTAL		% fi	11,5%	88,5%	100,0%
U.E-p=0,273), no significativa					

En general las respuestas afirmativas son superiores en los hospitales tanto públicos como privados a nivel nacional como del resto de Europa, teniendo definidos y codificados sus Centros de Coste, siendo los hospitales que menos los utilizan los privados tanto a nivel nacional como Europeo.

Consideramos que los centros de coste se adoptan según la organización particular de cada hospital, y siempre en base a una misma clasificación y codificación en caso de utilizar Sistemas de Costes aprobados por Organismos Centrales Administrativos. Los datos observados a nivel nacional vienen muy influidos por el tipo de hospital de forma significativa, al contrario que en el resto de Europa.

Tabla 43. Pregunta 8. ¿Cómo clasifica sus centros de Coste?

PREGUNTA 8ª ¿Cómo clasifica sus centros de Coste?:			ESPAÑA			
			PRINCIPALES	AUXILIARES	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	82	9	8	99
		% fi	74,5%	8,2%	17,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	39	3	6	48
		% fi	81,3%	6,3%	12,4%	100,0%
TOTAL		nl	121	12	14	147
		% fi	82,3%	8,2%	9,5%	100,0%
Las FEM5 suponen un 16,7%, p=0,65657, no significativo						
			RESTO U.E			
			PRINCIPALES	AUXILIARES	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	37	5	4	46
		% fi	80,4%	10,9%	8,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	2	0	8
		% fi	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	43	7	4	54
		% fi	79,6%	13,0%	7,4%	100,0%

En España y en el resto de Europa y para los hospitales públicos y privados los Modelos de coste utilizados tienen definidos Centros Principales destacando los de (Hospitalización, Ambulatorios, Quirófanos, Urgencias, Laboratorios), como los más representativos, son más frecuentemente implantados a nivel de España en los hospitales privados a la inversa que en el resto de Europa y, con poco uso de los auxiliares tanto para los públicos como para privados, quizás porque su definición dificulta el cálculo de costes por los repartos a realizar. El tipo de hospital no influye de forma significativa sobre el resultado de la pregunta.

Tabla 44. Pregunta 9. ¿Dispone de Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)?

PREGUNTA 9º ¿Dispone de Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)?:			ESPAÑA			
			SI	NO	EN IMPLANTACION	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	118	8	3	129
		% fi	91,5%	6,2%	2,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	35	10	5	50
		% fi	70,0%	20,0%	10,0%	100,0%
TOTAL		nl	153	18	8	179
		% fi	85,5%	10,1%	4,5%	100,0%
Las FEM5 = 16,7% p=0,00116 es significativo el tipo de hospital influye						
			RESTO U.E			
			SI	NO	EN IMPLANTACION	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	47	3	0	50
		% fi	94,0%	6,0%	0,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	9	0	0	9
		% fi	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	56	3	0	59
		% fi	94,9%	5,1%	0,0%	100,0%
U.E-(p=0,603), no significativo						

Observamos como en los hospitales públicos y privados nacionales como del resto de Europa utilizan mayoritariamente el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), siendo su menor empleo en los hospitales privados. En ambas encuestas el tipo de hospital influye en la respuesta dada. Los hospitales nacionales registran desde principios de los años 1990, por normativa ministerial, el denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de cada paciente atendido en cada hospital del país, especialmente los de carácter público. En los últimos años, además de los episodios de ingreso hospitalario convencional, se registran también los episodios de Cirugía sin Ingreso y, más recientemente los de Hospital de Día. Como hemos dicho en capítulos anteriores el CMBD es una base de datos clínicos y administrativos que proceden de la historia clínica y se obtienen al alta del paciente.

La importancia del CMBD está determinada por la necesidad de disponer de una fuente de datos clínicos y de gestión uniforme y suficiente, que posibilita los procesos de gestión hospitalaria centrados en el paciente, la implantación de nuevos sistemas de financiación, la elaboración de indicadores de rendimiento, el control de la calidad asistencial y la disponibilidad de información para la investigación clínica

y epidemiológica. Los diagnósticos y los procedimientos recogidos se codifican siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su modificación clínica (CIE-9-MC). Esta codificación es la que permite en última instancia agrupar los distintos episodios asistenciales atendidos por un hospital y poder aplicar técnicas de Case-mix, como Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GDR's), u otros Sistemas de Clasificación.

Tabla 45. Pregunta 10. ¿Cómo identifica el Proceso de hospitalización?

PREGUNTA. 10 ^o ¿Cómo identifica el Proceso de hospitalización?:			ESPAÑA					
			Ingresos-Estancias	CIE9-CM	Case-mix	CIE9CM+Case mix	Otros	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	51	45	30	1	4	131
		% fi	38,9%	34,4%	22,8%	0,8%	3,1%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	37	11	5	0	1	54,00
		% fi	68,5%	20,4%	9,3%	0,0%	1,8%	100,0%
TOTAL		nl	88	56	35	1	5	185
TOTAL		% fi	47,6%	30,3%	18,9%	0,5%	2,7%	100,0%
Las FEM5 = 40% por lo que el contraste no tiene validez,								
			RESTO U.E					
			Ingresos-Estancias	CIE9-CM	Case-mix	CIE9CM+Case mix	Otros	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	18	18	7	0	9	52
		% fi	34,6%	34,6%	13,5%	0,0%	17,3%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	6	1	2	0	0	9
		% fi	66,7%	11,1%	22,2%	0,0%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	24	19	9	0	9	61
TOTAL		% fi	39,3%	31,1%	14,8%	0,0%	14,8%	100,0%

Como se puede observar el número de respuestas más frecuentes. tanto para hospitales nacionales como del resto de Europa, se da en los Ingresos-Estancias y más en privados que en públicos por lo que observamos que continúan utilizando la medida tradicional del producto sanitario con las ineficiencias que puede llevar su empleo. Señalamos el escaso uso de la CIE-9-CM (Clasificación Internacional de Enfermedades), en los hospitales privados, clasificación que asigna códigos a diagnósticos y procedimientos asistenciales, que constituyen los inputs de información básicos para poder agrupar distintos contactos asistenciales o pacientes en diversos Sistemas de clasificación de pacientes (SCP), como por ejemplo los GDR's o los AVG's (Ambulatory Visit Groups). El tipo de hospital no tiene influencia sobre la respuesta formulada.

Por otra parte, observamos que los sistemas de Case-mix son más empleados por los hospitales públicos que los privados a nivel nacional, aunque no es así a nivel del resto de Europa donde los hospitales privados los utilizan más. Quizás el motivo pueda ser el estudio de las patologías más intensivas en recursos a efectos de la financiación de las mismas.

Tabla 46. Pregunta 11. ¿En el caso de identificar el Proceso de hospitalización por Case-mix, qué clasificación utiliza?

PREGUNTA. 11º ¿En el caso de identificar el Proceso de hospitalización por Case-mix, qué clasificación utiliza?:			ESPAÑA				
			GDR All patient	GDR HCFA	PMC	Otros	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	46	13	6	3	68
		% fi	67,60%	19,10%	8,80%	4,40%	99,9%
	PRIVADO	nl	7	1	1	2	11
		% fi					
TOTAL		nl	53	14	7	5	79
		% fi	67,09%	17,72%	8,86%	6,33%	100,00%
Las FEM5 suponen aquí el 50%.							
			RESTO U.E				
			GRD All patient	GRD HCFA	PMC	Otros	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	12	4	0	13	29
		% fi	41,40%	13,80%	0,00%	44,80%	100,00%
	PRIVADO	nl	0	0	0	1	1
		% fi	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
TOTAL		nl	12	4	0	14	30
		% fi	40,00%	13,33%	0,00%	46,67%	100,00%
PMC= Patient Management Categories GDR= Grupos de Diagnostico Relacionado							

Son los GDR's en sus diferentes versiones (All Patient y HCFA), el Sistema de Clasificación de Pacientes más implantado sobre todo en los hospitales públicos nacionales y del resto de Europa siendo su versión "All Patient" la más empleada, a diferencia de los privados que casi no la usan en ambos ámbitos.

Los P.M.C's (Patient Management Categories), son la clasificación menos utilizada a pesar de sus aplicaciones de estandarización en el proceso clínico.

Tabla 47. Pregunta 12. ¿Cómo identifica el proceso ambulatorio del hospital?

PREGUNTA. 12º ¿Cómo identifica el proceso ambulatorio del hospital?:			ESPAÑA					
			APG	AVG	Wonca	Visitas primeras	Otros	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	3	0	1	100	15	119
		% fi	2,5%	0,0%	0,8%	84,1%	12,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	0	0	38	11	49
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	77,6%	22,4%	100,0%
TOTAL		nl	3	0	1	138	26	168
		% fi	1,8%	0,0%	0,6%	82,1%	15,5%	100,0%
Las FEM5 suponen el 50%, es decir, no realizamos el test ji-cuadrado.								
			RESTO U.E					
			APG	AVG	Wonca	Visitas primeras	Otros	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	6	6	0	21	7	40
		% fi	15,0%	15,0%	0,0%	52,5%	17,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	1	1	0	3	2	7
		% fi	14,3%	14,3%	0,0%	42,9%	28,5%	100,0%
TOTAL		nl	7	7	0	24	9	47
		% fi	14,9%	14,9%	0,0%	51,1%	19,1%	100,0%
Las FEM5 = 50%, no realizamos el contraste de hipótesis.								
APG= Ambulatory Patient Groups			AVG=: Ambulatory Visit Groups			WONCA= Org Mundial de los Médicos Generales		

El proceso ambulatorio se identifica a través de la medida tradicional de las “Primera Visitas” tanto para los hospitales nacionales como del resto de Europa y para públicos y privados, siendo más en públicos que en privados. Son poco utilizadas las clasificaciones existentes (A.P.G’s, A.V.G’s, Wonca, etc), pero entre éstas la más implantada es la A.P.G’s (Ambulatory Patient Group) para España y resto de Europa y para ambos tipos de hospitales. Este sistema de Clasificación es el más usado en EE.UU. y agrupa pacientes clínicamente coherentes y con consumos similares, recoge todo el proceso ambulatorio durante un período determinado y son una variante especial de los GDR’s.

En España la clasificación de los AVG’s (Ambulatory Visit Groups), no se utiliza aunque dicha clasificación la destacamos sobre las demás por su homologación con los GDR’s.

Tabla 48. Pregunta 13. ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas? a. hospitalización.

PREGUNTA. 13º ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas del Hospital? a. hospitalización:			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	2	126	128
		% fi	1,6%	98,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	54	54
		% fi	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	2	180	182
		% fi	1,1%	98,9%	100,0%
Las FEM5 suponen el 50%, no procesamos la ji-cuadrado.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	8	45	53
		% fi	15,1%	84,9%	100,0%
	PRIVADO	nl	1	8	9
		% fi	11,1%	88,9%	100,0%
TOTAL		nl	9	53	62
		% fi	14,5%	85,5%	100,0%
U.E-test de Fisher, no significativo (p=0,612).					

Tabla 49. Pregunta 13. ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas? b. Ambulatoria.

PREGUNTA. 13º ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas del Hospital? b. Ambulatoria:			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	5	113	118
		% fi	4,2%	95,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	1	52	53
		% fi	1,9%	98,1%	100,0%
TOTAL		nl	6	165	171
		% fi	3,5%	96,5%	100,0%
Las FEM5 son el 50% también.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	13	40	53
		% fi	24,5%	75,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	7	9
		% fi	22,2%	77,8%	100,0%
TOTAL		nl	15	47	62
		% fi	24,2%	75,8%	100,0%
E.U- El resultado de Fisher fue no significativo (p=0,625).					

Tabla 50. Pregunta 13. ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas? c. Urgencias.

PREGUNTA. 13º ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas del Hospital? c. Urgencias:			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	3	113	116
		% fi	2,6%	97,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	46	46
		% fi	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	3	159	162
		% fi	1,9%	98,1%	100,0%
FEM5 =50% y por ello no realizamos el test ji-cuadrado.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	19	34	53
		% fi	35,8%	64,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	23	39	62
		% fi	37,1%	62,9%	100,0%
U. E- El test de Fisher resultó en un p-valor de 0,443 no significativas					

Tabla 51. Pregunta 13. ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas? d. Central de Radiología.

PREGUNTA. 13º ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas del Hospital d. Central de Radiología:			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	22	80	102
		% fi	21,6%	78,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	5	40	45
		% fi	11,1%	88,9%	100,0%
TOTAL		nl	27	120	147
		% fi	18,4%	81,6%	100,0%
ji-cuadrado p=0,75653, no significativa					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	16	37	53
		% fi	30,2%	69,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	20	42	62
		% fi	32,3%	67,7%	100,0%
U. E-test de Fisher (p=314), no significativo.					

Tabla 52. Pregunta 13. ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas? e. Central de Análisis Clínicos.

PREGUNTA. 13º ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas del Hospital? e. Central de Análisis Clínicos:			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	25	75	100
		% fi	25,0%	75,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	9	34	43
		% fi	20,9%	79,1%	100,0%
TOTAL		nl	34	109	143
		% fi	23,8%	76,2%	100,0%
Las FEM5 son mayores a 5 p=0,75653, es decir no influye el tipo de hospital					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	19	34	53
		% fi	35,8%	64,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	23	39	62
		% fi	37,1%	62,9%	100,0%
U. E-P=0,443 no significativo.					

Tabla 53. Pregunta 13. ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas? f. Hematología.

PREGUNTA. 13º ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas del Hospital? f. Hematología:			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	26	66	92
		% fi	28,3%	71,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	11	25	36
		% fi	30,6%	69,4%	100,0%
TOTAL		nl	37	91	128
		% fi	28,9%	71,1%	100,0%
Las FEM5 son mayores a cinco p=0,96757, no influidos por el tipo de hospital.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	20	33	53
		% fi	37,7%	62,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	5	4	9
		% fi	55,6%	44,4%	100,0%
TOTAL		nl	25	37	62
		% fi	40,3%	59,7%	100,0%
E.U-EI resultado de Fisher fue no significativo (p=259).					

Tabla 54. Pregunta 13. ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas? g. Anatomía Patológica.

PREGUNTA. 13º ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas del Hospital? g. Anatomía Patológica:			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	36	55	91
		% fi	39,6%	60,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	11	25	36
		% fi	30,6%	69,4%	100,0%
TOTAL		nl	47	80	127
		% fi	37,0%	63,0%	100,0%
p=0,45728, es decir, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	24	29	53
		% fi	45,3%	54,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	3	9
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
TOTAL		nl	30	32	62
		% fi	48,4%	51,6%	100,0%
E.U-(p=0,205), no significativo					

Tabla 55. Pregunta 13. ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas? h. Quirúrgica.

PREGUNTA. 13º ¿Controla la admisión de pacientes las siguientes áreas del Hospital? h. Quirúrgica:			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	7	102	109
		% fi	6,4%	93,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	41	45
		% fi	8,9%	91,1%	100,0%
TOTAL		nl	11	143	154
		% fi	7,1%	92,9%	100,0%
Las FEM% suponen el 25% por lo que el test no tiene validez.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	13	40	53
		% fi	24,5%	75,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	17	45	62
		% fi	27,4%	72,6%	100,0%
E.U- (p=0,198),no significativo					

Se observa que el control de las áreas asistenciales, es muy elevado en España, sobre todo en las áreas de hospitalización y ambulatoria ambas correspondientes a las actividades principales del proceso asistencial, al igual que en las áreas de urgencias, radiología, análisis clínicos, y anatomía patológica, siendo este mayor en el sector privado que en el público, salvo en el caso de hematología y el área quirúrgica. En los hospitales privados el resto de áreas son más identificativas al efecto de la facturación a los pacientes, lo cual no se produce en los hospitales públicos, en donde dichas áreas son consideradas auxiliares del proceso asistencial. En el resto de Europa es mayor la supervisión en los hospitales públicos en todas las áreas salvo en el área ambulatoria. En general podemos decir que en todos los hospitales Españoles y del resto de Europa, en casi todas sus áreas de actividad, existe un nivel de control por encima del 50 %. El tipo de hospital no es influyente en las respuestas dadas.

Tabla 56. Pregunta 14. ¿Dispone de archivo clínico centralizado?

PREGUNTA. 14º. ¿Dispone de archivo clínico centralizado?:			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	5	125	130
		% fi	3,8%	96,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	53	57
		% fi	7,0%	93,0%	100,0%
TOTAL		nl	9	178	187
		% fi	4,8%	95,2%	100,0%
p=0,572438, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	7	46	53
		% fi	13,2%	86,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	9	9
		% fi	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	7	55	62
		% fi	11,3%	88,7%	100,0%
U. E- (p=0,313 no significativo)					

Se observa que, tanto en los hospitales públicos como privados españoles y del resto de Europa, se dispone de forma mayoritaria de Archivo Centralizado. El tipo de hospital no influye sobre las respuestas dadas.

Hemos de señalar la gran importancia que tiene el disponer de un archivo centralizado dado que el mismo hace posible la gestión de la Historia Clínica del paciente y de los documentos que forman los episodios clínicos. En estos últimos se precisan las actividades y recursos que conforman el proceso asistencial tanto a nivel de atención especializada como ambulatoria. Estos registros asistenciales pueden ser valorados tanto desde el punto de vista clínico (Calidad Asistencial) como económico (Coste por paciente).

Tabla 57. Pregunta 15. ¿Se codifican los procesos asistenciales de hospitalización y/o ambulatorios?: a. hospitalización.

PREGUNTA. 15ª ¿Se codifican los procesos asistenciales de hospitalización y/o ambulatorios?: a. hospitalización			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	10	116	126
		% fi	7,9%	92,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	8	46	54
		% fi	14,8%	85,2%	100,0%
TOTAL		nl	18	162	180
		% fi	10,0%	90,0%	100,0%
p= 0,25489, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	6	47	53
		% fi	11,3%	88,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	1	8	9
		% fi	11,1%	88,9%	100,0%
TOTAL		nl	7	55	62
		% fi	11,3%	88,7%	100,0%
U. E- (p=0,734), no significativa					

Tabla 58. Pregunta 15. ¿Se codifican los procesos asistenciales de hospitalización y/o ambulatorios?:
b. Ambulatorios.

PREGUNTA. 15º ¿Se codifican los procesos asistenciales de hospitalización y/o ambulatorios?: b. Ambulatorios:			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	60	43	103
		% fi	58,3%	41,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	36	24	60
		% fi	52,0%	48,0%	100,0%
TOTAL		nl	96	67	163
		% fi	58,9%	41,1%	100,0%
p=0,57722, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	22	31	53
		% fi	41,5%	58,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	26	36	62
		% fi	41,9%	58,1%	100,0%
E.U- (p=573), no significativo					

El nivel de respuestas afirmativas es alto para procesos asistenciales de hospitalización tanto en España como en el resto de Europa, y ocurre tanto en hospitales públicos como privados. En España la codificación de estos es algo superior en los hospitales públicos, mientras que en el resto de Europa están prácticamente equilibradas las respuestas en ambos tipos de hospitales.

El alto nivel de codificación de los procesos se basa en la ICD-9-CM (Clasificación Internacional de Enfermedades, novena modificación clínica), para enfermedades y procedimientos de la atención especializada, debido a que es la empleada para la Clasificación de Pacientes basada en los GDR's.

Respecto a los procesos ambulatorios en España, la respuesta es mayoritariamente negativa tanto en hospitales públicos como privados, siendo incluso mayor en los públicos. Estas respuestas negativas son explicables dado que los Sistemas de Clasificación de pacientes a nivel ambulatorio no son

frecuentemente utilizados, sobre todo porque el producto ambulatorio se identifica en la mayoría de los hospitales en base a Visitas, tal y como se ha comentado.

Respecto al resto de Europa, la respuesta más frecuente es afirmativa, tanto en los hospitales públicos como privados, siendo algo superior en los primeros.

Tabla 59. Pregunta 16. ¿Se procesa el contenido de las historias clínicas para el cálculo de costes?

PREGUNTA. 16° ¿Se procesa el contenido de las historias clínicas para el cálculo de costes?:			ESPAÑA		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	101	27	128
		% fi	78,9%	21,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	43	13	56
		% fi	76,8%	23,2%	100,0%
TOTAL		nl	144	40	184
		% fi	78,3%	21,7%	100,0%
p=0,7483, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	31	22	53
		% fi	58,5%	41,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	3	9
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
TOTAL		nl	37	25	62
		% fi	59,7%	40,3%	100,0%
U.E-p=0,470, no significativo					

Las respuestas son más numerosas en las negativas tanto en España como en el resto de Europa. En España no hay prácticamente diferencia entre tipos de hospitales mientras que en el resto de Europa hay un porcentaje superior de hospitales privados que no procesan el contenido de las historias clínicas para el cálculo de costes.

El tipo de hospital no influye en el nivel de respuesta. Pensamos que los hospitales no recurren a obtener la información de la historia clínica como “Fuente

de información Asistencial” dado la falta de informatización de la misma, lo que dificulta la obtención del cálculo de coste del proceso asistencial por paciente, quizás este problema se solucione en el futuro con la incorporación de la Historia clínica Electrónica, donde a través de las "Estaciones de Gestión Clínica", se agregue toda la información de actividades realizadas al paciente.

Tabla 60. Pregunta 17. ¿La aplicación de la informática de personal, permite los siguientes aspectos?

PREGUNTA. 17º ¿La aplicación de la informática de personal, permite los siguientes aspectos?:			ESPAÑA			
			Cálculo de Nóminas y SS	Asig de los costes de personal a centros de costes	NO	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	104	22	0	126
		% fi	82,5%	17,5%	0,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	44	8	0	52
		% fi	84,6%	15,4%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	148	30	0	178
		% fi	83,1%	16,9%	0,0%	100,0%
P=0,90745, no significativo.						
			RESTO U.E			
			Cálculo de Nóminas y SS	Asig de los costes de personal a centros de costes	NO	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	44	5	4	53
		% fi	83,0%	9,5%	7,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	1	2	9
		% fi	66,7%	11,1%	22,2%	100,0%
TOTAL		nl	50	6	6	62
		% fi	80,6%	9,7%	9,7%	100,0%
SS= Seguridad Social						

Las respuestas más frecuentes se dan sólo para "Calcular las Nóminas y Seguros Sociales" superando en España los hospitales privados a los públicos al contrario que en el resto de los Europeos, en los que el nivel es inferior en los hospitales privados.

Observamos que la aplicación de la informática de personal a la asignación de los "Costes de personal a los Centros de Coste" es baja, aunque según los resultados de la pregunta 44d dicho Sistema de personal está conectado informáticamente con el Sistema de Costes.

Consideramos importante que los aplicativos de Nóminas y Seguros Sociales estructuren los costes de personal y seguros sociales por Centros de Costes y que estos se vuelquen al Sistema de Costes Analítico, sabiendo que estos pueden alcanzar el 70 % de los costes totales de un centro hospitalario. El tipo de hospital no influye en ambos ámbitos.

Tabla 61. Pregunta 18. ¿Disponen los almacenes generales de catálogo de productos y/o servicios?: a. Almacén general.

PREGUNTA. 18º. ¿Disponen los almacenes generales de catálogo de productos y/o servicios?: a. Almacén general:			ESPAÑA			
			Estructurados	Sin estructurar	No	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	117	10	4	131
		% fi	89,3%	7,6%	3,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	32	9	12	53
		% fi	60,4%	17,0%	22,6%	100,0%
TOTAL		nl	149	19	16	184
		% fi	81,0%	10,3%	8,7%	100,0%
Las FEM5 =37,5% ,no realizamos el test ji-cuadrado.						
			RESTO U.E			
			Estructurados	Sin estructurar	No	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	40	4	4	48
		% fi	83,4%	8,3%	8,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	7	1	1	9
		% fi	77,8%	11,1%	11,1%	100,0%
TOTAL		nl	47	5	5	57
		% fi	82,5%	8,8%	8,8%	100,0%
U. E-No es suficiente el tamaño muestral para poder procesar el contraste de hipótesis.						

Tabla 62. Pregunta 18. ¿Disponen los almacenes generales de catálogo de productos y/o servicios?: b. Farmacia.

PREGUNTA. 18º. ¿Disponen los almacenes generales de catálogo de productos y/o servicios?: b. Farmacia:			ESPAÑA			
			Estructurados	Sin estructurar	No	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	120	6	1	127
		% fi	94,5%	4,7%	0,8%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	46	6	5	57
		% fi	80,7%	10,5%	8,8%	100,0%
TOTAL		nl	166	12	6	184
TOTAL		% fi	90,2%	6,5%	3,3%	100,0%
			RESTO U.E			
			Estructurados	Sin estructurar	No	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	46	3	2	51
		% fi	90,2%	5,9%	3,9%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	7	1	1	9
		% fi	77,8%	11,1%	11,1%	100,0%
TOTAL		nl	53	4	3	60
TOTAL		% fi	88,3%	6,7%	5,0%	100,0%

La muestra no es suficiente para procesar el test

Observamos como en ambas preguntas, tanto en España como en el resto de Europa, se dispone mayoritariamente de Catálogos Estructurados en los almacenes. Esto facilita el control de los movimientos de productos, ya que supone tener codificados los productos y clasificados por familias lo que facilita la imputación de los consumos a los Centros de coste o a los pacientes a través de la Historia clínica.

La inexistencia de este control es baja y está centrada en los hospitales privados. El tipo de hospital no influye.

Tabla 63. Pregunta 19. ¿El sistema informático del hospital ha sido diseñado por?

PREGUNTA 19ª			ESPAÑA						
¿El sistema informático del hospital ha sido diseñado por?:			IBM	MSC	3M	SMS	Propia	Otros	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	6	2	3	9	43	59	122
		% fi	4,9%	1,6%	2,5%	7,4%	35,2%	48,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	5	2	0	4	29	17	57
		% fi	8,8%	3,5%	0,0%	7,0%	50,9%	29,8%	100,0%
TOTAL		nl	11	4	3	13	72	76	179
		% fi	6,1%	2,2%	1,7%	7,3%	40,2%	42,5%	100,0%
Las FEM5 =50%. no podemos procesar la ji-cuadrado con garantías.									
			RESTO U.E						
			IBM	MSC	3M	SMS	Propia	Otros	Total
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	12	1	0	5	0	30	48
		% fi	25,0%	2,1%	0,0%	10,4%	0,0%	62,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	2	0	0	0	5	9
		% fi	22,2%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	14,00	3,00	0,00	5,00	0,00	35,00	57,00
		% fi	24,6%	5,3%	0,0%	8,8%	0,0%	61,4%	100,0%
(I.B.M): International Business Machines Corporation. (M.S.C): Cia de Informática, Tecnología e Informática, Shared Medical Systems. (3M): Cia de Tecnología e Informática, Shared Medical Systems. (S.M.S): Cia de Informática, Shared Medical Systems.									

Las respuestas se dan más frecuentemente tanto en España y como en el resto de Europa en "Otros Sistemas Informáticos", tanto para hospitales públicos como privados. En España, la mitad de los hospitales privados cuentan con un diseño propio de su sistema informático. Estas respuestas ponen de manifiesto la falta de homogeneidad y estandarización de los aplicativos ya comentados.

Tabla 64. Pregunta 20. ¿Qué modelo de costes aplica para la contabilidad de gestión?

PREGUNTA 20ª			ESPAÑA						
¿Qué modelo de costes aplica para la contabilidad de gestión?:			COSTE TOTAL	COSTE DIRECTO	IMPUT RACIONAL	ESTANDAR	ABC	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	89	5	6	2	11	7	120
		% fi	74,2%	4,2%	5,0%	1,7%	9,2%	5,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	31	2	6	0	1	2	42
		% fi	73,8%	4,8%	14,3%	0,0%	2,4%	4,7%	100,0%
TOTAL		nl	120	5	12	2	12	9	160
		% fi	75,0%	3,1%	7,5%	1,3%	7,5%	5,6%	100,0%
FEM5 = 50% el test ji-cuadrado no tiene validez.									
			RESTO E.U						
			COSTE TOTAL	COSTE DIRECTO	IMPUT RACIONAL	ESTANDAR	ABC	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	33	12	4	1	1	1	52
		% fi	63,5%	23,1%	7,7%	1,9%	1,9%	1,9%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	4	0	0	0	0	8
		% fi	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	37	16	4	1	1	1	60
		% fi	61,7%	26,7%	6,7%	1,7%	1,7%	1,7%	100,0%
Sin contraste de hipótesis, dado que hay pocos datos.									
ABC= Activity Based Cost									

El Modelo de costes totales o Full Cost es el más utilizado en España, como muestra un porcentaje en torno al 74%, tanto en los hospitales públicos como privados, seguido de un porcentaje bajo del modelo de costes ABC, el cual es más empleado por hospitales públicos que por privados.

Respecto al resto de Europa también el modelo más aplicado es el Full Cost, sobre todo en los hospitales públicos, seguido por el modelo de Coste Directo, el cuál es más empleado en hospitales privados que en públicos.

Es de destacar la escasa implantación del Direct costing y del modelo ABC (Activity Based Costing). Pensamos que las razones que justifican el amplio uso del coste total o full cost radican en su sencillez y que la finalidad principal es la obtención de costes por Centros de Coste, así como de su empleo en la presupuestación, aunque no sea el mejor modelo para determinar la rentabilidad de los productos o servicios.

Tabla 65. Pregunta 21. ¿El modelo de costes utilizado, tiene nombre propio en su Comunidad o a nivel del hospital?

PREGUNTA 21º ¿El modelo de costes utilizado, tiene nombre propio en su Comunidad o a nivel del hospital?:			ESPAÑA				
			COAN	SIGNO	SIE	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	24	40	13	25	102
		% fi	23,5%	39,2%	12,7%	24,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	2	1	15	20
		% fi	10,0%	10,0%	5,0%	75,0%	100,0%
TOTAL		nl	26	5	14	40	85
		% fi	30,6%	5,9%	16,5%	47,1%	100,0%
FEM5 = 25%. p=0,00034, significativo, el tipo de hospital influye en esta pregunta con una confianza del 95%.							
			RESTO E.U.				
			COAN	SIGNO	SIE	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	1	0	0	17	18
		% fi	5,6%	0,0%	0,0%	94,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	0	0	4	4
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	1	0	0	21	22
		% fi	4,5%	0,0%	0,0%	95,5%	100,0%
(COAN): Sistema de Control de Gestión hospitalaria del Servicio Andaluz de la Salud, Modelo de costes. (SIGNO): Gestión Analítica del Ministerio de Calidad y Consumo, Modelo de Costes del Insalud. (SIE): Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria. Modelo de Costes de la Comunidad Valenciana.							

Ante la pregunta sobre la utilización de los Modelos implantados en las Comunidades Autónomas en España el modelo más generalizado es el SIGNO (Gestión Analítica del Ministerio de Sanidad), que abarca el ámbito territorial del Insalud tal y como ya comentamos con un nivel de adaptación por los Hospitales públicos del 39.2%, seguido por el COAN (Sistema de Control de Gestión Hospitalaria del Servicio Andaluz de la Salud), con un 23.5% y del SIE (Sistema de Información Económica) en la Comunidad Valenciana con un 12.7%, precisando que la implantación de los Sistemas SIGNO, COAN y SIE, es baja en los Hospitales privados, pues estos responden el uso de "Otros sistemas de Costes" en un 75 % de sus respuestas. Consecuentemente, el tipo de hospital influye en esta pregunta. Entre los hospitales del resto de Europa la respuesta mayoritaria, y lógica, es la de "Otros" dado que dichos modelos no son conocidos en este ámbito.

Tabla 66. Pregunta 22. ¿Se realizan inventarios, al menos anuales, en los almacenes de farmacia y general?: a. Almacén general.

PREGUNTA 22° ¿Se realizan inventarios al menos anuales en los almacenes de farmacia y general? a. Almacén general:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	1	130	131
		% fi	0,8%	99,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	52	56
		% fi	7,1%	92,9%	100,0%
TOTAL		nl	5	182	187
		% fi	2,7%	97,3%	100,0%
Sin validez del test ji-cuadrado ya que las FEM5 son del 50%.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	2	45	47
		% fi	4,3%	95,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	8	8
		% fi	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	2	53	55
		% fi	3,6%	96,4%	100,0%
p=0,728, no significativa.					

Tabla 67. Pregunta 22. ¿Se realizan inventarios, al menos anuales, en los almacenes de farmacia y general?: b. Farmacia.

PREGUNTA 22º ¿Se realizan inventarios al menos anuales en los almacenes de farmacia y general? b. Farmacia:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	5	122	127
		% fi	3,9%	96,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	55	58
% fi		5,2%	94,8%	100,0%	
TOTAL		nl	8	177	185
		% fi	4,3%	95,7%	100,0%
test ji-cuadrado, dado que las FEM5 suponen un alto porcentaje, sin validez					
			RESTO E.U		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	1	51	52
		% fi	1,9%	98,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	9	9
% fi		0,0%	100,0%	100,0%	
TOTAL		nl	1	60	61
		% fi	1,6%	98,4%	100,0%
E.U- (p=0,198),no significativo					

Se realizan inventarios, al menos anualmente, tanto en hospitales públicos como privados, en España como en el resto de Europa, obteniendo para los hospitales públicos unos porcentajes más elevados, de lo que se deduce un mayor control de las existencias. El tipo de hospital no influye en el nivel de respuesta.

Tabla 68. Pregunta 23. ¿Dispone la distribución de farmacia de dosis unitarias?

PREGUNTA 23º ¿Dispone la distribución de farmacia de dosis unitarias?:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	27	103	130
		% fi	20,8%	79,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	25	35	60
		% fi	41,7%	58,3%	100,0%
TOTAL		nl	52	138	190
		% fi	27,4%	72,6%	100,0%
test ji-cuadrado es significativo (p=0,00216),					
			RESTO E.U		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	10	33	43
		% fi	23,3%	76,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	4	7
		% fi	42,9%	57,1%	100,0%
TOTAL		nl	13	37	50
		% fi	26,0%	74,0%	100,0%
E.U- p=0,254, test de Fisher, no significativo					

La distribución de los fármacos mediante unidosis favorece el control de los mismos y la imputación de su coste al paciente, ya que identifica el paciente-consumidor de fármacos, y el diagnóstico por el cual es tratado.

Tanto en los hospitales españoles como en los del resto de Europa se trabaja mayoritariamente con unidosis, siendo este porcentaje superior en los hospitales públicos. Además, de las respuestas de los hospitales españoles concluimos que influye el tipo de hospital (público o privado) sobre la respuesta obtenida.

No obstante, hemos de señalar también el elevado porcentaje de hospitales privados tanto de España como del resto de Europa, alrededor del 42%, que no realizan la distribución de los productos de la farmacia mediante unidosis.

Tabla 69. Pregunta 24. ¿Cómo gestiona la unidosis?

PREGUNTA 24º			ESPAÑA				
¿Cómo gestiona la unidosis?:			MANUALMENTE	MANUAL E INFORMAT	INFORMATIZADO	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	16	29	51	1	97
		% fi	16,5%	29,9%	52,6%	1,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	9	17	3	32
		% fi	9,4%	28,1%	53,1%	9,4%	100,0%
TOTAL		nl	19	5	68	4	96
		% fi	19,8%	5,2%	70,8%	4,2%	100,0%
Las FEM5 =37,5% (superior al 25%), por lo que no realizamos el test de contraste.							
			RESTO E.U				
			MANUALMENTE	MANUAL E INFORMAT	INFORMATIZADO	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	6	11	16	1	34
		% fi	17,6%	32,4%	47,1%	2,9%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	3	1	0	6
		% fi	33,3%	50,0%	16,7%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	8	14	17	1	40
		% fi	20,0%	35,0%	42,5%	2,5%	100,0%
No hay datos suficientes para procesar el contraste de hipótesis.							

Se observa que la unidosis, en la mayoría de los hospitales tanto Españoles como del resto de Europa, está informatizada. En España en un 53 % de los hospitales, ya sean públicos o privados y, en el resto de Europa aunque el porcentaje es menor, este es superior en los hospitales públicos respecto a los privados. La informatización en la gestión de la unidosis favorece la incorporación de los consumos de fármacos para la obtención del coste por paciente. La gestión mixta (manual e informatizada) se lleva a cabo en un 29% para los hospitales españoles, tanto públicos como privados, mientras que en el resto de Europa es la gestión predominante entre los hospitales privados.

Tabla 70. Pregunta 25. ¿Cómo tipifica la información el servicio de radiología?

PREGUNTA 25º ¿Cómo tipifica la información el servicio de radiología?:			ESPAÑA				
			Nº PRUEBAS	CATALOGO	CATEGS. POND	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	69	22	25	4	120
		% fi	57,1%	18,5%	21,0%	3,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	27	14	5	4	50
		% fi	54,0%	28,0%	10,0%	8,0%	100,0%
TOTAL		nl	96	5	30	8	139
		% fi	69,1%	3,6%	21,6%	5,8%	100,0%
FEM5 no superan el 12,5%, test ji-cuadrado p=0,13131, no significativo							
			RESTO E.U				
			Nº PRUEBAS	CATALOGO	CATEGS. POND	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	28	14	5	0	47
		% fi	59,6%	29,8%	10,6%	0,0%	100,00%
	PRIVADO	nl	4	4	1	0	9
		% fi	44,4%	44,4%	11,1%	0,0%	99,90%
TOTAL		nl	32	18	6	0	56
		% fi	57,1%	32,1%	10,7%	0,0%	100,0%
CATEGS. POND= Categorías Ponderadas.							

En un elevado porcentaje los Hospitales Españoles y del resto de Europa tipifican la actividad del Servicio de Radiología a través del Número de Pruebas realizadas. Este hecho se produce tanto en los hospitales públicos como en los privados siendo superior su uso en los hospitales públicos que en los privados. La utilización tanto de Catálogos como de Categorías ponderadas es bastante bajo, en torno a un 20 % de media. El tipo de hospital no influye en la respuesta dada a esta pregunta.

Hemos de recordar que la disposición de catálogos de pruebas y en general de actividades permite, además de la identificación de las mismas, la asignación de U.R.V (Unidades Relativas de Valor) para determinar las cargas de trabajo y sus costes.

Tabla 71. Pregunta 26. ¿Cómo es tipificada la información de los quirófanos?

PREGUNTA 26º ¿Cómo es tipificada la información de los quirófanos?:			ESPAÑA				
			Nº DETERMIN	CATEGS. POND	CATALOGO	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	92	6	5	10	113
		% fi	81,4%	5,3%	4,4%	8,9%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	32	10	3	4	49
		% fi	65,3%	20,4%	6,1%	8,2%	100,0%
TOTAL		nl	124	5	8	14	151
TOTAL		% fi	82,1%	3,3%	5,3%	9,3%	100,0%
FEM5 >37,5%.no se realiza el test			RESTO E.U				
			Nº DETERMIN	CATEGS. POND	CATALOGO	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	25	10	4	4	43
		% fi	58,1%	23,3%	9,3%	9,3%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	4	3	1	0	8
		% fi	50,0%	37,5%	12,5%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	29	13	5	4	51
TOTAL		% fi	56,9%	25,5%	9,8%	7,8%	100,0%
Número de datos es insuficiente para procesar el contraste de hipótesis.							
Nº DETERMIN= Nº de Determinaciones			CATEGS. POND= Categorías Ponderadas.				

Es más frecuente en los hospitales españoles y del resto de Europa catalogar la información de los quirófanos en base a las intervenciones siendo más utilizada esta medida en hospitales públicos que en los privados, por otra parte es escaso el empleo de catálogos y de categorías de ponderación tanto en hospitales públicos como en privados. Podemos considerar de aplicación lo comentado en la pregunta anterior sobre la importancia de disponer de catálogos y de ponderaciones dado que las intervenciones forman parte del proceso quirúrgico que es identificado según la ICD-9-CM. El tipo de hospital no influye en las respuestas.

Tabla 72. Pregunta 27. ¿Cómo tipifica la información el servicio de laboratorios?: a. Análisis clínicos.

PREGUNTA 27º ¿Cómo tipifica la información el servicio de laboratorios?: a. Análisis clínicos:			ESPAÑA				
			Nº DETERMIN	CATALOGO	CATEGS. POND	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	72	24	18	4	118
		% fi	61,0%	20,3%	15,3%	3,4%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	32	10	4	1	47
		% fi	68,1%	21,3%	8,5%	2,1%	100,0%
TOTAL		nl	104	5	22	5	136
TOTAL		% fi	76,5%	3,7%	16,2%	3,7%	100,0%
Las FEM% =25%, test de contraste es de p=0,63252, no significativo							
			RESTO E.U				
			Nº DETERMIN	CATALOGO	CATEGS. POND	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	35	11	3	0	49
		% fi	71,4%	23,4%	6,1%	0,0%	100,9%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	5	3	1	0	9
		% fi	55,6%	33,3%	11,1%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	40	14	4	0	58
TOTAL		% fi	69,0%	24,1%	6,9%	0,0%	100,0%
Nº DETERMIN= Nº de Determinaciones CATEGS. POND= Categorías Ponderadas.							

Tabla 73. Pregunta 27. ¿Cómo tipifica la información el servicio de laboratorios?: b. Hematología.

PREGUNTA 27º ¿Cómo tipifica la información el servicio de laboratorios?: b. Hematología:			ESPAÑA				
			Nº DETERMIN	CATALOGO	CATEGS. POND	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	67	21	15	4	107
		% fi	62,6%	19,6%	14,0%	3,8%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	29	9	1	0	39
		% fi	74,4%	23,0%	2,6%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	96	5	16	4	121
TOTAL		% fi	79,3%	4,1%	13,2%	3,3%	100,0%
Las FEM5 son del 37,5%. No realizamos el test de contraste.							
			RESTO U.E				
			Nº DETERMIN	CATALOGO	CATEGS. POND	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	32	12	3	0	47
		% fi	68,1%	25,5%	6,4%	0,0%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	5	3	1	0	9
		% fi	55,6%	33,3%	11,1%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	37	15	4	0	56
TOTAL		% fi	66,1%	26,8%	7,1%	0,0%	100,0%
Nº DETERMIN= Nº de Determinaciones CATEGS. POND= Categorías Ponderadas.							

Tabla 74. Pregunta 27. ¿Cómo tipifica la información el servicio de laboratorios?: c. Anatomía Patológica.

PREGUNTA 27º ¿Cómo tipifica la información el servicio de laboratorios?: c. Anatomía Patológica			ESPAÑA				
			Nº DETERMIN	CATALOGO	CATEGS. POND	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	66	18	13	7	104
		% fi	63,5%	17,3%	12,5%	6,7%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	24	8	3	1	36
		% fi	66,7%	22,2%	8,3%	2,8%	100,0%
TOTAL		nl	90	5	16	8	119
TOTAL		% fi	75,6%	4,2%	13,4%	6,7%	100,0%
Las FEM5 =25%, el test p=0,67580, es decir no significativo.							
			RESTO U.E				
			Nº DETERMIN	CATALOGO	CATEGS. POND	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	28	12	4	0	44
		% fi	63,6%	27,3%	9,1%	0,0%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	3	4	1	0	8
		% fi	37,5%	50,0%	12,5%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	31	16	5	0	52
TOTAL		% fi	59,6%	30,8%	9,6%	0,0%	100,0%
Nº DETERMIN= Nº de Determinaciones			CATEGS. POND= Categorías Ponderadas.				

La medida de la actividad de los laboratorios se realiza más usualmente en los hospitales españoles y del resto de Europa mediante las pruebas realizadas, siendo en España los hospitales privados los que las utilizan más frecuentemente quizás debido a que las mismas son facturadas a los pacientes que asisten. Entre los hospitales del resto de Europa se obtiene la respuesta contraria. El uso de los catálogos es bajo a nivel de ambas encuestas aunque son más utilizados en los hospitales privados que en los públicos. El tipo de hospital no influye sobre las preguntas formuladas.

Tabla 75. Pregunta 28. ¿Tiene el servicio de alimentación, catálogo para productos y/o servicios?

PREGUNTA 28º ¿Tiene el servicio de alimentación catálogo para productos y/o servicios?:			ESPAÑA			
			ESTRUCTURAL	SIN ESTRUCTURAR	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	68	24	29	121
		% fi	56,2%	19,8%	24,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	18	17	15	50
		% fi	36,0%	34,0%	30,0%	100,0%
TOTAL		nl	86	41	44	127
		% fi	67,7%	32,3%	34,6%	100,0%
El test de la ji-cuadrado resultando en p=0,04218,						
			RESTO U.E			
			ESTRUCTURAL	SIN ESTRUCTURAR	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	25	10	14	49
		% fi	51,0%	20,4%	28,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	3	4	9
		% fi	22,3%	33,3%	44,4%	100,0%
TOTAL		nl	27	13	18	58
		% fi	46,6%	22,4%	31,0%	100,0%

Tanto en los Hospitales Españoles como en los del resto de Europa la respuesta mayoritaria es que las dietas están catalogadas (estructuradas), siendo en públicos superiores a los privados. Las dietas o menús son un coste directo a los pacientes por lo que su no identificación no facilita dicha incorporación al paciente. Aquí el tipo de hospital sí que influye sobre las respuestas dadas.

Tabla 76. Pregunta 29. ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativas de valor en los anteriores servicios auxiliares, se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? a. Radiología.

PREGUNTA 29º ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativas de valor en los anteriores servicios auxiliares, se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? a. Radiología			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	42	28	70
		% fi	60,0%	40,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	10	13	23
		% fi	43,5%	56,5%	100,0%
TOTAL		nl	52	41	93
		% fi	55,9%	44,1%	100,0%
El test da un p-valor de 0,49749 para 1 grado de libertad, es decir, no significativo.					
			RESTO E.U		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	32	21	53
		% fi	60,4%	39,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	36	26	62
		% fi	58,1%	41,9%	100,0%
E.U.-no resultó ser significativo (p=0,295).					

Tabla 77. Pregunta 29. ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativas de valor en los anteriores servicios auxiliares, se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? b. Quirófanos.

PREGUNTA 29º ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativas de valor en los anteriores servicios auxiliares, se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? b. Quirófanos:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	42	28	70
		% fi	60,0%	40,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	10	13	23
		% fi	43,5%	56,5%	100,0%
TOTAL		nl	52	41	93
		% fi	55,9%	44,1%	100,0%
FEM5>5 test p=0,16618, es decir, no significativo.					
			RESTO E.U		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	37	16	53
		% fi	69,8%	30,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	41	21	62
		% fi	66,1%	33,9%	100,0%
E.U.-Deficiente número de datos de los hospitales privados (p=0,135).no significativo					

Tabla 78. Pregunta 29. ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativas de valor en los anteriores servicios auxiliares, se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? c. Laboratorio de análisis clínicos.

PREGUNTA 29º ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativas de valor en los anteriores servicios auxiliares, ¿se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? c. Laboratorio de análisis Clínicos:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	29	45	74
		% fi	39,2%	60,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	8	17	25
% fi		32,0%	68,0%	1,0	
TOTAL		nl	37	62	99,0
		% fi	37,4%	62,6%	100,0%
ji-cuadrado con p=0,52063 no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	32	21	53
		% fi	60,4%	39,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	9
% fi		44,4%	55,6%	100,0%	
TOTAL		nl	36	26	62
		% fi	58,1%	41,9%	100,0%
E.U- (p=0,295). no es significativa					

Tabla 79. Pregunta 29. ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativas de valor en los anteriores servicios auxiliares, se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? d. Hematología.

PREGUNTA 29º ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativasde valor en los anteriores servicios auxiliares, ¿se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? d. Hematología:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	32	40	72
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	8	16	24
% fi		33,3%	66,7%	100,0%	
TOTAL		nl	40	56	96
		% fi	41,7%	58,3%	100,0%
p=0,47329, no significativo					
			RESTO E.U		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	34	19	53
		% fi	64,2%	35,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	5	4	9
% fi		55,6%	44,4%	100,0%	
TOTAL		nl	39	23	62
		% fi	62,9%	37,1%	100,0%

Tabla 80. Pregunta 29. ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativas de valor en los anteriores servicios auxiliares, se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? e. Anatomía patológica.

PREGUNTA 29° ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativas de valor en los anteriores servicios auxiliares, se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? e. Anatomía patológica			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	33	38	71
		% fi	46,5%	53,5%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	6	16	22
		% fi	27,3%	72,7%	100,0%
TOTAL		nl	39	54	93
		% fi	41,9%	58,1%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,17770, no significativo.					
			RESTO E.U		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	37	16	53
		% fi	69,8%	30,2%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	41	21	62
		% fi	66,1%	33,9%	100,0%
E.U- (p=0,135). no significativa					

Tabla 81. Pregunta 29. ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativas de valor en los anteriores servicios auxiliares, se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? f. Dietética.

PREGUNTA 29° ¿En el caso de utilizar categorías ponderadas o unidades relativas de valor en los anteriores servicios auxiliares, se obtienen por los productos intermedios (pruebas radiológicas, analíticas,...) costes unitarios? g. Dietética			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	37	31	68
		% fi	54,4%	45,6%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	9	16	25
		% fi	36,0%	64,0%	100,0%
TOTAL		nl	46	47	93
		% fi	49,5%	50,5%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,18004, no significativo.					
			RESTO E.U		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	40	13	53
		% fi	75,5%	24,5%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	6	3	9
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
TOTAL		nl	46	16	62
		% fi	74,2%	25,8%	100,0%
E.U- La diferencia resultó no significativa p =0,423					

Los hospitales privados calculan mayoritariamente los costes unitarios por la actividad especificada, mientras que no lo hacen los hospitales públicos. Respecto a los Hospitales del resto de Europa son los privados los que de forma más frecuente sí que calculan los costes unitarios de las actividades de dichos Servicios auxiliares, no siendo así en los hospitales públicos.

Tal y como hemos comentado en las preguntas anteriores, el uso de catálogos y de categorías de ponderación es baja en ambas encuestas, tanto en hospitales públicos como privados, por lo que intuimos que los costes unitarios se calculan de forma media. No obstante, al obtener los costes unitarios para las diferentes producciones intermedias se podrían incorporar dichos costes unitarios a la valoración de costes de los pacientes. El tipo de hospital no influye sobre las respuestas dadas, al ser el test no significativo.

Tabla 82. Pregunta 30. ¿Los costes unitarios de los servicios auxiliares anteriores, se acumulan al coste del paciente que los origina?

PREGUNTA 30º ¿Los costes unitarios de los servicios auxiliares anteriores, se acumulan al coste del paciente que los origina?:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	81	19	100
		% fi	81,0%	19,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	20	19	39
		% fi	51,3%	48,7%	100,0%
TOTAL		nl	101	38	139
		% fi	72,7%	27,3%	100,0%
p=0,00041 significativa					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	35	18	53
		% fi	66,0%	34,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	7	2	9
		% fi	77,8%	22,2%	100,0%
TOTAL		nl	42	20	62
		% fi	67,7%	32,3%	100,0%

Como observamos tanto en los hospitales españoles como del resto de Europa, no se realiza la imputación de los costes unitarios de la producción intermedia para la obtención del coste del paciente. Las respuestas negativas en el caso de España son superiores en los hospitales públicos sobre los privados, a la inversa que ocurre en los hospitales del resto de Europa.

Pensamos que esto es debido a que no se considera al paciente como objetivo final de la Contabilidad de Costes y por tanto portador del coste del proceso asistencial. En cambio sí se obtienen los costes por centros. Las respuestas dependen del tipo de hospital al ser el test significativo.

Tabla 83. Pregunta 31. ¿Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma? a. Radiología.

PREGUNTA 31º ¿Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma?: a. Radiología:			ESPAÑA			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	3	19	31	53
		% fi	5,7%	35,8%	58,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	19	3	22
		% fi	0,0%	86,4%	13,6%	100,0%
TOTAL		nl	3	5	34	42
		% fi	7,1%	11,9%	81,0%	100,0%
		Las FEM % = 33% y no realizamos el test.				
			RESTO E.U			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	15	11	2	28
		% fi	53,6%	39,3%	7,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	1	0	4
		% fi	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	18	12	2	32
		% fi	56,3%	37,5%	6,3%	100,0%
		A= De la Comunidad Autónoma P= Elaboración Propia SC= Sin Contestar				

Tabla 84. Pregunta 31. ¿Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma? b. Quirófanos.

PREGUNTA 31° ¿Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma?: b. Quirófanos			ESPAÑA			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	0	13	20	33
		% fi	0,0%	39,4%	60,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	1	14	1	16
% fi		6,3%	87,5%	6,2%	100,0%	
TOTAL		nl	1	5	21	27
		% fi	3,7%	18,5%	77,8%	100,0%
Las FEM% son de 33%, no realizamos el test.						
			RESTO E.U			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	15	7	1	23
		% fi	65,2%	30,4%	4,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	2	1	5
% fi		40,0%	40,0%	20,0%	100,0%	
TOTAL		nl	17	9	2	28
		% fi	60,7%	32,1%	7,1%	100,0%
A= De la Comunidad Autónoma P= Elaboración Propia SC= Sin Contestar						

Tabla 85. Pregunta 31. ¿Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma? c. Laboratorio de análisis Clínicos.

PREGUNTA 31° ¿Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma?: c. Laboratorio de análisis Clínicos:			ESPAÑA			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	2	21	24	47
		% fi	4,2%	44,7%	51,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	17	3	20
% fi		0,0%	85,0%	15,0%	100,0%	
TOTAL		nl	2	5	27	34
		% fi	5,9%	14,7%	79,4%	100,0%
FEM% = 33%, datos insuficientes para procesar el test de la ji-cuadrado						
			RESTO E.U			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	16	9	2	27
		% fi	59,3%	33,3%	7,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	1	0	4
% fi		75,0%	25,0%	0,0%	100,0%	
TOTAL		nl	19	10	2	31
		% fi	61,3%	32,3%	6,5%	100,0%
A= De la Comunidad Autónoma P= Elaboración Propia SC= Sin Contestar						

Tabla 86. Pregunta 31. ¿Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma? d. Hematología.

PREGUNTA 31º ¿Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma?: d. Hematología:			ESPAÑA			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	2	16	23	41
		% fi	4,9%	39,0%	56,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	14	3	17
% fi		0,0%	82,4%	17,6%	100,0%	
TOTAL		nl	2	5	26	33
		% fi	6,1%	15,2%	78,8%	100,0%
FEM5 = 33,3%.						
			RESTO E.U			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	15	8	2	25
		% fi	60,0%	32,0%	8,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	1	0	4
% fi		75,0%	25,0%	0,0%	100,0%	
TOTAL		nl	18	9	2	29
		% fi	62,1%	31,0%	6,9%	100,0%
A= De la Comunidad Autónoma P= Elaboración Propia SC= Sin Contestar						

Tabla 87. Pregunta 31. ¿Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma? e. Anatomía Patológica.

PREGUNTA 31. Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, ¿son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma?: e. Anatomía Patológica:			ESPAÑA			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	3	13	26	42
		% fi	7,1%	31,0%	61,9%	100,00%
	PRIVADO	nl	0	17	3	20
% fi		0,0%	85,0%	15,0%	100,00%	
TOTAL		nl	3	5	29	37
		% fi	8,1%	13,5%	78,4%	100,0%
FEM5 = 33,3%.						
			RESTO E.U			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	13	6	2	21
		% fi	61,9%	28,6%	9,5%	100,00%
	PRIVADO	nl	3	1	0	4
% fi		75,0%	25,0%	0,0%	100,00%	
TOTAL		nl	16	7	2	25
		% fi	64,0%	28,0%	8,0%	100,0%
A= de la Comunidad Autónoma P = Elaboración Propia SC= Sin contestar						

Tabla 88. Pregunta 31. ¿Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma? f. Dietética.

PREGUNTA 31º ¿Las categorías ponderadas o unidades relativas de estos servicios auxiliares, son elaboración propia o del servicio de salud de la comunidad autónoma?: f. Dietética			ESPAÑA			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	0	17	13	30
		% fi	0,0%	56,7%	43,3%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	0	18	2	20
		% fi	0,0%	90,0%	10,0%	100,0%
TOTAL		nl	0	5	15	20
TOTAL		% fi	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
test. p=0,02747, significativo, hospital público o privado influye						
			RESTO E.U			
			A	P	SC	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	13	7	1	21
		% fi	61,9%	33,3%	4,8%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	2	2	0	4
		% fi	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	15	9	1	25
TOTAL		% fi	60,0%	36,0%	4,0%	100,0%
A= De la Comunidad Autonoma P= Elaboración Propia SC= Sin Contestar						

En España, los hospitales privados responden más frecuentemente que las categorías ponderadas son de elaboración propia, frente a los hospitales públicos que son elaboración del Servicio de Salud de la Comunidad. No ocurre así respecto a los hospitales del resto de Europa donde la elaboración propia se da más en los hospitales públicos que en los privados. El tipo de hospital solamente influye en el caso de Dietética.

Tabla 89. Pregunta 32. ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: a. Radiología.

PREGUNTA 32º ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: a. Radiología:			ESPAÑA				
			TM	TE	T	C	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	14	0	3	5	22
		% fi	63,7%	0,0%	13,6%	22,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	8	1	2	11	22
		% fi	36,4%	4,3%	9,1%	50,0%	100,0%
TOTAL		nl	22	5	5	50	82
		% fi	26,8%	6,1%	6,1%	61,0%	100,0%
FEM5 = 50%. ji-cuadrado no tiene validez (número de datos insuficiente).							
			RESTO E.U				
			TM	TE	T	C	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	3	2	3	5	13
		% fi	23,1%	15,4%	23,1%	38,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	0	0	2	2
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	3	2	3	7	15
		% fi	20,0%	13,3%	20,0%	46,7%	100,0%
TM= Tiempo Médico. TE= Tiempo de enfermería. T= Tiempo máquina.C=Consumos Generales.							

Tabla 90. Pregunta 32. ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: b. Quirófanos.

PREGUNTA 32º ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: b. Quirófanos:			ESPAÑA				
			TM	TE	T	C	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	10	2	2	4	18
		% fi	55,6%	11,1%	11,1%	22,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	8	1	0	9	18
		% fi	44,4%	5,6%	0,0%	50,0%	100,0%
TOTAL		nl	18	5	2	50	75
		% fi	24,0%	6,7%	2,7%	66,7%	100,0%
FEM5 = 50%.							
			RESTO E.U				
			TM	TE	T	C	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	7	3	1	4	15
		% fi	46,7%	20,0%	6,7%	26,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	0	0	2	2
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	7	3	1	6	17
		% fi	41,2%	17,6%	5,9%	35,3%	100,0%
TM= Tiempo Médico. TE= Tiempo de enfermería. T= Tiempo máquina.C=Consumos Generales.							

Tabla 91. Pregunta 32. ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: c. Laboratorio de análisis Clínicos.

PREGUNTA 32º ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: c. Laboratorio de análisis Clínicos			ESPAÑA				
			TM	TE	T	C	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	14	1	5	7	27
		% fi	51,9%	3,7%	18,5%	25,9%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	2	1	12	21
		% fi	28,6%	9,5%	4,8%	57,1%	100,0%
TOTAL		nl	20	5	6	50	81
		% fi	24,7%	6,2%	7,4%	61,7%	100,0%
FEM5 = 50%.			RESTO E.U				
			TM	TE	T	C	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	4	3	2	2	11
		% fi	36,4%	27,3%	18,2%	18,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	0	0	2	2
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	4	3	2	4	13
		% fi	30,8%	23,1%	15,4%	30,8%	100,0%

TM= Tiempo Médico. TE= Tiempo de enfermería. T= Tiempo máquina.C=Consumos Generales.

Tabla 92. Pregunta 32. ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: d. Hematología.

PREGUNTA 32º ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: d. Hematología:			ESPAÑA				
			TM	TE	T	C	TOTAL
DEPENDENCIA FUNCIONAL	PUBLICO	nl	11	1	4	6	22
		% fi	50,0%	4,5%	18,2%	27,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	1	1	11	19
		% fi	31,6%	5,3%	5,3%	57,9%	100,0%
TOTAL		nl	17	5	5	50	77
		% fi	22,1%	6,5%	6,5%	64,9%	100,0%
FEM5 = 50%.			RESTO E.U				
			TM	TE	T	C	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	2	4	2	5	13
		% fi	15,4%	30,8%	15,4%	38,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	0	0	2	2
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	2	4	2	7	15
		% fi	13,3%	26,7%	13,3%	46,7%	100,0%

TM= Tiempo Médico. TE= Tiempo de enfermería. T= Tiempo máquina.C=Consumos Generales.

Tabla 93. Pregunta 32. ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: e. Anatomía patológica.

PREGUNTA 32º ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: e. Anatomía patológica:			ESPAÑA				
			TM	TE	T	C	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	9	2	2	7	20
		% fi	45,0%	10,0%	10,0%	35,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	8	1	1	10	20
		% fi	40,0%	5,0%	5,0%	50,0%	100,0%
TOTAL		nl	17	3	3	50	73
		% fi	23,3%	4,1%	4,1%	68,5%	100,0%
FEM5 = 50%.							
			RESTO E.U				
			TM	TE	T	C	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	2	3	2	3	10
		% fi	20,0%	30,0%	20,0%	30,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	0	0	2	2
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	2	3	2	5	12
		% fi	16,7%	25,0%	16,7%	41,7%	100,0%
TM= Tiempo Médico. TE= Tiempo de enfermería. T= Tiempo máquina.C=Consumos Generales.							

Tabla 94. Pregunta 32. ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: f. Dietética.

PREGUNTA 32º ¿En caso de que las unidades relativas de valor utilizadas sean propias, se calculan en base al factor?: f. Dietética:			ESPAÑA				
			TM	TE	T	C	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	4	1	2	12	19
		% fi	21,1%	5,3%	10,5%	63,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	5	0	1	16	22
		% fi	22,7%	0,0%	4,5%	72,7%	100,0%
TOTAL		nl	9	1	3	28	41
		% fi	22,0%	2,4%	7,3%	68,3%	100,0%
FEM5 = 75%. insuficiente número de datos							
			RESTO E.U				
			TM	TE	T	C	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	1	1	1	8	11
		% fi	9,1%	9,1%	9,1%	72,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	0	0	1	1
		% fi	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	1	1	1	9	12
		% fi	8,3%	8,3%	8,3%	75,0%	100,0%
TM= Tiempo Médico. TE= Tiempo de enfermería. T= Tiempo máquina.C=Consumos Generales.							

En España, de forma más usual los hospitales públicos utilizan el tiempo de dedicación médico como U.R.V's (Unidades Relativas de Valor), mientras que los hospitales privados responden que la base de sus U.R.V's son los consumos.

En el resto de Europa, los hospitales públicos calculan las U.R.V's en base al tiempo medico salvo en Radiología, Hematológica, Anatomía Patológica que lo hacen en base a los consumos.

En Dietética para ambas encuestas y para todos los hospitales se calcula según los Consumos realizados.

Consideramos que en los laboratorios, para la determinación del coste de cada prueba, las U.R.V's deberían expresar el tiempo del personal de enfermería o el tiempo máquina, más que considerar el tiempo médico. En cualquier caso, el cálculo de los costes unitarios de la producción intermedia con independencia del método seguido, favorece su imputación y, por tanto, obtener el coste de los pacientes.

Como dijimos anteriormente, para aplicar el test de la ji-cuadrado y poder determinar si existe dependencia entre la variable tipo de hospital y la variable que introduce cada pregunta es necesario que el “porcentaje de frecuencias esperadas menores a cinco (FEM5) sea inferior al 25%. En este caso como $FEM5 > 25\%$ no podemos procesar la ji-cuadrado por insuficiente número de datos, por lo que la dependencia de la respuesta obtenida respecto del tipo de hospital no puede ser analizada de forma estadística.

Tabla 95. Pregunta 33. ¿Cómo se organizan, en su hospital, los cuidados de enfermería?

PREGUNTA 33° ¿Cómo se organizan en su hospital los cuidados de enfermería?:			ESPAÑA			
			DENTRO DE SERV MEDICOS	UNID DE HOSPITALIZACION	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	21	94	11	126
		% fi	18,0%	73,4%	8,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	8	38	3	49
		% fi	16,3%	77,6%	6,1%	100,0%
TOTAL		nl	29	132	6,1	161
		% fi	48,3%	82,0%	10,2%	100,0%
FEM5 = 16,7%, p=0,81523 no significativo.						
			RESTO U.E			
			DENTRO DE SERV MEDICOS	UNID DE HOSPITALIZACION	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	19	30	2	51
		% fi	37,3%	58,8%	3,9%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	6		9
		% fi	33,3%	66,7%		100,0%
TOTAL		nl	22	36	2	60
		% fi	36,7%	60,0%	3,3%	100,0%

En España y en el resto de Europa, los cuidados de enfermería se organizan más frecuentemente por Unidades de Hospitalización, frente a la posibilidad de organizarlos dentro de los servicios médicos. La respuesta es superior en los hospitales privados.

Por tanto, si estas unidades de hospitalización son las responsables de la prestación de los cuidados enfermeros a los pacientes ingresados, pueden ser consideradas como Centros Auxiliares Asistenciales para calcular los costes por centros y su posterior imputación al paciente.

Tabla 96. Pregunta 34. ¿Cómo se identifican los procesos de enfermería?

PREGUNTA 34º			ESPAÑA				
¿Cómo se identifican los procesos de enfermería?:			ESTANCIAS	ESTANCIAS ESP	NIVELES DE CUIDADOS	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	70	3	31	12	116
		% fi	64,2%	1,8%	28,4%	5,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	29	2	11	8	50
		% fi	58,0%	4,0%	22,0%	16,0%	100,0%
TOTAL		nl	58	5	42	6	111
		% fi	100,0%	4,3%	37,9%	10,5%	100,0%
FEM5 = 37,5%.							
			RESTO U.E				
			ESTANCIAS	ESTANCIAS ESP	NIVELES DE CUIDADOS	OTROS	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	27	1	17	4	49
		% fi	55,1%	2,0%	34,7%	8,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	7	0	2	0	9
		% fi	77,8%		22,2%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	34	1	19	4	58
		% fi	58,6%	1,7%	32,8%	6,9%	100,0%
ESTANCIAS ESP= Estancias Especiales							

Los procesos de enfermería se identifican mayoritariamente por estancias en todos los hospitales, ya sean públicos o privados, españoles o del resto de Europa, y más en los hospitales privados del resto de Europa.

La opción de identificar los procesos por “niveles de cuidados de enfermería” se utiliza poco en España, aunque más en hospitales públicos al contrario de lo que ocurre en el resto de Europa, donde para esta opción son mayoría los hospitales privados. Estas respuestas no se ven influenciadas por el tipo de hospital.

La utilización de diagnósticos de enfermería NANDA de la American Nursing Diagnosis Association, los sistemas de clasificación de cuidados enfermeros como NIC-NOC (Nursing Interventions Classification, Nursing Outcomes Classification), clasificación de las intervenciones de enfermería y, clasificación de resultados de enfermería, permiten catalogar los cuidados enfermeros e incluso las cargas de trabajo de los mismos, mediante la aplicación de PRN’s (Process Research Nursing), que además son muy útiles para identificar el producto enfermero junto a los GDR’s y, de esta forma, hacer posible el cálculo del coste de dicho producto y su imputación a los pacientes.

Tabla 97. Pregunta 35. ¿Se calculan costes unitarios de los procesos de enfermería?

PREGUNTA 35° ¿Se calculan costes unitarios de los procesos de enfermería?:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	113	11	124
		% fi	91,1%	8,9%	100,0%
	PRIVADO	nl	44	12	56
		% fi	78,6%	21,4%	100,0%
TOTAL		nl	157	23	180
		% fi	87,2%	12,8%	100,0%
Ji-cuadrado: $p=0,03615$, significativo, por tanto sí influye el tipo de hospital					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	31	22	53
		% fi	58,5%	41,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	5	4	9
		% fi	55,6%	44,4%	100,0%
TOTAL		nl	36	26	62
		% fi	58,1%	41,9%	100,0%
E.U-test de Fisher $p=0,573$, es decir, no significativo.					

Las respuestas indican, tanto en España como en el resto de Europa, que mayoritariamente no se calculan los costes unitarios de enfermería. Prevalciendo más en los hospitales públicos que en los privados. El tipo de hospital influye en la respuesta con una confianza del 95%.

Esto tiene una importante repercusión a la hora de calcular los costes de los pacientes dado que la enfermería supone el 50 % del coste del proceso asistencial.

Tabla 98. Pregunta 36. ¿Se acumulan los costes de los procesos de enfermería a los pacientes?

PREGUNTA 36° ¿Se acumulan los costes de los procesos de enfermería a los pacientes?:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	98	20	118
		% fi	83,1%	16,9%	100,0%
	PRIVADO	nl	36	13	49
		% fi	73,5%	26,5%	100,0%
TOTAL		nl	134	33	167
		% fi	80,2%	19,8%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,22919, no significativo,					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	34	19	53
		% fi	64,2%	35,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	3	9
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
TOTAL		nl	40	22	62
		% fi	64,5%	35,5%	100,0%
E.U- (p=0,601), no significativo					

Las respuestas más frecuentes son las negativas, es decir no se acumulan dichos costes a los pacientes, y esto sucede tanto en España como en el resto de Europa, en hospitales públicos y privados. En España la respuesta negativa es superior en los hospitales públicos que en los privados, mientras que en el resto de Europa el sentido de respuesta es inverso. No existe influencia del tipo de hospital en la respuesta.

La identificación del proceso clínico o médico, junto al proceso enfermero, y en ellos el cálculo del coste de sus actividades es fundamental a la hora de calcular costes del proceso asistencial integral del paciente.

Tabla 99. Pregunta 37. ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.? a. hospitalización: a.1. Por estancias.

PREGUNTA 37º ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc? a. hospitalización: a.1. Por estancias:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	2	115	117
		% fi	1,7%	98,3%	100,0%
FINANCIACION	PRIVADO	nl	1	49	50
		% fi	2,0%	98,0%	100,0%
TOTAL		nl	3	164	167
		% fi	1,8%	98,2%	100,0%
Ji-cuadrado: p=1,0, es decir no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	13	40	53
		% fi	24,5%	75,5%	100,0%
FINANCIACION	PRIVADO	nl	0	9	9
		% fi	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	13	49	62
		% fi	21,0%	79,0%	100,0%
E.U- (p=0,601), no significativo					

Tabla 100. Pregunta 37. ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.? a. hospitalización: a.2. Por interconsultas intrahospitalarias.

PREGUNTA 37º ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc? a.2. Por interconsultas intrahospitalarias:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	35	40	75
		% fi	46,7%	53,3%	100,0%
FINANCIACION	PRIVADO	nl	9	15	24
		% fi	37,5%	62,5%	100,0%
TOTAL		nl	44	55	99
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,58189, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	39	14	53
		% fi	73,6%	26,4%	100,0%
FINANCIACION	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	43	19	62
		% fi	69,4%	30,6%	100,0%

Tabla 101. Pregunta 37. ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.? b. Ambulatorio: b.1. Primeras visitas y visitas sucesivas.

PREGUNTA 37º			ESPAÑA		
¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.?			NO	SI	TOTAL
b. Ambulatorio: b.1. Primeras visitas y visitas sucesivas:					
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	1	109	110
		% fi	0,9%	99,1%	100,0%
FINANCIACION	PRIVADO	nl	3	42	45
		% fi	6,7%	93,3%	100,0%
TOTAL		nl	4	151	155
		% fi	2,6%	97,4%	100,0%
Ji-cuadrado (tests Fisher): p=0,07393, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	12	41	53
		% fi	22,6%	77,4%	100,0%
FINANCIACION	PRIVADO	nl	2	7	9
		% fi	22,2%	77,8%	100,0%
TOTAL		nl	14	48	62
		% fi	22,6%	77,4%	100,0%

Tabla 102. Pregunta 37. ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.? b. Ambulatorio: b.2. Interconsultas ambulatorias.

PREGUNTA 37º			ESPAÑA		
¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.?			NO	SI	TOTAL
b.2. Interconsultas ambulatorias:					
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	35	40	75
		% fi	46,7%	53,3%	100,0%
FINANCIACION	PRIVADO	nl	8	20	28
		% fi	28,6%	71,4%	100,0%
TOTAL		nl	43	60	103
		% fi	41,7%	58,3%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,15206, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	41	12	53
		% fi	77,4%	22,6%	100,0%
FINANCIACION	PRIVADO	nl	5	4	9
		% fi	55,6%	44,4%	100,0%
TOTAL		nl	46	16	62
		% fi	74,2%	25,8%	100,0%
E,U-No significativa (p=0,165).					

Tabla 103. Pregunta 37. ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.? c. Exploraciones y tratamientos especiales.

PREGUNTA 37º ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.? c. Exploraciones y tratamientos especiales:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	14	70	84
		% fi	16,7%	83,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	26	29
		% fi	10,3%	89,7%	100,0%
TOTAL		nl	17	96	113
		% fi	15,0%	85,0%	100,0%
Ji-cuadrado (test Fisher): p=0,55289, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	32	21	53
		% fi	60,4%	39,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	36	26	62
		% fi	58,1%	41,9%	100,0%
No significativa (p=0,165).					

Tabla 104. Pregunta 37. ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.? d. Intervenciones: d.1. Anestesia general.

PREGUNTA 37º ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.? d. Intervenciones: d1. Anestesia general			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	8	85	93
		% fi	8,6%	91,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	1	38	39
		% fi	2,6%	97,4%	100,0%
TOTAL		nl	9	123	132
		% fi	6,8%	93,2%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,28024, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	25	28	53
		% fi	47,2%	52,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	29	33	62
		% fi	46,8%	53,2%	100,0%

Tabla 105. Pregunta 37. ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.? d. Intervenciones: d.2. Anestesia local.

PREGUNTA 37º ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.? d.2. Anestesia local:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	7	83	90
		% fi	7,8%	92,2%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	1	35	36
		% fi	2,8%	97,2%	100,0%
TOTAL		nl	8	118	126
TOTAL		% fi	6,3%	93,7%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,42782, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	25	28	53
		% fi	47,2%	52,8%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	29	33	62
TOTAL		% fi	46,8%	53,2%	100,0%

Tabla 106. Pregunta 37. ¿Cómo identifica la actividad realizada por los servicios médicos o centros de costes principales como medicina interna, cirugía general, etc.? e. Todas las actividades anteriores dependiendo si el servicio es médico o quirúrgico.

PREGUNTA 37º-e ¿Todas las actividades anteriores dependiendo si el servicio es médico o quirúrgico?.			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	7	70	77
		% fi	9,1%	90,9%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	6	29	35
		% fi	17,1%	82,9%	100,0%
TOTAL		nl	13	99	112
TOTAL		% fi	11,6%	88,4%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,22201, no significativo. no influye el tipo de hospital.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	34	19	53
		% fi	64,2%	35,8%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	38	24	62
TOTAL		% fi	61,3%	38,7%	100,0%
E.U- (p=0,224), no significativa					

Los hospitales españoles y del resto de Europa identifican más frecuentemente la actividad realizada por los servicios médicos a través de medidas tradicionales. La hospitalización por estancias e interconsultas intrahospitalarias, y en régimen ambulatorio por primeras visitas e interconsultas ambulatorias así como por exploraciones y tratamientos especiales y en actividad quirúrgica por intervenciones.

El uso de estas medidas tradicionales es más acentuado en España en los hospitales privados al revés que ocurre en los hospitales del resto de Europa y dependiendo de si el servicio es médico o quirúrgico. Su resultado indica que no influye el tipo de hospital.

Tabla 107. Pregunta 38. ¿Estas actividades, son ponderadas para el cálculo de costes unitarios a través de los costes de centros principales (medicina interna, cirugía general, etc.)?.

PREGUNTA 38° ¿Estas actividades, ¿son ponderadas para el cálculo de costes unitarios a través de los costes de centros principales (medicina interna, cirugía general, etc.)?			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	32	75	107
		% fi	29,9%	70,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	23	18	41
		% fi	56,1%	43,9%	100,0%
TOTAL		nl	55	93	148
		% fi	37,2%	62,8%	100,0%
Ji- cuadrado: p=0,00577, significativo,					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	32	21	53
		% fi	60,4%	39,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	7	2	9
		% fi	77,8%	22,2%	100,0%
TOTAL		nl	39	23	62
		% fi	62,9%	37,1%	100,0%
E,U- (p=0,272), no significativa					

Los hospitales públicos españoles contestan mayoritariamente que sí ponderan las actividades aunque también lo realizan los hospitales privados, aunque

en menor medida ya que en estos últimos las respuestas negativas son superiores. En el resto de Europa son más frecuentes las respuestas negativas en ambos tipos de hospitales, sobre todo en los hospitales privados.

Las respuestas anteriores hacen suponer que, en España, los hospitales públicos al utilizar más los modelos definidos por sus respectivos Servicios de Salud, utilizan unidades de Ponderación como las ya descritas: U.R.V's (Unidades Relativas de Valor). UBA's (Unidades Básicas Asistenciales). UCA's (Unidades de Concierto Asistencial). UPA's, (Unidades de Ponderación Asistencial). UMA'S (Unidades e medida Asistencial) o, EVA's (Escalas de Valoración Asistencial). Todas estas medidas son utilizadas al efecto de ponderar y homogeneizar las actividades realizadas por los Centros de Coste, aunque presentan diferentes coeficientes de ponderación según la carga que tiene cada actividad, y facilitan la distribución de los costes totales para obtener costes unitarios medios. El tipo de hospital influye en la respuesta dada.

Tabla 108. Pregunta 39. ¿Qué tipo de ponderación utiliza?

PREGUNTA 39ª			ESPAÑA				
¿Qué tipo de ponderación utiliza?:			URV	UBA	UCA	UPA	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	26	14	1	51	92
		% fi	28,3%	15,2%	1,1%	55,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	6	3	8	23
		% fi	26,1%	26,1%	13,0%	34,8%	100,0%
TOTAL		nl	32	20	6,1	6,1	52
		% fi	61,5%	38,5%	11,7%	11,7%	100,0%
FEM5 = 37,5%. No realizamos el test.							
			RESTO U.E				
			URV	UBA	UCA	UPA	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	13	2	5	3	23
		% fi	56,5%	8,7%	21,7%	13,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	0			2
		% fi	100,0%	0,0%			100,0%
TOTAL		nl	15	2	5	3	25
		% fi	60,0%	8,0%	20,0%	12,0%	100,0%
URV=Unidades Relativas de Valor. UBAS=Unidades Básicas Asistenciales; UCAS=Unidades de Concierto Asistencial UPAS= Unidades de Proceso Asistencial							

En España los hospitales, ya sean públicos o privados, la medida que más utilizan son las UPA's (Unidades de Proceso Asistencial), quizás porque corresponden al modelo del INSALUD, que abarca un ámbito territorial mayor, y dado que también fueron adoptadas por determinadas Comunidades Autónomas como el País Vasco. En los hospitales del resto de Europa son las Unidades Relativas de Valor las más usadas (U.R.V's) tanto en públicos como privados, que como hemos deducido en las preguntas anteriores son más frecuentemente de elaboración propia lo que afecta a la homogenización de las mismas y tienen influencia a efectos comparativos de los costes.

Tabla 109. Pregunta 40. ¿Se obtienen los costes unitarios de cada actividad intermedia (primeras visitas, sucesivas intervenciones, etc.) de los servicios principales (medicina interna, cirugía, etc.)?

PREGUNTA 40º ¿Se obtienen los costes unitarios de cada actividad intermedia (primeras visitas ,sucesivas intervenciones, etc.) de los servicios principales (medicina interna, cirugía, etc.)?:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	52	68	120
		% fi	43,3%	56,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	26	20	46
		% fi	56,5%	43,5%	100,0%
TOTAL		nl	78	88	166
		% fi	47,0%	53,0%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,17699, no significativo.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	35	18	53
		% fi	66,0%	34,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	3	9
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
TOTAL		nl	41	21	62
		% fi	66,1%	33,9%	100,0%

Los hospitales españoles públicos si calculan, muy frecuentemente, los costes unitarios de las actividades intermedias de los centros principales, mientras

que los hospitales privados responden mayormente de forma negativa, al igual que ocurre en los hospitales del resto de Europa tanto públicos como privados. El tipo de hospital no influye sobre la respuesta dada.

Tabla 110. Pregunta 41. ¿Los costes unitarios de las actividades intermedias (primeras visitas, sucesivas, etc.), se acumulan para obtener el coste por paciente?

PREGUNTA 41º ¿Los costes unitarios de las actividades intermedias (primeras visitas, sucesivas, etc.) se acumulan para obtener el coste por paciente?:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	0	27	27
		% fi	0,0%	100,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	0	13	13
		% fi	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	0	40	40
		% fi	0,0%	100,0%	100,0%
No puede computarse el test debido a que sólo existe una categoría.					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	44	9	53
		% fi	83,0%	17,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	3	9
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
TOTAL		nl	50	12	62
		% fi	80,6%	19,4%	100,0%

Analizando los datos de esta pregunta y observando las respuestas afirmativas obtenidas en relación a las contestadas, es poco representativa y consideramos que no se acumulan para obtener el coste del paciente a nivel de los hospitales públicos y privados de España tal y como también se pone de manifiesto para los hospitales del resto de Europa siendo en los públicos en ambos ámbitos mayor el número de respuestas negativas.

Esta afirmación también la realizamos basándonos en las respuestas obtenidas en la pregunta 45.

Tabla 111. Pregunta 42. ¿En qué porcentaje se encuentran informatizados los siguientes servicios?

42º. ¿En qué porcentaje se encuentran informatizados los siguientes servicios?							
ESPAÑA					RESTO U.E		
Nº de Serie	Servicios	H. Público	H. Privado	p-valor	N	Media	DE
42.a	S. Principales	60,0±28,9	No hay casos	No procede	38	57,18	36,33
42.b	Radiología	63,5±28,4	No hay casos	No procede	44	80,57	27,45
42.c	A. Clínicos	77,0±26,4	No hay casos	No procede	43	86,81	23,71
42.d	Hematología	72,0±26,6	No hay casos	No procede	42	84,29	26,05
42.e	Quirófanos	65,9±52,8	No hay casos	No procede	40	58,12	36,3
42.f	A. Patológica	73,4±30,3	No hay casos	No procede	34	71,91	36,14
42.g.	Dietética	68,2±36,7	No hay casos	No procede	38	54,34	36,65
42.h	Mantenimiento	65,0±31,9	No hay casos	No procede	33	51,97	33,68
42.i	Bioingeniería	43,2±40,1	No hay casos	No procede	31	65	36,77
42.j	Administración	88,8±19,4	No hay casos	No procede	44	82,84	22,29
42.k	hospitalización	59,3±37,1	No hay casos	No procede	38	60,82	36,91

No procede el contraste de hipótesis por falta de datos

Se trata de una subdivisión de la pregunta formulada en distintos apartados por variables separadas, con la salvedad de que se trata de variables continuas y no categóricas como toda la serie que estamos describiendo ya que son mediciones porcentuales libres, es decir, es como si tuviéramos una variable medida en una unidad determinada y ésta es un porcentaje.

Las resumimos en la tabla que representa cada uno de los servicios de la pregunta 42 con su número de orden dentro de la encuesta, y expresando la media del porcentaje y desviación estándar obtenidos en el cruce con la variable tipo de hospital.

En España, el nivel de informatización de los hospitales públicos es superior al 59 % de media, salvo en el caso de bioingeniería, lo que implica un nivel elevado

en los servicios centrales. En el resto de Europa y para los hospitales públicos el nivel de informatización aunque no tan alto como en el caso español es de media superior al 54%.

Como en gran parte de los servicios informatizados, como se constató en una pregunta anterior (pregunta 19), eran de elaboración propia o de empresas particulares diversas, no podemos considerar que exista una homogeneidad de los mismos

De los hospitales privados (españoles y del resto de Europa) no se dispone de datos. En este caso, como es lógico, no procede el contraste de hipótesis ya que únicamente hay datos para el tipo de hospital público y, por tanto, no podemos comparar estos datos con los obtenidos en los privados.

Tabla 112. Pregunta 43. ¿Se calculan las amortizaciones por el inmovilizado de los centros de costes para su afectación a los mismos?

PREGUNTA 43º ¿Se calculan las amortizaciones por el inmovilizado, de los centros de costes para su afectación a los mismos?.			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	80	37	117
		% fi	68,4%	31,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	18	34	52
		% fi	34,6%	65,4%	100,0%
TOTAL		nl	98	71	169
		% fi	58,0%	42,0%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,00004, resultado muy significativo					
			RESTO U.E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	32	21	53
		% fi	60,4%	39,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	7	2	9
		% fi	77,8%	22,2%	100,0%
TOTAL		nl	39	23	62
		% fi	62,9%	37,1%	100,0%

En los hospitales públicos españoles son superiores las respuestas negativas, al igual que ocurre en los hospitales públicos y privados del resto de Europa. Los hospitales privados españoles declaran más frecuentemente que sí calculan las amortizaciones en los centros de coste para su afectación a los mismos.

Consideramos que las respuestas negativas se deben principalmente a la inexistencia de un Inventario de Bienes que permita su cálculo, ya que en los hospitales públicos las amortizaciones no tienen reflejo en el presupuesto. Los resultados observados dependen del tipo de hospital que ha contestado, es decir si es público o privado.

Tabla 113. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?:
a. Servicios principales.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: a. Servicios principales:			ESPAÑA			
			M	I	NO	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	47	22	34	103
		% fi	45,6%	21,4%	33,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	11	14	12	37
		% fi	29,7%	37,8%	32,5%	100,0%
TOTAL		nl	58	36	46	140
		% fi	41,4%	25,7%	86,8%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,10338, no significativo.						
			RESTO U.E			
			M	I	NO	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	9	25	10	44
		% fi	20,5%	56,8%	22,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	4	2	9
		% fi	33,3%	44,4%	22,3%	100,0%
TOTAL		nl	12	29	12	53
		% fi	22,6%	54,7%	22,6%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 114. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: b. Documentación clínica.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes? b. Documentación clínica:			ESPAÑA			
			M	I	NO	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	50	36	21	107
		% fi	46,7%	33,6%	19,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	12	8	15	35
		% fi	34,3%	22,9%	42,9%	100,0%
TOTAL		nl	62	44	36	142
		% fi	43,7%	31,0%	64,3%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,02305, resultado significativo.						
			RESTO U.E			
			M	I	NO	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	11	19	17	47
		% fi	23,4%	40,4%	36,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	2	4	9
		% fi	33,3%	22,2%	44,4%	100,0%
TOTAL		nl	14	21	21	56
		% fi	25,0%	37,5%	37,5%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 115. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: c. Estadística asistencial.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: c. Estadística asistencial:			ESPAÑA			
			M	I	NO	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	59	39	11	109
		% fi	54,1%	35,8%	10,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	11	20	7	38
		% fi	28,9%	52,6%	18,4%	100,0%
TOTAL		nl	70	59	18	147
		% fi	47,6%	40,1%	33,3%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,02545, resultado significativo.						
			RESTO U.E			
			M	I	NO	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	8	26	11	45
		% fi	17,8%	57,8%	24,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	4	2	9
		% fi	33,3%	44,4%	22,2%	100,0%
TOTAL		nl	11	30	13	54
		% fi	20,4%	55,6%	24,1%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 116. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: d. Personal.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: d. Personal:			ESPAÑA			
			M	I	NO	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	47	58	6	111
		% fi	42,3%	52,3%	5,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	13	22	7	42
		% fi	31,0%	52,4%	16,7%	100,0%
TOTAL		nl	60	80	13	153
		% fi	39,2%	52,3%	23,6%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,06217, no significativo (p>0,05).						
			RESTO U.E			
			M	I	NO	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	8	34	4	46
		% fi	17,4%	73,9%	8,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	1	8	0	9
		% fi	11,1%	88,9%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	9	42	4	55
		% fi	16,4%	76,4%	7,3%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 117. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: e. Lab. Análisis clínicos.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: e. Lab. Análisis clínicos:			ESPAÑA			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	53	27	23	103
		% fi	53,3%	25,2%	21,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	13	16	9	38
		% fi	34,2%	42,1%	23,7%	100,0%
TOTAL		nl	66	43	32	141
		% fi	46,8%	30,5%	22,7%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,08792, no significativo.						
			RESTO .U. E			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	7	29	7	43
		% fi	16,3%	67,4%	16,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	4	2	9
		% fi	33,3%	44,4%	22,2%	99,9%
TOTAL		nl	10	33	9	52
		% fi	19,2%	63,5%	17,3%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 118. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: f. Hematología.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes? f. Hematología:			ESPAÑA			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	54	25	25	104
		% fi	51,9%	24,0%	24,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	12	11	10	33
% fi		36,4%	33,3%	30,3%	100,0%	
TOTAL		nl	66	36	35	137
		% fi	48,2%	26,3%	25,5%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,29122, no significativo.						
			RESTO .U. E			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	9	25	7	41
		% fi	22,0%	61,0%	17,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	5	2	9
% fi		22,2%	55,6%	22,2%	100,0%	
TOTAL		nl	11	30	9	50
		% fi	22,0%	60,0%	18,0%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 119. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: g. Radiología.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes? g. Radiología			ESPAÑA			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	56	24	27	107
		% fi	52,3%	22,4%	25,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	14	13	12	39
% fi		35,9%	33,3%	30,8%	100,0%	
TOTAL		nl	70	37	39	146
		% fi	47,9%	25,3%	26,7%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,19401, no significativo.						
			RESTO .U. E			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	7	27	9	43
		% fi	16,3%	62,8%	20,9%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	5	2	9
% fi		22,2%	55,6%	22,2%	100,0%	
TOTAL		nl	9	32	11	52
		% fi	17,3%	61,5%	21,2%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 120. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: h. Anatomía patológica.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes? h. Anatomía patológica:			ESPAÑA			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	53	19	26	98
		% fi	54,1%	19,4%	26,5%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	12	9	11	32
		% fi	37,5%	28,1%	34,4%	100,0%
TOTAL		nl	65	28	37	130
TOTAL		% fi	50,0%	21,5%	28,5%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,25884, no significativo.						
			RESTO .U. E			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	6	25	10	41
		% fi	14,6%	61,0%	24,4%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	3	2	3	8
		% fi	37,5%	25,0%	37,5%	100,0%
TOTAL		nl	9	27	13	49
TOTAL		% fi	18,4%	55,1%	26,5%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 121. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: i. Alimentación-dietética.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes? i. Alimentación-dietética:			ESPAÑA			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	59	25	19	103
		% fi	57,3%	24,3%	18,4%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	14	6	18	38
		% fi	36,8%	15,8%	47,4%	100,0%
TOTAL		nl	73	31	37	141
TOTAL		% fi	51,8%	22,0%	26,2%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,00248, resultado muy significativo.						
			RESTO .U. E			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	8	22	15	45
		% fi	17,8%	48,9%	33,3%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	4	2	3	9
		% fi	44,4%	22,2%	33,3%	99,9%
TOTAL		nl	12	24	18	54
TOTAL		% fi	22,2%	44,4%	33,3%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 122. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: j. Facturación.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes? j. Facturación:			ESPAÑA			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	46	43	14	103
		% fi	44,7%	41,7%	13,6%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	9	25	8	42
		% fi	21,4%	59,5%	19,0%	100,0%
TOTAL		nl	55	68	22	145
TOTAL		% fi	37,9%	46,9%	15,2%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,03270, resultado significativo.						
			RESTO .U. E			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	2	33	9	44
		% fi	4,5%	75,0%	20,5%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	1	8	0	9
		% fi	11,1%	88,9%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	3	41	9	53
TOTAL		% fi	5,7%	77,4%	17,0%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 123. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: k. Contabilidad general.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes? k. Contabilidad general:			ESPAÑA			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	51	42	13	106
		% fi	48,1%	39,6%	12,3%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	9	24	8	41
		% fi	22,0%	58,5%	19,5%	100,0%
TOTAL		nl	60	66	21	147
TOTAL		% fi	40,8%	44,9%	14,3%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,01499, resultado significativo.						
			RESTO .U. E			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	4	37	5	46
		% fi	8,7%	80,4%	10,9%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	0	9	0	9
		% fi	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	4	46	5	55
TOTAL		% fi	7,3%	83,6%	9,1%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 124. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: l. Consumos de almacenes generales.

PREGUNTA 44º			ESPAÑA			
¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?			M	I	No	TOTAL
l. Consumos de almacenes generales:						
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	46	60	6	112
		% fi	41,1%	53,6%	5,4%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	12	19	10	41
		% fi	29,3%	46,3%	24,4%	100,0%
TOTAL		nl	58	79	16	153
TOTAL		% fi	37,9%	51,6%	10,5%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,00273, resultado muy significativo.						
			RESTO .U. E			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	6	31	8	45
		% fi	13,3%	68,9%	17,8%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	2	6	1	9
		% fi	22,2%	66,7%	11,1%	100,0%
TOTAL		nl	8	37	9	54
TOTAL		% fi	14,8%	68,5%	16,7%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 125. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: m. Consumos de farmacia.

PREGUNTA 44º			ESPAÑA			
¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?			M	I	No	TOTAL
m. Consumos de farmacia:						
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	56	50	7	113
		% fi	49,6%	44,2%	6,2%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	13	22	8	43
		% fi	30,2%	51,2%	18,6%	100,0%
TOTAL		nl	69	72	15	156
TOTAL		% fi	44,2%	46,2%	9,6%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,01886, resultado significativo.						
			RESTO .U. E			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	11	28	7	46
		% fi	23,9%	60,9%	15,2%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	2	6	1	9
		% fi	22,2%	66,7%	11,1%	100,0%
TOTAL		nl	13	34	8	55
TOTAL		% fi	23,6%	61,8%	14,5%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 126. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: n. Consumos de unidosis.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes? n. Consumos de unidosis:			ESPAÑA			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	45	30	24	99
		% fi	45,5%	30,3%	24,2%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	10	14	30
		% fi	20,0%	33,3%	46,7%	100,0%
TOTAL		nl	51	40	38	129
		% fi	39,5%	31,0%	29,5%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,02053, resultado significativo.						
			RESTO .U. E			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	6	16	18	40
		% fi	15,0%	40,0%	45,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	2	3	8
		% fi	37,5%	25,0%	37,5%	100,0%
TOTAL		nl	9	18	21	48
		% fi	18,8%	37,5%	43,8%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

Tabla 127. Pregunta 44. ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes?: o. Unidades de hospitalización.

PREGUNTA 44º ¿Qué sistemas de información están conectados con el de costes de los siguientes? o. Unidades de hospitalización:			ESPAÑA			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	49	22	33	104
		% fi	47,1%	21,2%	31,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	9	16	13	38
		% fi	23,7%	42,1%	34,2%	100,0%
TOTAL		nl	58	38	46	142
		% fi	40,8%	26,8%	32,4%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,01531, resultado muy significativo.						
			RESTO .U. E			
			M	I	No	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	9	24	10	43
		% fi	20,9%	55,8%	23,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	5	0	8
		% fi	37,5%	62,5%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	12	29	10	51
		% fi	23,5%	56,9%	19,6%	100,0%
M=Manual; I=Informatizado						

En los hospitales públicos españoles se observa como el nivel de informatización es escaso excepto en el sistema de personal y en el almacén general. En el resto de sistemas la información se obtiene manualmente.

En los hospitales privados españoles, el nivel de informatización es mucho mayor, incluso casi total excepto en los Sistemas de Hematología, Radiología y Anatomía Patológica donde la información se vuelca manualmente. Hemos de destacar el elevado número de respuestas negativas en las áreas de Documentación clínica, Dietética y Consumos de Unidosis. Aunque la situación es peor (con menos informatización) en los hospitales públicos que en los privados, en términos generales podemos decir que ninguno se encuentra en situación de facilitar información al sistema de costes de forma automática, por lo que no es fácil registrar la información por paciente.

Los hospitales públicos del resto de Europa tienen un nivel de informatización superior a los hospitales españoles salvo en los Sistema de Unidosis y Unidades de Hospitalización. Los hospitales privados tienen un nivel menor que los hospitales públicos del resto de Europa, pero mayor que los hospitales privados de España. En términos globales, los hospitales del resto de Europa están en mejor situación de conectarse automáticamente con el sistema de costes. El tipo de hospital no influye en las respuestas salvo en las Unidades de Hospitalización.

Los sistemas de información conectados con el sistema de costes son los que aparecen resumidos en la siguiente tabla:

Tabla 128. Pregunta 44.1. Resumen de respuestas mayoritariamente contestadas.

RESUMEN DE RESPUESTAS MAYORITARIAMENTE CONTESTADAS				
	PUBLICOS	Manual	Informaticos	NO
		ESPAÑA	PUBLICOS	Doc Clínica;
Hematología;	Cs Alm General			
Radiología;				
Anat Patologica;				
A dietética;				
Cs Unidosis;				
Unid Hospitalización;				
+ (1)				
Del 44.7% Fact al 57,3% de A-Dietetica;	1 ^o - 52,3 % (2 ^o)-53,6%			
PRIVADOS	Manual		Informaticos	NO
PRIVADOS	Hematología,	Personal;	Documentación	
	Radiología,	Cs Alm General;	Alim dietética	
	Anat Patologica	Unid Hospitaliz	Cs Unidosis	
	+ (1)			
	Del 35.9% de Radiolg al 37.5% de Anat Patologica	Del 37.8 % Serv Princip al 59.5% de Facturación		
RESTO U.E	PUBLICOS	Cs Unidosis;	Doc Clínica	
		Unid Hospitalización;	Personal	
			Hematología;	
			Radiología;	
			Anat Patologica;	
			A dietética;	
			Cs General;	
		+ (1)		
	PRIVADOS	Manual	Informaticos	NO
	PRIVADOS	Doc Clínica;	Personal	
Anat Patologica;		Hematología;		
A dietética;		Radiología;		
Cs Unidosis;		Cs General;		
		Unid de Hospitaliz		
	+ (1)			

(1)=Sev Principales y resto Servicios Estructurales.

Tabla 129. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? a. Servicios principales.

PREGUNTA 45 ^o		ESPAÑA			
¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes?.		CC	P	TOTAL	
a. Servicios principales:					
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	77	9	86
		% fi	89,5%	10,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	17	10	27
		% fi	63,0%	37,0%	100,0%
TOTAL		nl	94	19	113
		% fi	83,2%	16,8%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,00277, resultado muy significativo,					
		RESTO .U. E			
		CC	P	TOTAL	
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	25	12	37
		% fi	67,6%	32,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	4	6
		% fi	33,3%	66,7%	100,0%
TOTAL		nl	27	16	43
		% fi	62,8%	37,2%	100,0%

CC= Centros de Coste; P=Pacientes

Tabla 130. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? b. Documentación clínica.

PREGUNTA 45 ^o ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? b. Documentación clínica			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	66	21	87
		% fi	75,9%	24,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	10	9	19
		% fi	52,6%	47,4%	100,0%
TOTAL		nl	76	30	106
		% fi	71,7%	28,3%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,04170, resultado significativo					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	22	11	33
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	1	4	5
		% fi	20,0%	80,0%	100,0%
TOTAL		nl	23	15	38
		% fi	60,5%	39,5%	100,0%
Resultado no significativo (p=0,069), CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 131. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? c. Estadística asistencial.

PREGUNTA 45 ^o ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? c. Estadística asistencial:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	86	10	96
		% fi	89,6%	10,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	18	10	28
		% fi	64,3%	35,7%	100,0%
TOTAL		nl	104	20	124
		% fi	83,9%	16,1%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,00300, resultado muy significativo.					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	24	12	36
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	4	7
		% fi	42,9%	57,1%	100,0%
TOTAL		nl	27	16	43
		% fi	62,8%	37,2%	100,0%
Resultado no significativo (p=0,220). CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 132. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? d. Personal.

PREGUNTA 45º ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? d. Personal:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	101	4	105
		% fi	96,2%	3,8%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	27	6	33
		% fi	81,8%	18,2%	100,0%
TOTAL		nl	128	10	138
TOTAL		% fi	92,8%	7,2%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,01249, resultado significativo.					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	33	7	40
		% fi	82,5%	17,5%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	6	2	8
		% fi	75,0%	25,0%	100,0%
TOTAL		nl	39	9	48
TOTAL		% fi	81,3%	18,8%	100,0%
Resultado no significativo (p=0,220).					
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 133. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? e. Análisis clínicos.

PREGUNTA 45º ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? e. Análisis clínicos:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	87	7	94
		% fi	92,6%	7,4%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	18	10	28
		% fi	64,3%	35,7%	100,0%
TOTAL		nl	105	17	122
TOTAL		% fi	86,1%	13,9%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,00060, resultado muy significativo					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	26	13	39
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	3	3	6
		% fi	50,0%	50,0%	100,0%
TOTAL		nl	29	16	45
TOTAL		% fi	64,4%	35,6%	100,0%
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 134. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? f. Hematología.

PREGUNTA 45° ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? f. Hematología:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	82	6	88
		% fi	93,2%	6,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	13	8	21
% fi		61,9%	38,1%	100,0%	
TOTAL		nl	95	14	109
		% fi	87,2%	12,8%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,00077, resultado muy significativo.					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	28	10	38
		% fi	73,7%	26,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	4	6
% fi		33,3%	66,7%	100,0%	
TOTAL		nl	30	14	44
		% fi	68,2%	31,8%	100,0%
p=0,712, no significativa					
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 135. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? g. Radiología.

PREGUNTA 45° ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? g. Radiología:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	83	7	90
		% fi	92,2%	7,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	18	10	28
% fi		64,3%	35,7%	100,0%	
TOTAL		nl	101	17	118
		% fi	85,6%	14,4%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,00081, resultado muy significativo.					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	24	14	38
		% fi	63,2%	36,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	3	3	6
% fi		50,0%	50,0%	100,0%	
TOTAL		nl	27	17	44
		% fi	61,4%	38,6%	100,0%
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 136. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? h. Anatomía patológica.

PREGUNTA 45º ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? h. Anatomía patológica:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	78	5	83
		% fi	94,0%	6,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	14	8	22
		% fi	63,6%	36,4%	100,0%
TOTAL		nl	92	13	105
		% fi	87,6%	12,4%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,00073, muy significativo					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	23	11	34
		% fi	67,6%	32,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	2	4
		% fi	50,0%	50,0%	100,0%
TOTAL		nl	25	13	38
		% fi	65,8%	34,2%	100,0%
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 137. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? i. Alimentación-dietética.

PREGUNTA 45º ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? i. Alimentación-dietética:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	83	7	90
		% fi	92,2%	7,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	18	7	25
		% fi	72,0%	28,0%	100,0%
TOTAL		nl	101	14	115
		% fi	87,8%	12,2%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,01226, resultado significativo.					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	29	8	37
		% fi	78,4%	21,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	1	4	5
		% fi	20,0%	80,0%	100,0%
TOTAL		nl	30	12	42
		% fi	71,4%	28,6%	100,0%
(p=0,018) Resultado significativo					
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 138. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? j. Facturación.

PREGUNTA 45° ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? j. Facturación:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	71	11	82
		% fi	86,6%	13,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	24	9	33
		% fi	72,7%	27,3%	100,0%
TOTAL		nl	95	20	115
		% fi	82,6%	17,4%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,13320, no significativo,					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	30	10	40
		% fi	75,0%	25,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	3	9
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
TOTAL		nl	36	13	49
		% fi	73,5%	26,5%	100,0%
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 139. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? k. Contabilidad general.

PREGUNTA 45° ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? k. Contabilidad general:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	86	3	89
		% fi	96,6%	3,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	25	7	32
		% fi	78,1%	21,9%	100,0%
TOTAL		nl	111	10	121
		% fi	91,7%	8,3%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,00337, resultado muy significativo					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	35	6	41
		% fi	85,4%	14,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	7	2	9
		% fi	77,8%	22,2%	100,0%
TOTAL		nl	42	8	50
		% fi	84,0%	16,0%	100,0%
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 140. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? l. Consumos de almacenes generales.

PREGUNTA 45 ^o ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? l. Consumos de almacenes generales:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	104	4	108
		% fi	96,3%	3,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	25	7	32
		% fi	78,1%	21,9%	100,0%
TOTAL		nl	129	11	140
		% fi	92,1%	7,9%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,00300, resultado muy significativo.					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	34	5	39
		% fi	87,2%	12,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	5	2	7
		% fi	71,4%	28,6%	100,0%
TOTAL		nl	39	7	46
		% fi	84,8%	15,2%	100,0%
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 141. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? m. Consumos de farmacia.

PREGUNTA 45 ^o ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? m. Consumos de farmacia:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
TIPO DE FINANCIACION	PUBLICO	nl	100	6	106
		% fi	94,3%	5,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	26	8	34
		% fi	76,5%	23,5%	100,0%
TOTAL		nl	126	14	140
		% fi	90,0%	10,0%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,00568, resultado muy significativo.					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	30	8	38
		% fi	78,9%	21,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	5	2	7
		% fi	71,4%	28,6%	100,0%
TOTAL		nl	35	10	45
		% fi	77,8%	22,2%	100,0%
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 142. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? n. Consumos de unidosis.

PREGUNTA 45º ¿Estos sistemas de información, en información al caso de proporcionar sistema de costes y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? n. Consumos de unidosis:			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	64	8	72
		% fi	88,9%	11,1%	100,0%
	PRIVADO	nl	12	6	18
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
TOTAL		nl	76	14	90
		% fi	84,4%	15,6%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,03061, resultado significativo.					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	24	6	30
		% fi	80,0%	20,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	1	4	5
		% fi	20,0%	80,0%	100,0%
TOTAL		nl	25	10	35
		% fi	71,4%	28,6%	100,0%
p=0,017 estadísticamente significativo					
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

Tabla 143. Pregunta 45. ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, lo hacen por centros de costes o por pacientes? o. Unidades de hospitalización.

PREGUNTA 45º ¿Estos sistemas de información, en el caso de proporcionar información al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes?.			ESPAÑA		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	77	7	84
		% fi	96,7%	8,3%	105,0%
	PRIVADO	nl	20	9	29
		% fi	69,0%	31,0%	100,0%
TOTAL		nl	97	16	113
		% fi	85,8%	14,2%	100,0%
Ji-cuadrado (Fisher): p=0,00493, resultado muy significativo.					
			RESTO .U. E		
			CC	P	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	27	7	34
		% fi	79,4%	20,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	3	7
		% fi	57,1%	42,9%	100,0%
TOTAL		nl	31	10	41
		% fi	75,6%	24,4%	100,0%
CC= Centros de Coste; P=Pacientes					

La mayoría de los hospitales españoles, así como los del resto de Europa facilitan la información por Centros de Costes. Este hecho es más acusado, en ambos casos, en los hospitales públicos. Respecto a la información por paciente son los Hospitales privados españoles como del resto de Europa los que con más frecuencia la presentan.

En el caso de los hospitales privados del resto de Europa estos ofrecen información por paciente en todos sus sistemas de información de forma más frecuente a excepción de los sistemas de Personal, Facturación, Contabilidad General y en Almacenes Generales y Farmacia, a pesar de que en estos últimos se afirma mayoritariamente disponer de unidosis, tal y como deducimos de las preguntas 45d la consideramos poco representativa.

El que los sistemas de información proporcionen la información a nivel de Centros de Costes, y no por paciente, dificulta la obtención del coste por paciente. El tipo de hospital influye de forma general en las respuestas dadas.

En los hospitales Españoles el tipo de hospital (público o privado) es significativo en todas las respuestas de todas las preguntas salvo en el caso de Facturación. En los hospitales del resto de Europa, el tipo de hospital no es influyente excepto en el caso de la Unidosis.

Tabla 144. Pregunta 46. ¿Lleva un registro de facturación por pacientes asistidos por cada servicio?: a. Facturación por estancias.

PREGUNTA 46° ¿Lleva un registro de facturación por pacientes asistidos por cada servicio?:al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? a. Facturación por estancias:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	51	46	97
		% fi	52,6%	47,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	9	40	49
		% fi	18,4%	81,6%	100,0%
TOTAL		nl	60	86	146
		% fi	41,1%	58,9%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,00015, resultado muy significativo.					
			RESTO .U. E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	24	29	53
		% fi	45,3%	54,7%	100,0%
	PRIVADO	nl	2	7	9
		% fi	22,2%	77,8%	100,0%
TOTAL		nl	26	36	62
		% fi	41,9%	58,1%	100,0%
(p=0,177, Fisher) no significativo					

Tabla 145. Pregunta 46. ¿Lleva un registro de facturación por pacientes asistidos por cada servicio?: b. Facturación por visitas en cada servicio.

PREGUNTA 46° ¿Lleva un registro de facturación por pacientes asistidos por cada servicio al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? b. Facturación por visitas en cada servicio:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	56	25	81
		% fi	69,1%	30,9%	100,0%
	PRIVADO	nl	14	30	44
		% fi	31,8%	68,2%	100,0%
TOTAL		nl	70	55	125
		% fi	56,0%	44,0%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,00013, resultado muy significativo.					
			RESTO .U. E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	34	19	53
		% fi	64,2%	35,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	3	9
		% fi	66,7%	33,3%	100,0%
TOTAL		nl	40	22	62
		% fi	64,5%	35,5%	100,0%

Tabla 146. Pregunta 46. ¿Lleva un registro de facturación por pacientes asistidos por cada servicio?: c. Facturación global sin ser desarrollada por servicios.

PREGUNTA 46° ¿Lleva un registro de facturación por pacientes asistidos por cada servicio al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? c. Facturación global sin ser desarrollada por servicios:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	46	37	83
		% fi	55,4%	44,6%	100,0%
	PRIVADO	nl	17	18	35
		% fi	48,6%	51,4%	100,0%
TOTAL		nl	63	51	118
		% fi	53,4%	43,6%	96,9%
P=0,63170, no significativo,					
			RESTO .U. E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	42	11	53
		% fi	79,2%	20,8%	100,0%
	PRIVADO	nl	9	0	9
		% fi	100,0%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	51	11	62
		% fi	82,3%	17,7%	100,0%

Tabla 147. Pregunta 46. ¿Lleva un registro de facturación por pacientes asistidos por cada servicio?: d. Facturación por case-mix.

PREGUNTA 46° ¿Lleva un registro de facturación por pacientes asistidos por cada servicio?:al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? d. Facturación por case-mix:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	59	12	71
		% fi	83,1%	16,9%	100,0%
	PRIVADO	nl	22	7	29
		% fi	75,9%	24,1%	100,0%
TOTAL		nl	81	51	100
		% fi	81,0%	51,4%	132,4%
Ji-cuadrado: p=0,57811, no significativo.					
			RESTO .U. E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	39	14	53
		% fi	73,6%	26,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	7	2	9
		% fi	77,8%	22,2%	100,0%
TOTAL		nl	46	16	62
		% fi	74,2%	25,8%	100,0%

Tabla 148. Pregunta 46. ¿Lleva un registro de facturación por pacientes asistidos por cada servicio?:
e. Facturación y cobros

PREGUNTA 46º ¿Lleva un registro de facturación por pacientes asistidos por cada servicio al sistema de costes, y lo hacen por centros de costes y/o pacientes? e. Facturación y cobros:			ESPAÑA		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	34	53	87
		% fi	39,1%	60,9%	100,0%
	PRIVADO	nl	9	30	39
		% fi	23,1%	76,9%	100,0%
TOTAL		nl	43	51	126
		% fi	34,1%	40,8%	74,9%
Ji-cuadrado: p=0,12154, no significativo.					
			RESTO .U. E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	31	22	53
		% fi	58,5%	41,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	9
		% fi	44,4%	55,6%	100,0%
TOTAL		nl	35	27	62
		% fi	56,5%	43,5%	100,0%

Los hospitales públicos españoles, y los del resto de Europa, no disponen de registros de facturación por pacientes, sino que se centran en los conceptos de facturación tradicionales como estancias, visitas y servicios.

Los hospitales privados españoles, y del resto de Europa, facturan más usualmente por paciente asistido y por las prestaciones realizadas, ya que cobran a los pacientes. La respuesta de facturación por Case-mix y paciente es minoritaria en todos los hospitales. El tipo de hospital (público o privado) influye en las respuestas salvo en facturación global, facturación por case-mix y por facturación y cobros.

En el caso de los hospitales públicos el no disponer de registros de facturación por pacientes dificulta el poder facilitar a los mismos la denominada “factura sombra” al menos para dar información de los costes producidos por su tratamiento.

Tabla 149. Pregunta 47. ¿Con qué medios factura a los pacientes?

PREGUNTA 47º			ESPAÑA				
¿Con qué medios factura a los pacientes?:			Informática	Manual	Ninguno	Otros	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	96	13	15	2	126
		% fi	76,2%	10,3%	11,9%	1,6%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	51	5	1	0	57
		% fi	89,5%	8,8%	1,8%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	147	18	16	2	183
TOTAL		% fi	80,3%	9,8%	8,7%	1,1%	100,0%
FEM5 = 37,5%, no procesamos el test ji-cuadrado.							
			RESTO .U. E				
			Informática	Manual	Ninguno	Otros	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	3	0	0	0	3
		% fi	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	1	0	0	0	1
		% fi	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	4	0	0	0	4
TOTAL		% fi	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

En todo tipo de hospitales, públicos y privados, y con independencia de su ámbito geográfico, se factura informáticamente. Los hospitales privados de España utilizan medios informáticos en mayor proporción que los hospitales públicos.

Tabla 150. Pregunta 48. ¿Tienen conocimiento los servicios asistenciales de su facturación?

PREGUNTA 48º			ESPAÑA		
¿Tienen conocimiento los servicios asistenciales de su facturación?:			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	64	51	115
		% fi	55,7%	44,3%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	30	24	54
		% fi	55,6%	44,4%	100,0%
TOTAL		nl	94	51	169
TOTAL		% fi	55,6%	30,4%	86,0%
Ji-cuadrado: p=0,99059, no significativo.					
			RESTO .U. E		
			NO	SI	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	6	39	45
		% fi	13,3%	86,7%	100,0%
HOSPITALES CON FINANCIACION	PRIVADO	nl	0	9	9
		% fi	0,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		nl	6	48	54
TOTAL		% fi	11,1%	88,9%	100,0%

En los hospitales españoles los servicios asistenciales, no tienen conocimiento de la facturación de forma frecuente. En los hospitales del resto de Europa la respuesta es afirmativa, o sea sí que tienen conocimiento de la facturación. El tipo de hospital no es influyente sobre las respuestas dadas.

Tabla 151. Pregunta 49. ¿Cómo identifica la facturación de los pacientes?

PREGUNTA 49º ¿Cómo identifica la facturación de los pacientes?			ESPAÑA			
			Case-Mix	Estancias- visitas	Otras medidas	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	23	80	12	115
		% fi	20,0%	69,6%	10,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	8	36	4	48
		% fi	16,7%	75,0%	8,3%	100,0%
TOTAL		nl	31	116	16	163
		% fi	19,0%	71,2%	9,8%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,78241, no significativo.						
			RESTO .U. E			
			Case-Mix	Estancias- visitas	Otras medidas	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	18	23	1	42
		% fi	42,9%	54,8%	2,4%	100,1%
	PRIVADO	nl	3	6	0	9
		% fi	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	21	29	1	51
		% fi	41,2%	56,9%	2,0%	100,0%

La facturación se realiza más frecuentemente por los conceptos tradicionales (Estancias / Visitas) tanto en España como en el resto de Europa y en todos los tipos de hospital, aunque es algo superior en los hospitales del resto de España. En España está muy poco implantada la facturación por Case mix a diferencia del resto de Europa donde es más utilizada sobre todo en los hospitales públicos. El tipo de hospital no influye en las respuestas dadas.

Tabla 152. Pregunta 50. ¿Cómo clasifica la contabilización del gasto en la gestión interna?

PREGUNTA 50º. ¿Cómo clasifica la contabilización del gasto en la gestión interna?:			ESPAÑA			
			Partidas presupuestarias	PGC adaptado	Otros	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	98	20	4	122
		% fi	80,3%	16,4%	3,3%	100,0%
	PRIVADO	nl	10	44	1	55
		% fi	18,2%	80,0%	1,8%	100,0%
TOTAL		nl	108	80	5	193
		% fi	56,0%	41,5%	2,6%	100,0%
FEM5 = 33,3% (superior a 25%), no se computa el test ji-cuadrado						
			RESTO .U. E			
			Partidas presupuestarias	PGC adaptado	Otros	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	32	11	2	45
		% fi	71,1%	24,4%	4,4%	99,9%
	PRIVADO	nl	7	2	0	9
		% fi	77,8%	22,2%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	39	13	2	54
		% fi	72,2%	24,1%	3,7%	100,0%
PGC= Plan General de Contabilidad						

En España, en los hospitales públicos predomina el empleo del presupuesto como instrumento de control del gasto, mientras que los hospitales privados utilizan mayoritariamente el Plan General de Contabilidad Adaptado a los Centros de Asistencia sanitaria (CAS), posiblemente por exigencia de la Contabilidad Financiera en estos Centros.

También en el resto de Europa predomina la clasificación del gasto mediante partidas presupuestarias.

Tabla 153. Pregunta 51. ¿Se siguen estableciendo guías o protocolos de actuaciones clínicas que se utilizan para el cálculo de costes por paciente?: Unidades de Hospitalización

PREGUNTA 51º ¿Se siguen estableciendo guías o protocolos de actuaciones clínicas que se utilizan para el cálculo de costes por paciente?: Unidades de hospitalización:			ESPAÑA			
			No	Si	E.I	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	13	81	20	114
		% fi	11,4%	71,1%	17,5%	100,0%
	PRIVADO	nl	6	38	8	52
		% fi	11,5%	73,1%	15,4%	100,0%
TOTAL		nl	19	80	28	127
		% fi	15,0%	63,0%	22,0%	100,0%
Ji-cuadrado: $p=0,94191$, no significativo.						
			RESTO .U. E			
			No	Si	E.I	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	32	16	1	49
		% fi	65,3%	32,7%	2,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	7	2	0	9
		% fi	77,8%	22,2%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	39	18	1	58
		% fi	67,2%	31,0%	1,7%	100,0%

E.I.= En Implantación

Los hospitales españoles, emplean de forma más frecuente protocolos de actuaciones clínicas para el cálculo del coste por paciente. Al revés de lo que ocurre en los hospitales del resto de Europa. El tipo de hospital no influye en estas respuestas.

Consideramos que las guías y los protocolos de actuaciones clínicas pueden ser utilizados no solo para la estandarización de los tratamientos clínicos sino también para el cálculo de los costes, aunque creemos que se utilizan más en el primer sentido.

Tabla 154. Pregunta 52. ¿Dispone de un plan de cuentas de contabilidad analítica de costes para la gestión?

PREGUNTA 52° ¿Dispone de un plan de cuentas de contabilidad analítica de costes para la gestión?:			ESPAÑA			
			No	Si	E.I	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	38	77	12	127
		% fi	29,9%	60,6%	9,4%	100,0%
	PRIVADO	nl	19	29	5	53
		% fi	35,8%	54,7%	9,4%	100,0%
TOTAL		nl	57	80	17	154
		% fi	37,0%	51,9%	11,0%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,72725, no significativo,						
			RESTO .U. E			
			No	Si	E.I	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	21	27	0	48
		% fi	43,8%	56,3%	0,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	4	5	0	9
		% fi	44,4%	55,6%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	25	32	0	57
		% fi	43,9%	56,1%	0,0%	100,0%

E.I.= En Implantación

Los hospitales españoles (públicos o privados) disponen, mayoritariamente, de un plan de contabilidad analítica de costes para la gestión, con predominio superior en los hospitales públicos. Un 9% de los hospitales españoles lo están implantando.

También, es así entre los hospitales del resto de Europa, donde los hospitales disponen de un plan contable de costes. El tipo de hospital no influye en la respuesta dada.

Sin embargo conforme están diseñados y siendo utilizados los modelos de costes entendemos que no es de aplicación el plan de contabilidad analítica por partida doble.

Tabla 155. Pregunta 53. ¿Cuál es la utilidad que usted considera sobre la contabilidad de costes para la gestión?

PREGUNTA 53° ¿Cuál es la utilidad que usted considera sobre la contabilidad de costes para la gestión?:			ESPAÑA					
			H.A	C.C.S	D	Otras	No tiene	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	121	8	1	0	0	130
		% fi	93,1%	6,2%	0,8%	0,0%	0,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	43	7	1	4	0	55
		% fi	78,2%	12,7%	1,8%	7,3%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	164	15	2	4	0	185
		% fi	88,6%	8,1%	1,1%	2,2%	0,0%	100,0%
FEM5 = 62,5% (superior al 25%), no computamos el test ji-cuadrado.								
			RESTO .U. E					
			H.A	C.C.S	D	Otras	No tiene	TOTAL
HOSPITALES CON FINANCIACION	PUBLICO	nl	40	7	0	0	0	47
		% fi	85,1%	14,9%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	PRIVADO	nl	9	0	0	0	0	9
		% fi	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
TOTAL		nl	49	7	0	0	0	56
		% fi	87,5%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Ji-cuadrado: p=0,72725, no significativo.								
H.A = Herramienta de Apoyo; C.C. S= Calculo de Costes por Servicios; D= Desviaciones								

La mayoría de los hospitales públicos y privados, españoles y del resto de Europa, consideran que la contabilidad de costes es una herramienta de apoyo. En España se percibe de esta manera sobre todo en los hospitales públicos. El tipo de hospital no influye en las respuestas dadas.

V.6.2 VARIABLES SUMATORIAS.

Los resultados obtenidos a través de las variables sumatorias, que como hemos dicho, se generan agrupando y ponderando las respuestas a varias preguntas, se exponen y comentan en los epígrafes siguientes.

Al igual que se ha hecho para analizar los resultados de las variables cualitativas individuales se mostrará a través de un cuadro los resultados para cada variable sumatoria, expresando el sentido de las respuestas mediante un porcentaje.

V.6.2.1 Variable V1 (centros de costes).

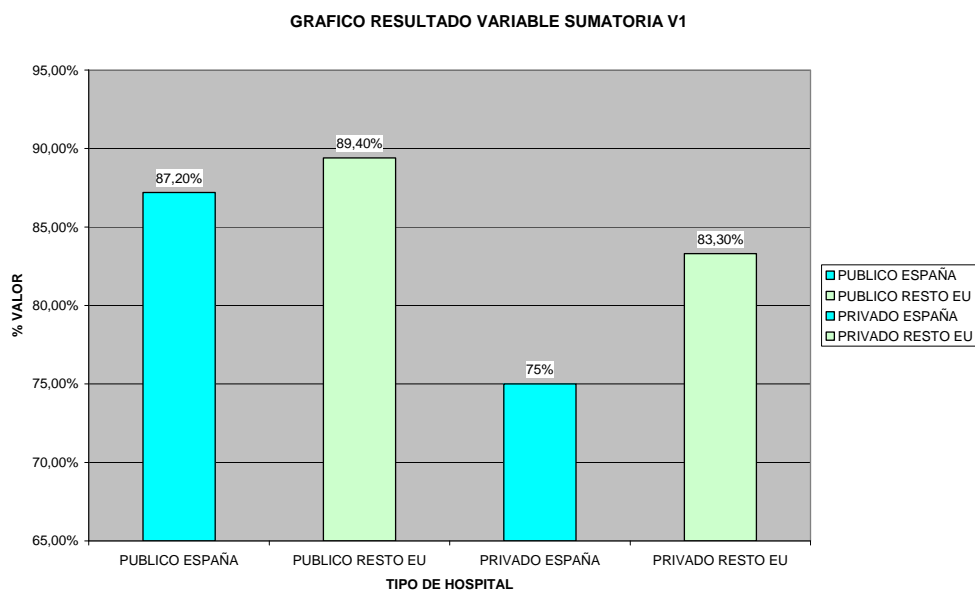
La variable V1 es el resultado del sumatorio de las preguntas 7 y 8, que hacen referencia a los centros de costes.

Tabla 156. Pregunta V1. % Resultado del sumatorio de las preguntas 7 y 8, que hacen referencia a los centros de costes.

V1. % Resultado del sumatorio de las preguntas 7 y 8 y que hace referencia a los centros de costes		ESPAÑA	RESTO U.E
		% ± DE	% ± DE
TIPO DE FINANCIACION	PUBLICO	87,2 ± 28,3	89,4 ± 24,9
	PRIVADO	75,0 ± 36,9	83,3 ± 35,3
	TOTAL	83,4 ± 31,6	
Contraste de hipótesis (Mann-Whitney): p=0,0130, resultado significativo,			
U. E Contraste de hipótesis (Mann-Whitney): p=0,670, resultado no significativo,			

El tipo de hospital afecta a las respuestas obtenidas.

Ilustración 45. Resultado variable V1.



En España un 87,2 % de los Hospitales públicos y un 75% de los hospitales privados disponen de centros de costes codificados siendo todavía mayor el porcentaje de hospitales del resto de Europa que cumplen esta condición.

De esto deducimos que los modelos de costes implantados pueden ser calificados como orgánicos ya que se ajustan a la organización interna de los

hospitales. Los centros de coste se configuran normalmente como centros principales siendo baja la especificación de centros de costes auxiliares, quizás por la problemática que conlleva la distribución de sus costes. Hay que tener en cuenta que un centro de costes no es sólo una división que acumula costes, sino que también permite medir y clasificar mejor los recursos invertidos y así relacionarlos con los beneficios de la organización, empleando indicadores como nivel de actividad, rendimiento, etc.

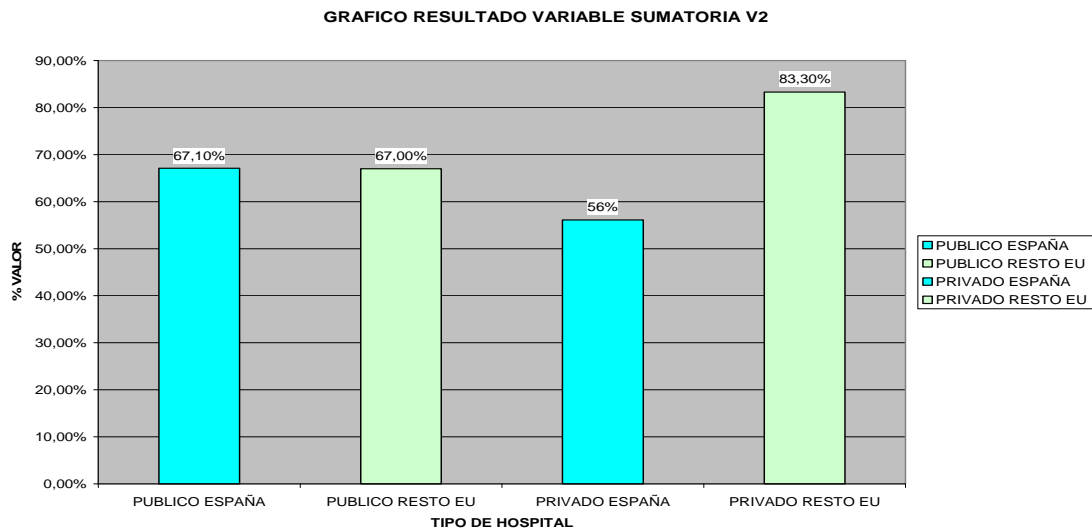
V.6.2.2 Variable V2 (implantación de los centros de costes).

La variable V2 es el resultado de añadir a la variable anterior (V1) los resultados de las preguntas 18, 20, 21, 25 a 28, 37, 39, 40 y 42 a 46. Los resultados, expresados como porcentaje, quedan expresados en el cuadro siguiente.

Tabla 157. Pregunta V2. % implantación de los centros de coste: Se calcula con las dos anteriores y las preguntas 18, 20, 21, 25 a 28, 37, 39, 40 y 42 a 46.

V2. % implantación de los centros de coste: Se calcula con las dos anteriores y las preguntas 18, 20, 21, 25 a 28, 37, 39, 40 y 42 a 46.		ESPAÑA	RESTO U.E
		% ± DE	% ± DE
TIPO DE FINANCIACION	PUBLICO	67,1 ± 21,4	67,0 ± 20,6
	PRIVADO	56,1 ± 24,5	70,3 ± 11,3
	TOTAL	63,7 ± 22,9	
Contraste de hipótesis (Mann-Whitney): p=0,0054, resultado significativo,			
U. E Contraste de hipótesis (Mann-Whitney): p=0,951, resultado no significativo,			

Ilustración 46. Resultado variable V2.

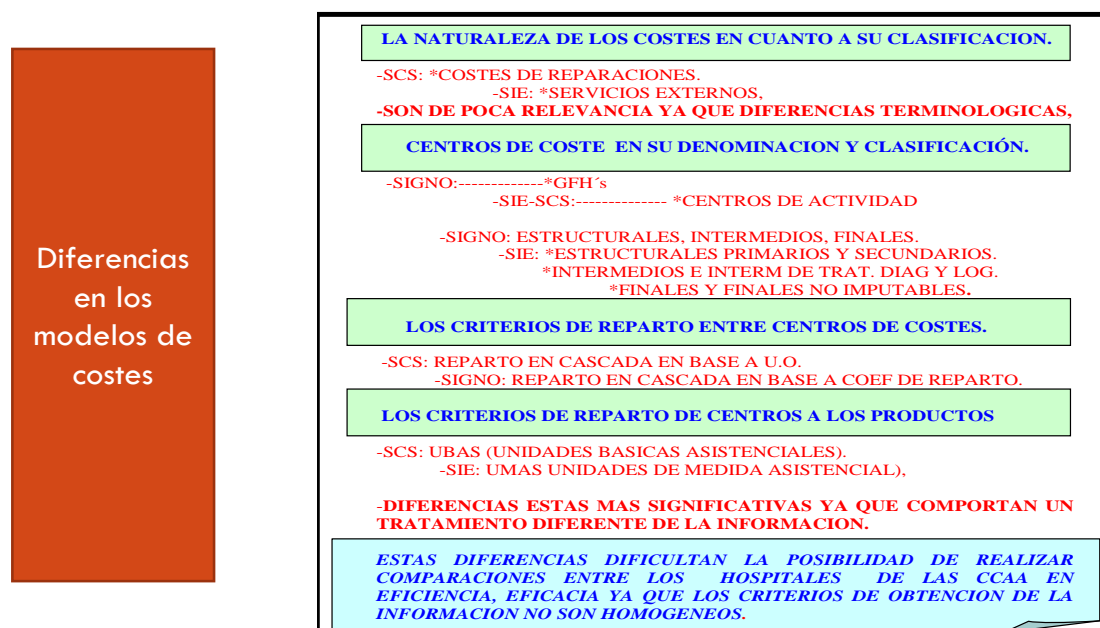


Los datos obtenidos para V2, confirman que los centros de coste están implantados mayoritariamente en los hospitales españoles y del resto de Europa. También que los hospitales disponen de Almacenes Generales y de Farmacia y, en ellos, de catálogos de productos y/o servicios codificados lo que favorece el control de las existencias y la imputación a los centros de coste o pacientes. Los hospitales españoles adoptan más frecuentemente el modelo el modelo Full Cost, al igual que los del resto de Europa y en particular, en los hospitales públicos. Siendo el modelo más utilizado por los hospitales privados del resto de Europa, el Direct-Cost (coste parcial).

El tipo de hospital influye en las respuestas obtenidas.

En España, aunque los modelos de costes implantados responden a una misma metodología de cálculo, reciben diferentes denominaciones según la Comunidad Autónoma donde se han desarrollado, siendo el más extendido el modelo SIGNO (Gestión Analítica del Ministerio de Sanidad), que abarca el ámbito territorial del Insalud. Estos modelos presentan diferencias en aspectos tales como: naturaleza de los Costes, denominación, criterios de reparto y de imputación, que aunque son poco relevantes a nivel del propio modelo, dificultan la comparación entre ellos.

Ilustración 47. Diferencias más significativas en los Modelos de Costes implantados en España.



Los centros de coste auxiliares asistenciales como el servicio de radiología, quirófanos, laboratorios (de análisis clínicos, hematología, anatomía patológica), alimentación, en su mayoría tipifican su actividad a través del número de exploraciones o técnicas realizadas, nº de pruebas diagnósticas (determinaciones), dietas, etc. Esto es más acusado en los hospitales públicos que en los privados.

También se implantan medidas tradicionales de la actividad médica como (estancias, primeras visitas, visitas sucesivas, interconsultas etc.) en los servicios principales o servicios médicos, particularmente en los hospitales privados españoles a diferencia del resto de Europa donde esta característica predomina también en los hospitales públicos.

La utilización de catálogos y de categorías ponderadas es bastante baja situándose en torno al 20 % en los hospitales públicos y privados de España y superior en Europa en los relativo al uso de catálogos.

Tanto en España como en el resto de Europa, el nivel de informatización de los hospitales públicos es superior al 68%, no obstante los servicios centrales de los hospitales del resto de Europa tienen un mayor nivel, lo que implica un buen desarrollo de la informatización de los mismos.

Las amortizaciones como coste del activo fijo no se recogen frecuentemente en los centros de coste de los hospitales, con la excepción de los hospitales privados españoles que calculan e incorporan las amortizaciones a los centros de coste.

Los sistemas de información están poco conectados con el sistema de costes en los hospitales públicos españoles, en los que se obtiene manualmente mucha información. En los hospitales privados el nivel de informatización es mucho mayor, incluso casi total excepto en los sistemas de servicios auxiliares como hematología, radiología y anatomía patológica en los que la información se vuelca manualmente. En términos generales podemos decir los hospitales españoles no se

encuentran en situación de facilitar información al sistema de costes de forma automática, por lo que no es fácil registrar la información por paciente.

Los hospitales públicos del resto de Europa tienen un nivel de informatización superior a los hospitales españoles salvo en los sistemas de unidosis y unidades de hospitalización por lo cual y, en términos generales, los hospitales del resto de Europa estarán en mejor situación de conectarse automáticamente con el sistema de costes.

Los hospitales públicos no llevan los registros de facturación por pacientes, sino que se centran en conceptos de facturación tradicionales como estancias, visitas y servicios. Mientras que los hospitales privados facturan más frecuentemente por paciente asistido y por las prestaciones realizadas, ya que cobran a los pacientes.

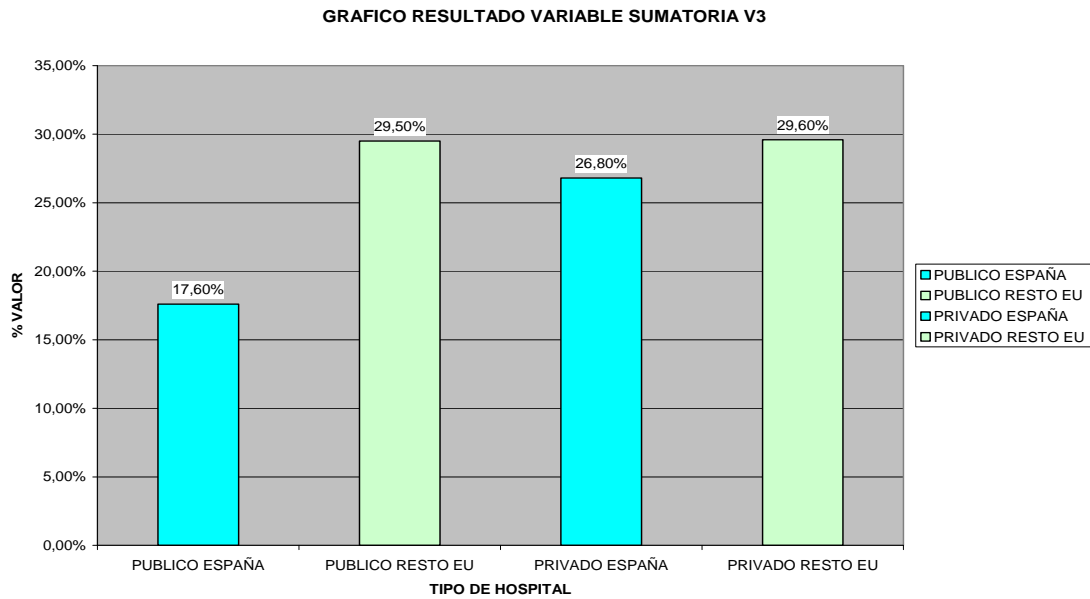
V.6.2.3 Variable V3 (cálculo de los costes por paciente).

La variable V3 acumula y pondera las respuestas de las preguntas 30, 36 y 41. Los resultados, expresados como porcentaje, quedan expresados en el cuadro siguiente.

Tabla 158. Pregunta V3. % de costes por paciente. Calculada por porcentaje de respuesta afirmativa en las preguntas 30, 36 y 41.

V3. % de costes por paciente. Calculada por porcentaje de respuesta afirmativa en las preguntas 30, 36 y 41.		ESPAÑA % ± DE	RESTO U.E % ± DE
TIPO DE FINANCIACION	PUBLICO	17,6 ± 27,6	29,5 ± 35,3
	PRIVADO	26,8 ± 32,7	29,6 ± 38,8
	TOTAL	20,4 ± 29,5	
Contraste de hipótesis (Mann-Whitney): p=0,0511, no significativo.			
U.E Contraste de hipótesis (Mann-Whitney): p=0,982, no significativo.			

Ilustración 48. Resultado variable V3



El cálculo del coste por paciente es menos frecuente en España que en el resto de Europa. En el ámbito español, se atiende más a este cálculo en los hospitales privados que en los públicos. En general, el coste unitario de los servicios auxiliares no se utiliza para obtener el coste por paciente, porque el paciente no es considerado en los modelos de coste analizados como el objetivo final de la Contabilidad de Costes y por tanto portador del coste del proceso asistencial. En cambio, sí se obtienen los costes por Centros de Costes.

Los procesos de enfermería que desarrollan cuidados sobre los pacientes y que forman una parte importante del proceso asistencial, no acumulan sus costes a los pacientes. Esto sucede tanto en España como en el resto de Europa, en hospitales públicos y privados. En España la respuesta negativa es superior en los hospitales públicos que en los privados, mientras que en el resto de Europa el sentido de la respuesta es inverso. No existe influencia del tipo de hospital en la respuesta.

En general, tampoco se acumulan, para calcular el coste por paciente, los costes de las actividades principales médicas. Esto se produce para todos los hospitales, ya sean públicos o privados.

Si se obtuvieran costes unitarios de la actividad asistencial y se acumularan a los costes por procesos y actividades, se suprimirían las limitaciones del sistema que se emplea en la actualidad para registrar, distribuir y presentar la información de costos. Por otra parte la acumulación de los costes unitarios en los pacientes favorecería la elaboración de protocolos de atención médica para cada tipo de paciente y patología permitiendo la comparación de los recursos realmente consumidos con patrones de eficiencia predeterminados.

Los sistemas de acumulación de costes vigentes en nuestro país no permiten determinar cuántos inputs se invierten en cada paciente por su patología, lo que constituye un obstáculo para realizar su valoración, facilitar un adecuado control y la toma de decisiones. Esto implica que no es posible conocer la eficiencia lograda en la gestión clínica de pacientes tratados, ni tampoco permite valorar la planificación de los cuidados y actividades realizadas por los gestores asistenciales de cara a mejorar el proceso asistencial mediante medidas de rediseño y mejora continua del mismo. Todo esto dificulta la elaboración de presupuestos clínicos reales, y por tanto evaluar las desviaciones no solo económicas sino también clínicas que se originan.

V.6.2.4 Variable V4 (disposición a obtener los costes por paciente).

La variable V4 es el resultado de añadir a la variable anterior (V3) los resultados ponderados de las preguntas 7 a 11, 13 a 18, 20, 21, 23, 25 a 30 y 34 a 46. Los resultados, expresados como porcentaje, quedan expresados en el cuadro siguiente.

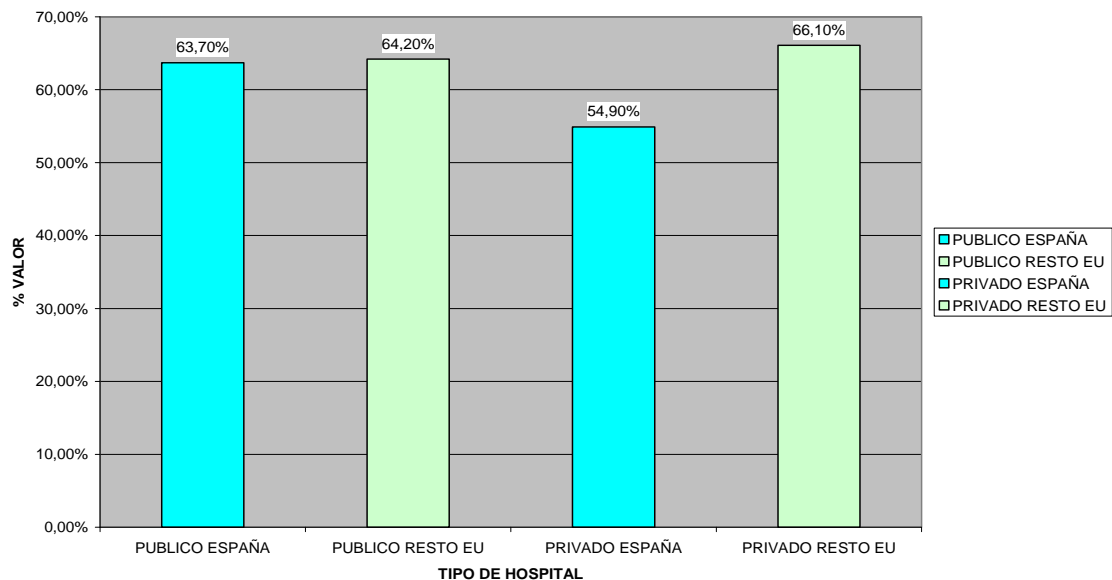
Tabla 159. Pregunta V4. % disposición a obtener costes por paciente. Calculada con V3 y las preguntas 7 a 11, 13 a 18, 20,21, 23, 25 a 30 y 34 a 46.

V4. % disponibilidad de los costes por paciente. Calculada con V3 y las preguntas 7 a 11, 13 a 18, 20,21, 23, 25 a 30 y 34 a 46.		ESPAÑA	RESTO U.E
		Media ± DE	Media ± DE
TIPO DE FINANCIACION	PUBLICO	63,7 ± 18,5	64,2 ± 17,2
	PRIVADO	54,9 ± 21,8	66,1 ± 13,5
	TOTAL	61,0 ± 20,0	
Contraste de hipótesis (Mann-Whitney): p=0,0004, muy significativo.			
U.E Contraste de hipótesis (Mann-Whitney): p=0,959, no significativo.			

El tipo de hospital influye en las respuestas obtenidas.

Ilustración 49. Resultado variable V4.

GRAFICO RESULTADO VARIABLE SUMATORIA V4



En general, tanto los hospitales públicos españoles como los del resto de Europa presentan una disposición o preparación similar para la obtención de costes por pacientes. Son los hospitales privados españoles los que presentan una tendencia menor.

La disposición o preparación para calcular los costes por paciente se evalúa a partir de las características de los sistemas de información, examinando si dan un tratamiento adecuado a la información que proporcionan, y se orienta hacia la

gestión clínica y económica de los pacientes de forma que pueda permitir la acumulación de los costes a nivel individual y de las actividades que comprenden su tratamiento y en base a las patologías asistidas clínicamente.

En general, todos los hospitales utilizan el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que es una base de datos clínicos y administrativos procedentes de la historia clínica y registrados en el alta del paciente, que permite la identificación del mismo así, como de los diagnósticos y procedimientos aplicados, los cuales se codifican siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades en sus diferentes versiones. Esta codificación es la que permite en última instancia agrupar los distintos episodios asistenciales tratados en un hospital y poder aplicar técnicas de Case-mix, como los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR's) u otros Sistemas de Clasificación, permitiendo identificar al paciente asistido con aquellos de similar patología.

Por otra parte, observamos que, en España, los sistemas de Case-mix son más empleados por los hospitales públicos que los privados. En el resto de Europa son los hospitales privados los que tienen implantado más este sistema. Quizás el motivo podría ser el estudio de aquellas patologías más intensivas en recursos a los efectos de su financiación.

La identificación del Proceso de hospitalización por Case-mix, se realiza principalmente a través de los GDR's en sus diferentes versiones (All Patient y HCFA), sobre todo en los hospitales públicos nacionales y del resto de Europa a diferencia de los privados que casi no lo utilizan. Los P.M.C's (Patient Management Categories), son la clasificación menos usada a pesar de sus aplicaciones de estandarización del proceso clínico.

En general, en todos los hospitales se dispone de un archivo centralizado, a través del cual se gestiona la historia clínica de los pacientes y los documentos que forman los episodios clínicos, tanto si la gestión es manual o informatizada. Estos

episodios asistenciales pueden ser valorados tanto desde el punto de vista clínico (calidad asistencial) como desde el punto de vista económico (coste por paciente).

Este último se podría implementar a través de un sistema de información asistencial conectado informáticamente con el sistema de costes, dado el elevado grado de mecanización de las diferentes áreas asistenciales en los hospitales Españoles y Europeos, principalmente en los hospitales públicos.

En general, los procesos asistenciales de hospitalización se codifican en todos los hospitales, siendo en España algo superior en los hospitales públicos, mientras que en el resto de Europa están prácticamente equilibradas las respuestas en ambos tipos de hospitales. La codificación se basa en el uso de la ICD (Clasificación Internacional de Enfermedades). Respecto a los procesos ambulatorios en general en los hospitales españoles no se codifican, mientras que en los hospitales del resto de Europa, sí sobre todo en los hospitales públicos.

Las actividades de los procesos asistenciales de hospitalización se identifican de forma generalizada con las estancias tanto en los hospitales españoles y europeos. La precisión de “niveles de cuidados de enfermería” es poco frecuente en España, aunque superior en los hospitales públicos, siendo en el resto de Europa esta opción más empleada en los hospitales privados.

En los hospitales, en general, no se procesa la información contenida en las historias clínicas para el cálculo de costes, lo que dificulta la obtención del cálculo de coste del proceso asistencial por paciente. En el futuro este tema se podría solucionar con la incorporación de la historia clínica electrónica y mediante la mecanización de los diferentes episodios que intervienen en el proceso asistencial según el ámbito en el que el paciente es tratado (atención primaria y especializada).

En general, en todos los hospitales se realiza la distribución de los fármacos mediante unidosis, siendo más frecuente en los hospitales públicos lo que favorece

el control y la imputación del coste al paciente. No obstante, hay que señalar el elevado porcentaje de hospitales privados tanto de España como del resto de Europa, alrededor del 42%, que no realizan la distribución de los productos de la farmacia mediante unidosis.

Los hospitales públicos calculan, en su mayoría, los costes unitarios de las actividades de los servicios principales mientras que los hospitales privados no lo hacen.

Los hospitales públicos, no suelen tener registros de facturación por paciente, sino que se centran en los conceptos de facturación tradicionales como estancias, visitas y servicios. Son los hospitales privados los que facturan más frecuentemente por paciente asistido y por prestaciones recibidas.

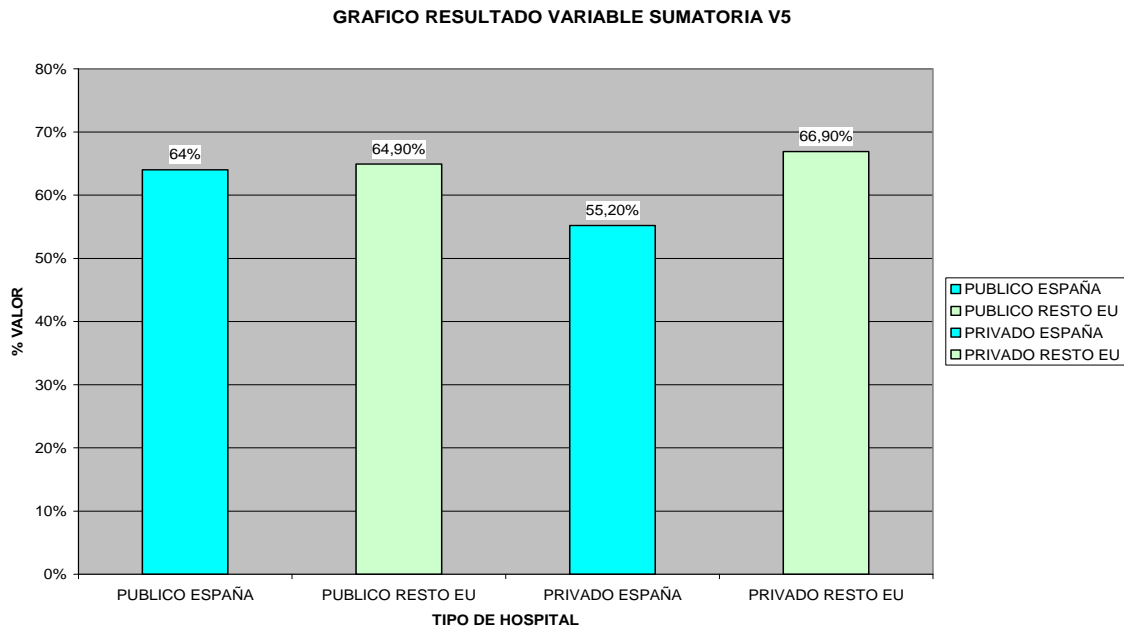
V.6.2.5 Variable V5 (disposición a obtener los costes por paciente totales).

La variable V3 acumula y pondera las respuestas de las preguntas 7 a 13, 15 a 18, 20, 21, 23, 25 a 30 y 34 a 46. Los resultados, expresados como porcentaje, quedan expresados en el cuadro siguiente.

Tabla 160. Pregunta V5. % disposición a obtener costes por paciente totales. Calculada con las preguntas 7 a 13, 15 a 18, 20, 21, 23, 25 a 30 y 34 a 46.

V5. % de costes por paciente totales. Calculada con las preguntas 7 a 13, 15 a 18, 20, 21, 23, 25 a 30 y 34 a 46.		ESPAÑA	RESTO U.E
		Media ± DE	Media ± DE
TIPO DE FINANCIACION	PUBLICO	64,0 ± 18,4	64,9 ± 17,3
	PRIVADO	55,2 ± 21,7	66,9 ± 13,4
	TOTAL	61,3 ± 19,9	
Contraste de hipótesis (Mann-Whitney): p=0,0004, muy significativo.			
U. E Contraste de hipótesis (Mann-Whitney): p=0,0004, muy significativo.			

Ilustración 50. Resultado variable V5.



Podemos observar que el grado de preparación de todos los hospitales para obtener los costes totales por paciente es superior al 50 %. Lógicamente esta conclusión está relacionada con los resultados de la variable anterior (V4), ya que consideramos que existe un grado de preparación adecuado para obtener costes por paciente, pero al proceso de hospitalización (enfermero y clínico) de la atención especializada, hay que incorporarle el coste del proceso ambulatorio identificado como aquellas actuaciones clínicas y enfermeras realizadas fuera de este ámbito (atención especializada) y cuya agregación producirá el coste total por paciente tratado.

El tipo de hospital influye en las respuestas obtenidas.

Por tanto analizando si se identifica el proceso ambulatorio podemos decir que, en general, en los hospitales se hace mediante la medida tradicional de las “Primeras Visitas”, sobre todo en los hospitales públicos. Son poco utilizadas las clasificaciones existentes (A.P.G’s, A.V.G’s, Wonca, etc), pero entre éstas la más empleada por todos los hospitales es la A.P.G’s (Ambulatory Patient Group), variante especial de los GDR’s.

La implantación de estas clasificaciones permitiría una mejor identificación del proceso ambulatorio que la realizada por las visitas, y al disponer de los datos del CMBD y del (SIP) Sistema de Identificación del Paciente, y configurando dicha actividad como portadora de costes (tiempos, fármacos, etc.), se podría incorporar al coste del paciente obteniendo así el Coste Integral del Proceso Asistencial. De esa manera se reflejarían la totalidad de los costes de las atenciones asistenciales, en todos los niveles por donde circula el paciente en su tratamiento (trazado asistencial).

V.6.2.6 Síntesis de los resultados de las variables sumatorias.

Seguidamente, y como resumen, presentamos un gráfico radial comparativo de los resultados obtenidos en las variables sumatorias, por tipo de hospital públicos y privados de España y del resto de Europa.

V1.- En general, todos los hospitales disponen de centros de costes, normalmente clasificados en centros principales y auxiliares.

V2.- Considerando la obtención de costes unitarios, la tipificación de las actividades de servicios auxiliares y principales, el nivel de informatización y su conexión con el Sistema de Costes, la generación de la información para la obtención de Costes por Paciente estaría disponible en la mayoría de los hospitales, sobre todo en el ámbito Europeo. Podemos decir que existe una buena preparación de los S.I.H's (Sistemas de Información Hospitalarios) para la obtención de Costes por Paciente.

V3.- La acumulación de los costes unitarios, así como de los costes de los procesos de enfermería en el coste por paciente es baja, quizás porque no se le considera como portador de costes final.

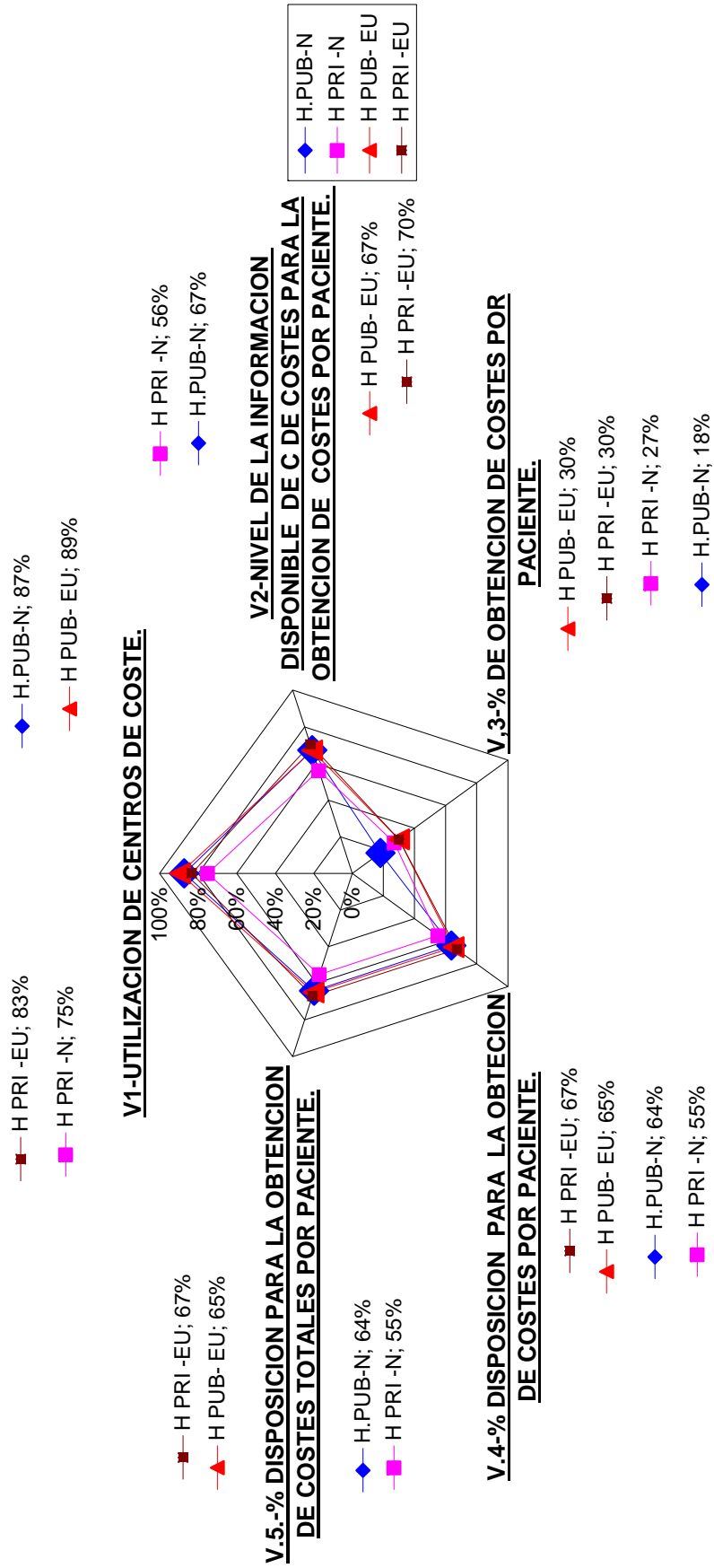
V4.- La disposición o preparación para la obtención de costes por paciente es elevada considerando los aspectos anteriores y además la disposición de otros

sistemas de información como el Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D), Identificación del Proceso de Hospitalización Clínico y Enfermero, procesamiento las Historias Clínicas para la Contabilidad de Costes. Estas circunstancias se dan en todos los hospitales, sobre todo en los hospitales públicos españoles y en los hospitales privados europeos.

V5.- Considerando que la obtención de los costes totales de los pacientes es la suma de los costes de los procesos de hospitalización y procesos ambulatorios, podemos decir que la disponibilidad para la obtención de costes totales por pacientes es elevada. Aunque este cálculo presenta problemas sobre todo por la valoración del proceso ambulatorio, su resultado permite determinar el coste del proceso asistencial real y facilitar su evaluación en términos de eficiencia, eficacia y producción. La obtención de Costes por Pacientes es fundamental para la Gestión clínica, de las Actividades (ABC-ABM) y el establecimiento de Patrones Clínicos, que sirvan de base para la mejora continua, la reingeniería, Benchmarking y evaluación de la calidad de los procesos asistenciales y permitan la toma de decisiones consensuadas entre los gestores clínicos y económicos, en la evaluación de la asistencia prestada.

Ilustración 51. Resultado de todas las variables sumatorias.

GRAFICO DE RESULTADOS DE VARIABLES SUMATORIAS.



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Señalamos, primeramente, aquéllos aspectos que habiendo sido examinados en los cuatro primeros capítulos, nos parecen más relevantes:

1. Un sistema sanitario es el conjunto de entidades y organismos sociales encargados de la producción de servicios sanitarios, que son aquéllos cuyo objetivo directo es la protección o la mejora de la salud.

2. Los diferentes sistemas sanitarios se dividen en diversas categorías atendiendo a las siguientes características relevantes: el modelo socio-político, la descentralización de competencias sanitarias, el modo de financiación del sistema, la propiedad de los medios de prestación de la asistencia sanitaria, la participación individual del usuario, el modo de verificar el pago o financiación de las prestaciones, la posición del médico o agrupaciones profesionales, los procedimientos de gestión, el papel de las organizaciones políticas en el modelo sanitario y el nivel económico e ideología del país.

3. Los sistemas sanitarios en la Unión Europea han ido evolucionando a partir del modelo Alemán y Británico, según sean más o menos intervencionistas. Los servicios sanitarios en Europa se caracterizan por su universalidad y por su financiación mayoritariamente pública. En muchos casos la atención es gratis en el punto de prestación del servicio, pero en otros existe copago para la atención médica o hay un sistema de reembolso.

4. El sistema sanitario español es, actualmente, un sistema mixto público-privado, con predominio de la parte pública. El Sistema Nacional de Salud, configurado por el conjunto de los 17 servicios de salud de las Comunidades Autónomas, es un sistema descentralizado en el que el Gobierno Central mantiene la responsabilidad de impulsar la coordinación de forma que garantice la calidad de los servicios y la equidad en el acceso a los servicios en todo el territorio nacional.

5. La empresa hospitalaria es un sistema abierto, ya que está interrelacionado con los elementos del entorno. Hay un entorno general o social que afecta a todas las organizaciones y un entorno específico de cada organización. Los elementos más importantes del entorno específico del hospital son: los usuarios receptores de los servicios asistenciales, los proveedores externos (farmacia, material sanitario, equipos médicos y otros suministros) y los proveedores internos (trabajadores asistenciales y no asistenciales), los competidores (sobre todo en hospitales privados), el componente socio-económico, que se refiere a la actitud y control político / sindical de la actividad del hospital y el componente tecnológico.

6. Un modelo hospitalario es el resultado de los intereses de cuatro colectivos: los enfermos y su interés por la calidad asistencial, los profesionales sanitarios, entre los cuales los médicos son el grupo más influyente que aspira a disponer de los mejores medios tecnológicos, docentes e investigadores, los gestores, administradores y directivos, que tratan de conseguir los objetivos de la forma más eficiente y el propietario, que en el caso de un servicio público es la colectividad que representa el poder político (interesado en el cumplimiento del programa electoral) y en el caso de un servicio privado el objetivo de la sociedad propietaria es la rentabilidad económica.

7. La organización de un hospital, que debe ser flexible para adaptarse al entorno social, contempla los siguientes aspectos básicos: los órganos de dirección y gestión, las unidades funcionales asistenciales (servicios médicos, servicios centrales, servicios especiales y servicios de enfermería) y las unidades funcionales no asistenciales (servicio médico-administrativo, servicio económico-administrativo y servicios generales)

8. Los servicios médicos desarrollan las funciones asistencial, docente/ investigadora y la función gestora en las siguientes áreas: hospitalización, consultas externas, quirófanos y urgencias. Los servicios centrales son subsidiarios o auxiliares de los servicios médicos, por ejemplo análisis clínicos, radiología, etc. Los servicios especiales son unidades clínicas fuertemente relacionadas con los servicios médicos y

de enfermería como son reanimación, hemodiálisis, etc. Finalmente, los servicios de enfermería atienden a los pacientes que acuden al hospital en consultas externas, área quirúrgica, etc.

9. Las unidades funcionales que se integran en el área no asistencial son: los servicios médico-administrativos, con servicios tales como admisiones, documentación, información, farmacia, servicios sociales y los servicios económico-administrativos, que son los encargados de la organización y planteamiento de las directrices económico-administrativas como el servicio de administración central (tesorería, contabilidad general, facturación, personal, nóminas y seguros sociales y contratación) y el servicio de administración periférica (contabilidad analítica, control de gestión, administración periférica, patrimonio, servicio de informática).

10. Los sistemas de información de las organizaciones hospitalarias tratan de suministrar a los administradores la información técnica y económica necesaria, para ello entrelazan el subsistema de información sanitaria (actividad asistencial, procesos asistenciales e indicadores sanitarios) con el subsistema de información económica (transacciones económicas e imputación de costes).

11. Los sistemas de información contable deben estar, preferiblemente, vinculados a un sistema de planificación de los recursos empresariales (ERP – Enterprise Resource Planning) con el fin de conseguir una información fiable y precisa, reducir el tiempo de acceso y coste de la información, permitir que la historia clínica del paciente esté en soporte informático (HCI), así como la gestión electrónica documental (GED).

12. El Sistema de Información Global e Integrada del hospital (SIGIH) está configurado a su vez por el sistema de gestión clínica y de pacientes, el sistema de gestión de recursos y el sistema de gestión económico-financiera.

El sistema de gestión clínica y de pacientes comprende todas las áreas de información clínica que implican una relación directa con el paciente (admisión, consultas externas, urgencias, documentación médica (CMBD), unidades de enfermería y quirófanos).

El sistema de gestión de recursos se ocupa de las áreas de laboratorios, anatomía patológica, radiología y servicios generales.

El sistema de información económico-financiero facilita la gestión del hospital, desde el punto de vista económico, financiero, presupuestario y patrimonial ocupándose de la contabilidad general, presupuestos y costes, facturación a usuarios, compras a proveedores y logística de materiales, recursos humanos, tesorería y proyectos de inversión.

13. Los indicadores de calidad suponen definir previamente un criterio (estándar de calidad), pudiéndose distinguir entre la calidad intrínseca, asistencial o científico-técnica (mortalidad, readmisiones e infecciones nosocomiales, adecuación del tratamiento a la guía científica, número de actos médicos o exploraciones), la calidad extrínseca, percibida o administrativo-gerencial (% reclamaciones, % altas voluntarias, resultados de encuestas) y la calidad total o directiva que se evalúa con indicadores de utilización (espera media, número de consultas), de hospitalización, de la historia clínica e indicadores económicos. Muchos de estos indicadores se pueden obtener de la explotación del conjunto mínimo básico de datos (CMBD).

14. La información de la contabilidad interna o analítica es un elemento estratégico ya que es relevante para orientar la gestión de los procesos asistenciales. En Europa se han desarrollado dos métodos de cálculo de costes por paciente en hospitales basados en el Sistema de Clasificación de Pacientes GDR (Grupos de diagnóstico relacionado). El método "Top-Down" y el método "Bottom-Up", en cualquier caso ambos exigen calcular el coste de las unidades organizativas del hospital.

15. El Método “Top-Down” calcula el coste total medio por GDR basándose en las ponderaciones establecidas en EE.UU. Este método, que se ha generalizado en España y en otros Países Europeos, es un sistema en el que el coste de los GFH’s (grupos funcionales homogéneos) se imputa en proporción a los pesos medios de cada GDR. De esta manera, se estiman y calculan los costes indirectos, no siendo posible la aplicación de un cálculo de costes por actividades (ABC). Esta forma de cálculo dificulta identificar cambios en los costes derivados de variaciones en las prácticas médicas dentro de un mismo GDR, en un mismo hospital.

16. El método “Botton up” primeramente afecta los costes directos a los GFH’s. Posteriormente calcula los costes de la producción intermedia y final de cada centro auxiliar y final imputándola a los pacientes según los pesos de los GDR’s dentro de un mismo Centro. Finalmente agrupa a los pacientes en los GDR’s. El método tiene como finalidad superar la arbitrariedad en la distribución de los costos indirectos cuando éstos se reparten con criterios tradicionales. Este método que tiene en cuenta las unidades organizativas del proceso asistencial, suministra información más detallada y precisa permitiendo el control de la gestión.

17. Consideramos que el modelo más adecuado para el desarrollo de un cálculo de costes basado en los episodios de los pacientes sería el modelo Direct Costing evolucionado que puede implementarse de dos formas: sin un nivel avanzado de desarrollo en los sistemas de información o con un nivel avanzado de desarrollo en los sistemas de información.

18. Los modelos de costes implantados en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) son muy variados, en consecuencia existen diferentes sistemas de imputación de costes, distintos criterios de distribución y diferencias entre las unidades relativas de valor de los productos intermedios. Todo ello provoca que la información sobre costes, y también sobre la información asistencial, sea muy variable. Examinando procesos asistenciales que implican un mismo tratamiento con idénticos

efectos sobre un determinado paciente, podemos obtener costes muy diferentes según cual sea el modelo de costes aplicado.

19. Los modelos de costes del SNS son modelos de coste absorción (costes completos / Full Cost), o sea incorporan la totalidad de los costes hospitalarios para determinar el coste del producto. En todos los modelos de costes hay costes directos asignados a los centros de coste y costes indirectos o de centros auxiliares que se llevarán a los principales, a través de claves de reparto. Existen diferencias importantes entre las unidades relativas de valor (y los catálogos) de cada uno de los productos intermedios. Las propuestas de los modelos de costes parciales conectan con el análisis de la rentabilidad económica, lo cual tiene una importancia menor en el sector público.

20. El modelo de costes completos tiene como inconveniente la subjetividad inherente a utilizar bases de imputación de los costes indirectos a los Centros Finales y de estos a los productos intermedios a través de unidades relativas de valor o de pesos, lo cual puede dificultar el análisis de la rentabilidad en la gestión asistencial. Este modelo incorpora los costes estructurales como costes de la producción asistencial. En ningún modelo de costes del SNS se establecen cuentas de resultados analíticos por las diferentes actividades, centros de coste, o a nivel de la totalidad del hospital.

21. Los modelos de cálculo de los costes tienen ventajas para: la planificación de la reducción de los costes del hospital, elaborar presupuestos económicos y clínicos más correctos, la posibilidad de implantar sistemas de retribución por objetivos, el análisis económico de los proyectos o productos asistenciales, la definición de los costes de los productos y de las áreas asistenciales facilitando su comparación (Benchmarking) entre distintos hospitales, la mejora de la organización del proceso asistencial, la optimización de la capacidad existente y el análisis de la relación de causalidad en las desviaciones controlables.

En el estudio empírico, que ha sido objeto de estudio en el capítulo quinto, hemos analizado las contestaciones a las preguntas formuladas en la encuesta y hemos

destacado las conclusiones aplicables a cada una de las cuatro categorías establecidas: hospitales españoles / resto U.E. y hospitales públicos / privados. A continuación señalamos los aspectos que caracterizan al conjunto de los hospitales o a las categorías señaladas.

22. La mayoría de los hospitales (españoles / resto U.E., públicos / privados) presentan las siguientes características:

1. Tienen centros de costes debidamente codificados y adaptados a su organización.
2. Los centros de coste se caracterizan como centros principales, con escaso uso de los centros auxiliares.
3. Disponen de un conjunto mínimo básico de datos (CMBD).
4. Controlan la admisión de pacientes en las áreas de hospitalización, ambulatoria, urgencias, radiología, análisis clínicos y anatomía patológica, y en general por encima del 50 %.
5. En su organización figura el archivo clínico centralizado.
6. Se codifican los procesos asistenciales de hospitalización, aunque no los procesos ambulatorios.
7. No se procesa el contenido de las historias clínicas para el cálculo de costes.
8. La aplicación informática de personal permite el cálculo de nóminas y SS.
9. Los almacenes generales y de farmacia disponen de catálogos estructurados (productos codificados y clasificados por familias).
10. Aplican un modelo de coste total o full-cost.
11. Se realizan inventarios en los almacenes de farmacia y general, al menos anualmente.
12. La distribución de fármacos se hace mediante dosis unitarias y se realiza su gestión informáticamente.
13. La información de los quirófanos, análisis clínicos, hematología y

- radiología, se tipifica sobre la base de intervenciones, determinaciones y pruebas radiodiagnósticas.
14. El uso de catálogos y de categorías ponderadas es bajo, estando catalogadas las dietas.
 15. Los costes unitarios de los servicios auxiliares no se acumulan al coste del paciente que los origina.
 16. No se calculan las amortizaciones debido quizás a la inexistencia de inventarios de bienes.
 17. Los cuidados de enfermería se organizan por unidades de hospitalización.
 18. Los procesos de enfermería se identifican por estancias.
 19. Los costes unitarios de los procesos de enfermería no se calculan.
 20. Los costes de los procesos de enfermería no se acumulan a los pacientes.
 21. La actividad de los servicios médicos de hospitalización se identifica por medidas tradicionales como las estancias e interconsultas intrahospitalarias.
 22. La actividad de los servicios ambulatorios se identifica mediante visitas (primeras o sucesivas) y el proceso ambulatorio no se identifica mediante la utilización de Sistemas de Clasificación Ambulatorios, como los A.P.G's, o A.V.G's
 23. Son los GDR's en su versión "All Patient" el sistema de clasificación de pacientes más utilizado a nivel del proceso hospitalario.
 24. Los sistemas de información en general a pesar de contar con un nivel aceptable de informatización no se encuentran en conexión con el sistema de costes al efecto de proporcionar la información de forma automática, lo que dificulta la incorporación de la misma al paciente.
 25. El sistema de información de costes de personal, costes de análisis clínicos, coste de radiología y costes de anatomía patológica proporcionan información por centros de costes (frente a la posibilidad de hacerlo por costes por paciente).
 26. Los sistemas de información de facturación, contabilidad general,

consumo de almacenes generales, consumos de farmacia y unidades de hospitalización proporcionan información por centros de costes (frente a la posibilidad de hacerlo por costes por paciente).

27. La facturación a clientes se realiza por medios informáticos.
28. Los hospitales públicos no llevan registros de facturación por pacientes sino que se centran en los conceptos de facturación tradicionales, mientras que los hospitales privados facturan por paciente asistido y por sus prestaciones recibidas.
29. Disponen mayoritariamente de un Plan de contabilidad analítica de costes para la gestión.
30. Los hospitales consideran que la contabilidad de costes es una herramienta de apoyo.

23. Destacamos a continuación las diferencias más importantes que existen entre los hospitales españoles públicos y privados:

Los hospitales privados:

1. Los modelos de costes implantados en las CCAA no son empleados por estos.
2. Utilizan categorías ponderadas (URV's) más frecuentemente, para obtener los costes unitarios del servicio de radiología, quirófanos y dietética, sin embargo la mayoría de los hospitales públicos no las utilizan en estos servicios.
3. El catálogo del servicio de alimentación, no está estructurado.
4. Escaso uso de la CIE-9 CM (Clasificación Internacional de Enfermedades), base de los Sistemas de Clasificación de pacientes.
5. No suelen emplear Sistema de Clasificación de pacientes.
6. Llevan un mayor control de los servicios auxiliares al efecto de facturar que los hospitales públicos.

7. El uso de medidas tradicionales en los servicios medico-quirúrgicos, es más acentuado que en los hospitales públicos.
8. Emplean mayoritariamente URV's que son elaboración propia en los servicios de radiología, quirófanos, análisis clínicos, hematología, anatomía patológica y dietética.
9. Calculan más frecuentemente las URV's de los servicios de radiología, quirófanos, laboratorio de análisis clínicos, hematología, anatomía patológica y dietética en base al consumo general de todos los factores, mientras que en los hospitales públicos las URV se calculan, en general, en base al tiempo médico.
10. Obtienen las amortizaciones del inmovilizado de los centros de coste para afectarlas a estos, mientras que los hospitales públicos no lo hacen.
11. Declaran tener conectado informáticamente el sistema de información de estadística asistencial con el sistema de costes, mientras que en la mayoría de los hospitales públicos la conexión es realizada manualmente.
12. Respecto al resto de sistemas de información su conexión con el sistema de costes es mayor incluso casi total a excepción de Hematología, Radiología y Anatomía Patológica, donde los datos al sistema de costes son proporcionados de forma manual.
13. Clasifican los gastos de acuerdo con el PGC adaptado a los centros de asistencia sanitaria, los hospitales públicos lo hacen de acuerdo con las partidas presupuestarias.

Los Hospitales públicos:

1. Los modelos de costes más utilizados son los implantados por las respectivas CCAA, siendo el más frecuente el SIGNO.
2. Las categorías ponderadas o unidades relativas de valor son de elaboración del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.
3. El catálogo para el servicio de alimentación, está estructurado.

4. Utilizan las URV's o unidades de ponderación al efecto de ponderar y homogeneizar las actividades de los centros principales (medicina interna, cirugía general, etc.) lo cual facilita la obtención del coste unitario medio, a diferencia de los hospitales privados en los que, en general, no se emplean.
5. Los sistemas de información a pesar de que disponen de un buen nivel de informatización, su conexión con el sistema de costes se realiza de forma manual a excepción del Sistema de personal y almacenes.
6. La medida más utilizada son las UPA's al igual que en los hospitales privados.
7. Obtienen frecuentemente el coste unitario de las actividades intermedias de los servicios principales, mientras que los hospitales privados no lo hacen.
8. Los Sistemas de Case-Mix están más implantados en estos hospitales que en los privados.
9. Utilizan el Control del Presupuesto de fondos públicos en vez de la Contabilidad Financiera.

24 Indicamos a continuación las diferencias más significativas que existen entre los hospitales españoles y europeos (resto U.E.):

La mayoría de los hospitales europeos:

1. Codifican los procesos asistenciales ambulatorios, mientras que la mayoría de los hospitales españoles no lo hacen.
2. Los sistemas de información a nivel de los hospitales privados ofrecen información, más frecuentemente por paciente.
3. Sus sistemas de información presentan mayor posibilidad de conexión informática, con el sistema de costes que los españoles.
4. Tienen un mayor conocimiento de la facturación sobre los servicios asistenciales, sin embargo esto no ocurre en los hospitales españoles.

La mayoría de los hospitales españoles:

1. El nivel de informatización de los hospitales públicos es del 59 % superior al de los hospitales públicos europeos.
2. Utilizan categorías ponderadas o URV's para obtener el coste unitario del laboratorio de análisis clínicos, hematología, anatomía patológica y dietética, a diferencia de la mayoría de los hospitales europeos que no las utilizan.
3. Identifican la actividad de los servicios médicos referida a consultas intrahospitalarias, interconsultas ambulatorias, exploraciones y tratamientos especiales, mientras que en la mayoría de los hospitales europeos no se hace.
4. Ponderan las actividades (estancias, interconsultas, exploraciones y tratamientos especiales, anestesia general y local) para el cálculo del coste unitario a través de los centros principales (medicina interna, cirugía general, etc.), utilizando como medida la UPA's, mientras que en la mayoría de los hospitales europeos no se hace.
5. Obtienen el coste unitario de cada actividad intermedia de los servicios principales, mientras que en los hospitales europeos no se hace.
6. Acumulan los costes unitarios de las actividades intermedias para obtener el coste por paciente, mientras que en los hospitales europeos no se actúa así.
7. Establecen guías o protocolos de actuaciones clínicas que se utilizan para el cálculo del coste por paciente, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los hospitales europeos.

Del análisis de las variables sumatorias, extraemos las siguientes conclusiones:

25. Del análisis de los resultados de las variables V1 y V2, que se refieren a los centros de costes y su implantación, se deduce que en general, todos los hospitales disponen de centros de costes, normalmente clasificados en centros principales y auxiliares. Considerando la obtención de costes unitarios, la tipificación de las

actividades de servicios auxiliares y principales, el nivel de informatización y su conexión con el Sistema de Costes, la generación de la información para la obtención de Costes por Paciente estaría disponible en la mayoría de los hospitales, sobre todo en el ámbito Europeo. Podemos decir que existe una buena preparación de los S.I.H's (Sistemas de Información Hospitalarios) para la obtención de Costes por Paciente.

26. Del estudio de los resultados de las variables V3, V4 y V5, que se refieren al cálculo de los costes por paciente, a la disposición existente para poder obtener los costes por paciente y la disposición a obtener los costes totales por paciente (incluyendo el proceso asistencial ambulatorio) se deduce que:

1. La acumulación de los costes unitarios, así como de los costes de los procesos de enfermería en el coste por paciente es baja, quizás porque no se le considera como portador de costes final.
2. La disposición o preparación para la obtención de costes por paciente es elevada considerando, además, la disposición de sistemas de información como el Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D), la identificación del proceso de hospitalización clínico y enfermero y el procesamiento de las historias clínicas para la Contabilidad de Costes. Estas circunstancias se dan en todos los hospitales, sobre todo en los hospitales públicos españoles y en los hospitales privados europeos.
3. Considerando que la obtención de los costes totales de los pacientes incluyen los procesos ambulatorios, podemos decir que la disponibilidad para la obtención de costes totales por pacientes es elevada, aunque su cálculo presenta los problemas propios de la valoración del proceso ambulatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Abel Smith, B.J. (1969). *An international study of health expenditure*. Public health papers, 32, World Health Organisation. Geneva.

Abril Martorell, F., Costas Lombardía, E. (1991). *Informe de la comisión de análisis evaluación del sistema nacional de salud*. VI Jornadas Técnicas de la SEDGH. Sevilla.

Alberola Lopez, P. (1998). *La historia clínica como base de documentación asistencial*. Rev Cuadernos de Salud.

Alemaný Pardo, C., Blanco Serrano, B et al. (2003). *Evaluación del Programa Informático GRDosis como herramienta de análisis de la utilización de medicamentos GRD*. Rev. Farmacia Hospitalaria vol. 27, nº 3, pp. 150-158.

Almenara Barrios, J. et al. (2002). *Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales*. Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz, Rev. Salud Pública. Mex. Vol. 44:533-540 nº.6, Noviembre-Diciembre.: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.

Anthony Robert, N., Young David, W. (1984). *Management control in Noupfit organizations*. Irsin Homewood.

Antoñanzas, F. (2001). XX Jornades d'economia de la Salut. Avanços en la gestió sanitària: implicacions per a la política, les organitzacions sanitàries i la pràctica clínica. Fulls Econòmics, 35, 24.

Argente, M. (2003). El nou sistema de finançament de la sanitat a partir de l'any 2002. Full Econòmics, 36, 6-15.

Arjonilla, S., Medina, J.A (2002). *La Gestión de los Sistemas de Información en la Empresa*. Pirámide. Madrid.

Arnold, M., Jelastopulk, E. (1995). *La reforma sanitaria*. Papeles de gestión sanitaria, 1, 4, 84-88.

Asenjo, M.A., Bohigas L.L. Trilla, A. (1998). *Gestión Diaria del Hospital*. Ed.1ª. Ed. Masson, España,

Asenjo Sebastian, M.A. (1991). VIII Congreso Nacional de Hospitales, Perfil del directivo hospitalario del futuro, Sociedad Española de Directores y Gerentes de Hospitales y Planificación Sanitaria, Barcelona.

Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas. (AECA):

— (1995). *Principios de contabilidad de gestión. Costes estándares y análisis de desviaciones*, Madrid.

— (1997). *La contabilidad de gestión en los centros sanitarios*. Madrid.

— (1999). *La contabilidad de gestión en los centros sanitarios*. Documento nº 14 de la serie Principios de Contabilidad de Gestión. 2nd ed. Madrid.

— (2001). *Los Sistemas de Información en la Empresa Doc. 12. Comisión de Principios de Organización y Sistemas*, Noviembre, (1ª edición).Madrid.
info@aece.es

Barea, T., Gómez, A. (1994). *El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*.

Bataller Alonso, E., Sánchez Tomas, A., Alfonso, J.L., Chulia, E. (2002). *Control de gestión en la empresa hospitalaria. Objetivos de su aplicación*. *Todo Hospital*, 190, 584-589.

Bataller Alonso, E., Serra Salvador V., Palomar Pérez E. (2011). *La gestión asistencial y la evaluación de costes, con una orientación de las mismas hacia la Gestión de los procesos*. *Rev. Iberoamericana de Contabilidad de Gestión, RIGC*. Vol. IX nº 17, Enero-Junio.

Bataller Alonso, E., Serra Salvador, V. (2012). *La empresa hospitalaria y los sistemas sanitarios: Sistemas de información asistencial y económico financiero* *Rev Iberoamericana de Contabilidad de Gestión* Vol X, nº 19 Enero-Junio, 10(19), 26-53.

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

Bhattacharjee, A. y Hirschheim, R. (1997). *IT and Organizational Change: Lessons from Client/Server Technology Implementation*. *Journal of General Management*, 23 (2): 45-48.

Beltrán, J.L. (2002). *La coordinación y cooperación interterritorial en el SNS*. Actas de las XXII jornadas de economía de la salud, 29-31 de mayo, AES, Pamplona.

Blanco Illescas, F.:

— (1975a). *El control integrado de gestión*. Asociación para el Progreso de la Dirección. Madrid 1971.

— (1975b). *El control integrado de gestión. Iniciación a la dirección por sistemas*. Asociación para el progreso de la dirección, Madrid.

Blendon, R.J. et al. (1990). *Satisfaction with health systems in ten nations*. *Health aff*, summer. 185-192.

Busse, R. (2001). *Reformas en el Sistema Sanitario Alemán*. *Rev Admini Sanit* 2001. 5(17), 45-69.

Busse R, Riesberg A. (2004). *Health Care Systems in Transition: Germany*. European Observatory on Health Care Systems, Copenage,

Cantarero, D.:

— (2003a). *Análisis del gasto sanitario autonómico y su nueva financiación en España*. Tesis doctoral. Dep. de Economía Universidad de Cantabria.

— (2003b). *El nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas y su articulación con otros niveles de gobierno: balance y evolución futura*. Actas del X Encuentro de economía pública, 5, 6 y 7 de Febrero, Tenerife.

Cardesa García L., Abad Diez J.M., Arribas Monzón F. (2009). *Sistema de Información Hospitalario: Indicadores Hospitalarios Años 1988-1999*. Diputación General de Aragón. Dpto de Sanidad Consumo y Bienestar social.

Casas, M. (1992) *Los grupos relacionados con el diagnóstico en Europa. El proyecto EURODRG de la CEE*. *Todo Hospital* 1992. 87: 33-36.

Casas M, Tomás, R. (1991). *Descripción de la casuística y el funcionamiento hospitalario*. En: Casas M, ed. *Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización*. Barcelona: Masson, 1991:55-83.

Casas, M. (1994). *Grd. Una Guía práctica para médicos*. Iasist, Barcelona,

Castello Taliani, E.:

— (1992). *El sistema de costes de las actividades*. Jornada de Contabilidad de Gestión: Información, control y tecnología en el entorno empresarial actual Universidad de Valencia. AECA. Valencia.

— (1999). *Se impone el Sistema de Costes por Actividad*. Dossier: Como Reducir Costes, 11, 3, 26.

Chadwick, E. (1842). *Poor Law Commissioners on an Inquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*. Ed. Chadwick's Report on Sanitary Conditions. pp. 369-372.

Clinton J.J., McCormick, K., Besteman, J. (1994). *Enhancing Clinical Practice. The Role of Practice Guidelines*. *American Psychologist*. January. 49 (1): 30-33.

Conselleria de Sanidad, (CSV), (1992). *Manual del Sistema de Información Económica de Atención Especializada*. Valencia: Conselleria de Sanidad.

Conselleria de Sanidad, (CSV), (2003). *Sistema de Información Económica de Atención Especializada. Manual del Sistema de Información Económica de Atención Especializada*. Vers 2002. Ed: Generalitat Valenciana.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (CSSS), (1997). Bases teóricas del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización. Alta Hospitalaria: Implantación, Análisis, Utilidades y Limitaciones. Madrid:

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) (2008). Documento Estrategia Corporativa 2008-2012.

Colegio Oficial Farmacéuticos (COFM):

—(2001a). *Modelo sanitario Alemán*. Dossier –El global. net 4 al 29 de Noviembre. Madrid

—(2001b). *Modelo sanitario de Francia*. Dossier –El global. net 12 al 18 de Noviembre. Madrid

—(2012). *El copago Farmacéutico*. Boletín de Coyuntura económica nº 83. 03/12.

Cosials Pueyo, D. (1999). *La empresa de servicios: hospital*. Gestión Hospitalaria, 10, pp: 33-38.

Costas, C., López Casanovas, G. (1988). *Aspiraciones colectivas y eficiencia en el sistema sanitario*. Papeles de Economía Española, Nº 37.

De Falguera Martínez Alarcón, J., Amat Salas, O. (1999). La contabilidad de gestión en los centros sanitarios. AECA-17-5 p, 128.

De Falguera Martínez Alarcón, J. (2002). La contabilidad de gestión en los centros sanitarios en Cataluña. Tesis doctoral, Universitat Pompeu Fabra. Junio.

Dekker. (1988) Changing Health Care in the Netherlands. (Summary of the “Dekker Report “Beraldhelt tot verandering: Repport van de Comisión Structuur en Financiering Gezondheidszorg March 1987 and the governamen’s reponse of March 1988 Rijswi Ministry of Welfare, health and Cultural affaire.

De Miguel, E.:

— (1991). *Introducción a la Gestión (Management) Tomos I y II*, Ed.SPUPV.

— (1993). *Introducción a la Gestión (Management) I* Universidad Politécnica de Valencia.

Department of Health Care Management Technisch (DHCMT), (2009). *Proyecto EuroDRG diagnosis-related groups in Europe: towards efficiency and quality From 2009-01-01 to 2011-12-31 Proj ref: 223300 Community Research and Development information Service*. Universität Berlin Germany.

Department of Health, London (DHL), (1989). *Documento. White Paper, Working for patients*.

Díaz Fernández, J., Temes, J.J., Pastor, V. (1992). *Manual de Gestión Hospitalaria 2 ed.* Interamericana Mcgraw-Hill.

Donabedian, A. (1971). *Social responsibility for personal health services an examination of basic values*. *Inquiry*, June, 8:3-19.

Duncan, R. (1972). *Characteristics of organizational environments*. *Administrative Sciences Quarterly*, 17:313-327.

Duran, A., Lara, J.L., Van, M. (2006). *Spain System in Health*. *Rev. Health Systems in Transition*. 8(4):1-208.

Drucker, P. (1996). *La gestión en un tiempo de grandes cambios*. Edhasa.

Elola Somoza, J. (2001). *Política sanitaria española*, Díaz de Santos, Madrid.

Errasti, F. (1986). *Principios de gestión sanitaria*. Informe Dekker, Changes Assured de Holanda. Díaz de Santos 1997.

Escoms, V. (1994). *Manual para la cumplimentación del CMBD de hospitalización de la Comunidad de Madrid*. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Estudios y Análisis de Recursos

- Esteban, J., García, I. (1991). *El Sistema PMC de Clasificación de Pacientes en la Gestión de la Calidad*. Rev. Todo Hospital, nº 78, 1991, págs. 49-52.
- Eurostat (2013). *Regional GDP per Capita in the EU in 2010. Eight capital regions in the ten first places*. Eurostat Newsrelease 46/21 March, Eurostat Press Office.
- Evangelista Benítez, M. (1980). Organización del hospital, estructura y líneas de función. Temas de dirección hospitalaria.
- Evans, R.G. (1981). Supplier-induced demand: The economics of health and medical care. McMillan, 162-173, London.
- Falagán Mota, J.A., Nogueira Fariña, J. (2003). La información clínica y de salud. V informe SEIS: De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Sociedad Española de Informática de la Salud. 79-104.
- Fetter, R.B., Freeman, J.L. (1986). *Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals*. Academy of Management Review, Vol. 11, pp. 41-54.
- Financial Accounting Standards, FASB (1980). SFAC. Nº 4 *Objetivos of financial reporting by Nonbusiness organizations*.
- Finkler, S.A., Ward, D.M. (1999). Cost Accounting for Health care Organizations. Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland. USA.
- Fuentes Quintana, E. (1990). Hacienda Pública: Introducción y Presupuesto. Edit Rufino García Blanco, Madrid.
- García, Bravo, D. (2000). Sistemas de Información en la Empresa: Conceptos y Aplicaciones. Pirámide, Madrid.
- García Cornejo, B. (2004). *La Experiencia en Contabilidad de Costes y en Benchmarking del Servicio Nacional de Salud Español. Balance de una Década*. Revista de Administración Sanitaria, Vol. 2, nº 1, pp: 103-123.

García Cornejo, B. (2006). *Benchmarking en Hospitales Públicos a partir de la Información Suministrada por la Contabilidad de Costes*. Revista de Contabilidad, Vol. 9, nº 17, pp: 55-80.

García Cornejo, B. (2008). *Información contable para la gestión en los hospitales públicos españoles: Dificultades en su elaboración*. Rev. Adm. Saint. 6 (4) pp: 655-72.

Generalidad de Cataluña (GC), (1981). Decreto 1517/1981 de 8 de julio. Traspaso competencias en sanidad al Instituto Catalán de la Salud (CatSalut) BOE núm. 0176, de 24 de Julio de 1981.

Guerra Romero, L., Del Río del Busto, A. (1995). *Guías de práctica clínica: ¿merece la pena su desarrollo?* Medicina Clínica. 105: 257-260.

Gil Pechuán, I. (1996). *Sistemas de Información para la Gestión*, McGraw-Hill, 1996,

Gil Pechuán, I. (1997). *Sistemas y Tecnologías de la Información para la gestión*. Madrid: McGraw Hill. Aravaca,

Guillen, A.M. (2006). *Los Sistemas sanitarios públicos Europeos y el sistema Sanitario público Español*, Jornadas sobre la sanidad pública en España. Reflexiones Consejo Económico Social del Principado de Asturias Oviedo 15 y 16 de Marzo.

Guillem Salazar, S. (1998). *Integración de los sistemas de información clínico-asistenciales con los sistemas de comunicación que los soporte*. Gestión Hospitalaria, 4, p.p: 75-83.

Glick, N.D., Blackmore C.C., Zelman, W.N. (2000). *Extending simulation modeling to activity-based costing for clinical procedures*. J Med Syst, Apr. 24(2):77-89.

Gogorcena, M.A. (2001). *Manual de Explotación del Sistema de información de Atención Especializada*. Insalud.

González Carbonell, J.F. (1989). *Esquema conceptual de coste por producto hospitalario*. Técnica Contable, tomo XLI, pp.143-154.

González Carbonell Gómez J.I., Hernández García, M.C., Morini Marrero, S. (2005). Los modelos de costes sanitarios en España especial referencia: al modelo de gestión analítica del sistema Canario de Salud. Facultad de Económicas y empresariales Universidad de la Laguna. (Canarias).

González Sánchez, B. (2005). Evaluación de los sistemas de costes en el sector hospitalario público gallego. Tesis Universidad de Vigo.

González Sánchez, B.:

— (2006). *Aplicación de la metodología de cálculo del coste en los hospitales públicos gallegos*. Rev. De Adm. Sanitaria XXI, Vol. 4, nº 4, Octubre/Dic, pp: 745-757.

— (2008). *Experiencia española en la descentralización sanitaria y sus efectos en las herramientas de gestión y contables*. Rev Todo Hospital, nº 247, Xuño, pp: 312-319.

Grossman, M. (1972). The demand for health: a theoretical and empirical investigation. Ma, Nber, Cambridge.

Gutiérrez, J.M., Cofiño, A.S. (2009). Analisis Descriptivo de los indicadores del cmbd del Sistema Nacional de Dalud Ministerio de Danidad y Politica Social.Sep Madrid

Guadalajara Olmeda, N. (1994). Análisis de costes en los hospitales. M.C.Q Ed. Valencia.

Hurst, J. (1991). *The NHS reforms in an international context. Reforming health care systems*. (EDS), Edward Elgar: p.p:15-34.

Harold, N. (2012). Plan Beveridge. Centro iberoamericano de Estudios de Seguridad Social. (CIESS) May 20, Mexico,

Hatten, L., Hatten, K. (1997). *Information Systems Strategy: Long Overdue And Still not Here*. Long Range Planning, 30 (2): 254~266.

Hernández, N.A, Leon, M., Rivera, N. (2010). *El uso del case mix como un método de reducción de programas de producción hospitalaria y herramienta de apoyo a la gestión y mejora de procesos*. Contribuciones a la Economía, marzo 2010, en <http://www.eumed.net/ce/2010a/>.

Hoomans, T., Ament, A.J., Evers, S.M., Severens, J.L. (2010). *Implementing guidelines into clinical practice: what is the value?* J Eval Clin Pract. Oct 4.

Intervención General de la Administración del Estado (IGAE),

— (1994). Contabilidad Analítica de las Administraciones Públicas. El Proyecto CANOA. Madrid, Págs. 103-155.

— (1997). Plan General de Contabilidad a las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social. Resolución de 16 de octubre, (BOE 30-10-1997).

International Hospital Federation (1994). *Guide to Health Services of the World, Hospital Services in the EC Hospital Committee of the European Community*. Belgium 1993.

Instituto Nacional de la Salud (INS), (1986). *Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria. Programa Marco*. 1.a Fase. 1986-90. Madrid.

Institut CATALA de la Salut (ICS), (1995). *Model de contabilitat analítica en els hospitals de L'ICS*. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Instituto Nacional de la Salud, (INS),

— (1996a). *Conjunto Mínimo Básico de Datos en los Hospitales del Insalud*” 1996 1ª Ed. 1997 nº Pub. 1.698.

— (1996b). *Gestión Analítica hospitalaria (Proyecto Signo)*.

Instituto Nacional de la Salud, (INS),

- (1997). Plan estratégico. El libro azul. 1ª ed. 1997 nº pub.: 1.696. Instituto Nacional de la Salud. Madrid.
- (2000). Proyecto GECLIF: Gestión Clínico Financiera y coste por patología. Madrid.
- (2001a). Cmbd Insalud. Análisis de los Gdr's 1999. 1ª Ed. 2001 Nº Pub.: 1783.
- (2001c). Guías de Práctica Asistencial, Metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GDR. Subdirección General de coordinación administrativa área de estudios, documentación y coordinación normativa. Madrid.
- (2001d). Resultados de la gestión analítica en los hospitales del Insalud Geclif 2000.

Institut Municipal d'Assistència Sanitària. (IMAS), (1998). Contabilidad analítica, Barcelona.

Jefatura del Estado (JE),

- (1986). Ley 4/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE 29-4-1986).
- (1994). Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones e Incentivos Fiscales a la Participación Privada en Actividades de Interés General. (Vigente hasta el 01 de Enero de 2003). (BOE 25-11-1994).
- (1997a). Ley 6/1997, de 14 de abril, De Organización y Funcionamiento de Administración General del Estado. (BOE 15-04-1997).
- (1997b). Ley 15/1997, de 25 de Abril, Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud. (BOE 26-4-1997).
- (1998). Ley 50/1998, de 30 de diciembre, De Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. (BOE 31-12-1998).

Jiménez Paneque, R.E (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual Rev. Cubana Salud Pública v.30 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2004. versión On-line ISSN 0864-3466.

Jurado, F., Ramos, A.J., (2010). *Gasto público en protección social en España en periodo de crisis económica internacional*. Icade Rev Facultad de Derecho y CEEmp Universidad de Comillas, nº 80 p.p 13-51. Mayo Agosto.

Kaluzny, A., Warner, M. (1982). *Management of health services englewood cliffs*. Prantice hall.

Kaplan, R. S., Norton, D. S., (1997). *El cuadro de mando integral*, Ediciones Gestión 2000, Barcelona.

Kast, F.E., Rosenzweig, J.E. (1979). *Administración de las Organizaciones: un enfoque de sistemas*. Mac Graw Hill.

Lafoste Roselló, E. (1988). *La historia clinica en el control de calidad de de los centros hospitalarios*. Rev Control de calidad en el Hospital. Tema monográfico.

Lain Entralgo, P. (1998). *La Historia clinica: Historia y teoria del relato Patografico*, 1998, Triacastela, Madrid.

Limón Mendizábal, C. (1984). *Las prestaciones sanitarias de los países de la Comunidad Europea*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

López Díaz, A. (2000). *Contabilidad de Gestión aplicada al Servicio Andaluz de Salud (2000)*. Contrato Programa Hospitales 2000 Indicadores Gdrs. Junta de Andalucía.

Lopez i Casanovas, G., Ortun, V. (1998). *Economía y Salud. Fundamentos y Políticas*. Ediciones Encuentro Oikos Nomos, Madrid.

Losada, V. et al. (1997-1999). *El gasto sanitario en la comunidad de Madrid y su financiación 1986-1995*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Madrid.

Maravall, G.A.H. (2002) *La Protección social en la Unión Europea*. Cuadernos de Relaciones laborales, vol. 20 nº 1. 94-118.

Marimón, S. (1999a). La sanidad en la sociedad de la información. Sistemas y tecnologías de la información para la gestión y la reforma de los servicios de salud. Ediciones Díaz de Santos, Madrid.

Marimón, S. (1999b). XX Jornadas de Economía de la Salud, Gestión clínica: experiencias e instrumentos, Asociación de Economía de la Salud, Palma de Mallorca.

Martín Zurro, A. (1997). *La reforma de la atención primaria (1984-1997)*. Jano Vol III. 1.210: Supl abril: 17.

Maxwell, R. (1981). Health and wealth: an international study of health care spending. Sandoz Institute for health and socio-economic studies, Lexington books, Toronto.

Mayntz. (1985). En handbook of social studies in health and medicine. p:100.

McKeown, T., Lowe, C.R. (1981). Introducción a la medicina social. México: Siglo XXI.

McPherson, K. (1990). *International differences in medical care practices*. En Health care systems in transition. The search of efficiency. Paris: DECA.

Mendiña Sagrado, A. (1989). *Economía de la Salud*. Edit Orbis, S.A, pp: 25-57.

Mills, A. (1991). Descentralización de los sistemas de salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales. Organización Mundial de la Salud, Washington.

Ministère des affaires étrangères. (MAE), (2007). La France á la loupe El sistema sanitario frances. Infosynthese

Ministerio de Salud Francés y Asuntos Extranjeros (MSFAE). Grupo de Interés público de Salud y Protección Social Internacional (2010). Organización y Sistema de Salud en Francia. Sept Paris France.

Ministerio de Sanidad de Alemania (MSA), (2010). Health Care Systems in Transition, del (www.bmggesundheits.de/engl/hitgerm.pdf),

Ministerio de Administraciones Públicas (MAP):

- (1987). Decreto, 1536/1987, de 6 de noviembre Traspaso competencias en sanidad al Osakidetza - Servicio Vasco de Salud BOE núm. 0299, de 15 de diciembre de 1987.
- (1987a). Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre. Traspaso competencias en sanidad a la Agencia Valenciana de Salud. núm. 0312, de 30 de diciembre de 1987.
- (1987b). Decreto 446/1994, de 11 de marzo Traspaso competencias en sanidad al Servicio Canario de la Salud (SCS), BOE núm. 0085, de 9 de abril de 1994.
- (1990a). Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad al Servicio Gallego de Salud (SERGAS) BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990.
- (1990b). Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. núm. BOE 313, de 31 de diciembre de 1990.
- (1990c). Decreto 1471/2001 de 27 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad al Servicio Cántabro de Salud (SCS). BOE núm. 128 de 29 de Mayo de 2003.
- (1990d). Decreto 1473/2001 DE 27 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad al Servicio Riojano de Salud BOE núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.
- (2001a). Acuerdos de las comisiones mixtas de transferencias en materia de sanidad a partir del 1 de enero de 2002. R. Decretos 1471/2001-1480/2001, de fecha 27/12/01. (BOE nº28 y 31-12-2001).

- (2001b). Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad al Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) BOE núm. 313, de 31 de Diciembre de 2001.
- (2001c). Decreto 1474/2001 de 27 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad al Servicio Murciano de Salud (SMS) BOE núm. 312, de 29 Diciembre 2001,
- (2001d). Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad al Servicio Aragonés de Salud (Salud) BOE núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.
- (2001e). Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). BOE núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.
- (2001f). Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad al Servicio Extremeño de Salud (SES). BOE núm. 312, de 29 de Diciembre de 2001.
- (2001g). Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad al Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUD). BOE núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.
- (2001h). Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). BOE núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.
- (2001i). Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre. Traspaso competencias en sanidad a Castilla y León (SACYL) BOE núm. 311, de 28 de Diciembre de 2001.

Ministerio de Economía y Hacienda (MEHA):

- (1973). Plan General de Contabilidad Decreto 530/1973, de 22 de febrero. BOE nº. 79, 2 de abril de 1973.

- (1977). Ley 11/1977, de 4 de enero, General Presupuestaria. (BOE 7, 8 -01-1977)
- (1981). De aprobación del Plan General de Contabilidad Pública (PGCP), Orden 14 de octubre (BOE 29-10-81).
- (1994). De aprobación del Plan general de Contabilidad pública, Orden de 6 de Mayo. BOE. nº 0120, 20/05/1994.
- (1996). Normas de adaptación del Plan General de Contabilidad a las empresas de asistencia sanitaria. Orden 23 de diciembre, BOICAC nº 29 BOE 06/01/1997.
- (2010). Orden /1037/2010, de 13 de abril Plan General de Contabilidad Publica 2010. BOE nº 102 28/04/2010.

Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).

- (1987). R. Decreto 521/1987, de 15 de abril (1987): De aprobación del reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. (BOE nº 91. 16-04-1987.
- (1990) Subd de Gestión Analítica y Costes. Gestión Analítica (Hacia la Contabilidad Analítica en los Hospitales. Madrid. Noviembre.
- (1991). Programa SIGNO. Gestión analítica. Madrid.
- (1992). Subdirección de Gestión Analítica y Costes. Proyecto Signo: Situación y Expectativas. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes". Madrid. Julio/92.
- (1993). Hacia un Club de Radiodiagnóstico: Catálogo de Exploraciones. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección de Gestión Analítica y Costes Madrid.

- (1994). II Jornadas de gestión y evaluación de costes sanitarios. Hacia el coste por paciente. Gestión analítica, Oviedo.
- (1995a). Gestión analítica SIGNO II: manual de usuario. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- (1995b). Gestión Analítica Hospitalaria (Proyecto Signo). 1ª Ed. 1995 N° Pub. 1.676.
- (1997). Proyecto (NIPE), Análisis y Desarrollo de los Grupos Relacionados por el Diagnostico (GDR), en el Sistema Nacional de Salud, Edit Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad, Madrid.
- (1999). Catálogo nacional de hospitales. Madrid.
- (2000). V Jornadas de gestión y evaluación de costes sanitarios”, Gobierno Vasco. Bilbao.
- (2001a). El sistema nacional de salud en cifras 2001. Madrid.
- (2001b). Guías integradas asistenciales. Metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD. Instituto Nacional de la Salud, Madrid.
- (2001c). Asistencia especializada. Actividad 2000. Evolución de indicadores 1991-2000. Instituto Nacional de la Salud, Madrid.
- (2003a). Indicadores básicos de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (2003b). Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 128 del 29 de mayo de 2003.
- (2005). Proyecto NIPE: resultado del estudio de 100 GDR Planificación sanitaria. Calidad y evaluación sanitaria. Madrid: <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/home.htm>.

Ministerio de Sanidad Consumo y Política Social (MSCPS).

- (2007a). Panorama de la Salud 2007 los Indicadores de la OCDE. OCDE. Paris.
- (2007b). Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario Informes, Estudios e Investigación de Sanidad y Consumo de España www.msc.es.
- (2009). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, Edición electrónica de la CIE-10-8ª edición Versión 1.0 - 01/05/2010 Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. 2008. eCIE10. Portal estadístico. SNS. new.paho.org.
- (2012). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 9ª Revisión, Modificación Clínica 8ª Edición Enero 2012 eCIE9. Portal estadístico. SNS. new.paho.org.
- (2013). Información Sanitaria e Innovación Recomendaciones para la obtención homogénea de costes de hospitalización en el SNS. Julio/13 Madrid.

Ministerio de Trabajo y Seguridad, (MTSS), (1985). Plan General de Contabilidad del Sistema de la Seguridad Social de 11 de febrero BOE nº. 46, de 22/02/1985.

Ministerio de la presidencia (MP), (2000). Nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. Real Decreto 29/2000, de 14 de Enero. (BOE nº 21-25 01-2000).

Monge Lozano, P. (2002). La gestión de las empresas sanitarias españolas. Boletín de información comercial española, Nº 2732. pp. 9-15.

Monge Lozano, P. (2003a). Características de los Hospitales de EEUU. Boletín Económico ICE, nº 2782, pp. 33-42.

Monge Lozano, P. (2003b). Estudio comparativo de los diferentes sistemas o modelos de costes implantados en los hospitales públicos españoles. Rev. Iberoamericana de Contabilidad de Gestión. Vol. 1, N° 2, pág. 13-42.

Monge Lozano, P. (2004). El cálculo de costes en los hospitales: Ventajas e inconvenientes de los modelos utilizados. Rev. Partida Doble, N° 159, Octubre.

Moya de Madrigal, L. (1998). Aplicación de los grupos de diagnósticos relacionados a la gestión del sistema nacional de servicios de hospitalización de la CCSS. Dirección Técnica de Servicios de Salud/CCSS. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social San José, Costa Rica cendeiss@info.ccss.sa.cr Rev. cienc. adm. financ. segur. soc vol.6 no.2 San José jun.

Montesinos Julve, V.:

— (1987). La auditoría en el sector público y los órganos de control. Cuadernos Aragoneses de Economía, n° 11 Zaragoza.

— (1994). Encuesta sobre la implantación de la contabilidad de gestión en el ámbito empresarial y de las universidades. AECA Departamento de Contabilidad de la Facultad de Economía de Valencia.

MSD Group. (2000). *Modelo Sanitario de Alemania: El medicamento en el mundo Europa y Estados Unidos*, p 63.

Muñoz, A. (1989). Los sistemas sanitarios y su organización. Fiss 21-57 Madrid.

Naranjo Gil, D. (2005). *Estudio exploratorio del uso estratégico del Sistema de información y Control de Gestión, en los hospitales Públicos Españoles*. Rev. Iberoamericana de contabilidad de gestión, Vol. III N°. 5, págs. 169-192.

Naranjo Gil, D., Álvarez Dardet Espejo, M.C. (2005). *El papel de los estilos de gestión y sistemas contables de gestión en el cambio estratégico: un estudio empírico*. Rev. Esp. Finan Contab. XXXIV (127):951-75.

Naranjo Gil, D. (2006). *Salvando las dificultades del uso de la Encuesta en la investigación contable de gestión*. Rev. Española de Financiación y Contabilidad Vol. XXXV nº 129 Abril- Junio pág 361-385.

Naranjo Gil, D., Hartmann F. (2007). *How CEOs use management information systems for strategy implementation in hospitals*. Health Policy.81(1): 29-41.

Naranjo Gil, D. (2010). *El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos*. Rev. Gac Saint.,24(3):220–224.

Newhouse, J.P. (1970). *Toward a theory of nonprofit institutions: an economic model of a hospital*. American Economic Review, 60 (1), 64-74.

Nils-Göran O., Carl-Johan, P., Roy, J., Roy, S. (2004). *El Cuadro de Mando en acción. Equilibrando estrategia y control*. Ed Gestión 2000.

Novell Alsina, R. Salvador Carulla, L. (1999). *Adaptación y Validación de una Bateria de Evaluación Psiquiátrica para personas con Retraso Mental*. La Bateria ALDAPT. Ministerio de Sanidad, FIS N° Ref: 990035-01. a 2001.

Norman, R. (1989). *La gestión en las empresas de servicios*, Deusto. edic, Bilbao.

OCDE.:

— (2000) Health data, Eco salud. Modelo Sanitario en Francia, El medicamento en el mundo: Europa y Estados Unidos.

— (2010). Health data (2010) WHO European Health. www.oecd.org/health/healthdata.

— (2012). Base de datos de la OCDE sobre la Salud 2012 Junio www.oecd.org/health/healthdata.

(OMS):

- (2000). Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra.
- (2010). OMS. European Observatory on Health Care Systems. (EOHCS). Health Care Systems in Transition. Análisis del Sistema sanitario Español. Ginebra.

Oscar Vasconcelos, P. (2005). *La necesidad de disponer de un modelo de costes adecuado: el primer paso para el control de los costes y la gestión eficiente de los recursos*. Barcelona: Antares Consulting.

Pedraja F. y Agúndez, A. (2003). *Descentralización fiscal y eficiencia económica*. Papeles De Economía Española, 95, 24-34.

Pedret, R. y Sagnier. I. (2003). *Herramientas para segmentar mercados y posicionar productos: Análisis de información cuantitativa en investigación comercial*. Deusto, 2000, Bilbao.

Peiró Moreno, S. (1998). *Evaluación de la calidad a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) al alta hospitalaria*. I Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología, del 15 de Octubre-30 de Noviembre.

Pela, C., Marion, J., Ocon, P., Beltrán, E., Prados, M., Casado, E., Chung, C., Pérez, B., Bordons, A., González, F., Tirado, M. (1998). *Un sistema de Historias Clínicas informatizadas (ARCHiMED)*. Todo Hospital, 145-179.

Pérez Salinas, I. (1998). Ejercicios prácticos sobre el C.M.B.D: Técnicas de Medición de Case-Mix G.D.R's. U.D.C.A, Hospital General de Castelló, Valencia, Octubre.

Peris Bonet, R. (1998). *Documentación Médica Hospitalaria en España. Algunas reflexiones desde Valencia*. Papeles Médicos, 7, 18-24.

Peters, T. (1989). *Del caos a la excelencia* Manual para una revolución en la dirección y administración de empresas, Barcelona: Folio.

Peter. (1990). *Edwin Chadwick and The Politics Of Government Growth*, American Historical Review. 1832-1854. pp. 1194-1195.

Pemán Gaví, J. (2001). La culminación del proceso de descentralización de la sanidad Española. El Sistema Nacional de Salud tras el cierre de las transferencias y la aplicación del nuevo sistema de financiación. El Estado de las Autonomías en 2001. T. Monográfico. Instituto de Derecho Público.

Phelps, C. (1986). Induced Demand: ¿Can we ever know its extent? *Journal of Health Economics*, 5 (4), 355-365.

Porras Orue, P. (1980). Algunos aspectos económicos de la evolución del concepto de hospital. *Temas de administración hospitalaria*. Tomo I Escuela de Gerencia hospitalaria.

Presidencia del Gobierno Canario, (PGOC):

— (1994). Ley 11/1994 de 26 de julio de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSCA) BOIC, núm.: 96 de 5 de Mayo.

— (2005). Orden de 23 de Septiembre De Regulación del Sistema de Información Cantonera BOIC, Núm., 205 de 19 de Octubre.

Porter, M. (1982). *Estrategia Competitiva: Técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia*. Comp editorial S.S. de S.V. (México).

Rakich, J.S., Longest, B.B., Darr, K:

— (1985a). *Managing Health Services Organizations*. Health, Professions Press.

— (1992b). *Managing Health Services Organizations* Health Professions Press, University of Minnesota.

Repullo, J.R. (1988). *Sanidad pública y privada. Convergencias y divergencias*. El sistema mixto, Papeles de Gestión Sanitaria.

Rico A., Sabés R. (2000). *Sistemas Sanitarios en Transición: España*. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. Copenhague.

Ripa Ciarriz, C., Hurtado Gomez, MF., Bereciartua, J.M. (1995). Los Patient Management Categories (PMC) como sistema de medición del Case-Mix Hospitalario. *Revista: Farmacia Clínica*. 12(7):520-530.

Rodríguez Cabrero, G. (2010). *El gasto público social*. *Rev Economistas*, nº 123.

Rodríguez, S. (2011). *La Historia Clínica Hospitalaria*. Gurutzetako Ospitalea. Hospital de Cruces. Barakaldo, 17 de Mayo de 2011.

Roemer, J. (1997). *Theories of distributive justice*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts.

Ruiz Ferrándiz, U., Simón Martín, J. (1994). La mejora continua en el sistema sanitario: Resultados de la 1º Fase de implantación del Plan de Calidad en España (1986-1992). Instituto universitario de Evaluación Sanitaria. *Rev. San Hig Publica*: 68: 535-548 no. 5 -sept-diciembre.

Ruiz Muñoz, D. (2006). La aplicación del cuadro de mando integral en organizaciones sanitarias. Departamento de Economía y Empresa. Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. *Revista Iberoamericana de contabilidad de gestión* nº 8.

Rovira, M., Esperalba, J., Navarro, P., Raurich, M., Soler, T. (1995). Comunicación. Evaluación y uso de diferentes sistemas de clasificación de pacientes. *Rev. Papeles Médicos*. 1995. 4(1):12. IV Congreso: Nacional de Documentación Médica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Saltman Richard, B., Von Otter, G. (1987). Revitalización de los sistemas de asistencia sanitaria. Propuesta para la competencia pública en Suecia. *Rev. Papeles de gestión sanitaria*.

Sánchez Carrión, J.J (1992). *Análisis de Tablas de Contingencias*, Centro de Investigaciones Sociológicas. Agapea.com.

Sancho Martín, J.L. (1999). Los hospitales públicos en España. *Cinco Días*, 8, 213-217.

Sánchez, J.L. A. (1999a). La gestión hospitalaria por los resultados: Sistema de clasificación de pacientes. *Todo Hospital*, 53, 7-11.

Sánchez, J.L. A. (1999b). Nuevos avances en la identificación de la producción hospitalaria. *Todo Hospital*, 155, 205-210.

Servicio Vasco de Salud/Osakidetzas (SVS-O), (1998). Aldabide: Manual de imputación de costes. Ed. Servicio Vasco de Salud. Vitoria/Gasteiz.

Servicio Andaluz de Salud (SAS):

— (1984). Decreto 400/1984, de 22 de febrero. Traspaso competencias en sanidad al Servicio Andaluz de Salud BOE.núm. 0051, de 29 de Febrero de 1984.

— (1993). Coan 1. Documento de circulación interna del Servicio Andaluz de Salud para uso de los Hospitales enganchados al Programa de Control de Gestión COAN. SAS Junio.

— (2011). Catálogos de las Unidades Relativas de Valor (URVs), URVs de Radiofísica Hospitalaria. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.

Simon, H.A. (1979). *Rational decision making in business organizations*, *American Economic Review*, 69: 493-513.

Silva, L.C. (1997). *Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica*. Díaz de Santos, Madrid.

Smith, A., Aylward P., Campbell, T. et al. (2003). *Therapeutic Guidelines: Cardiovascular*, 4th edition. North Melbourne. Therapeutic Guidelines.

Smith, P.C., Goddard, M. (2003). *Los indicadores de gestión en el sector público*, *Papeles de Economía Española*. 95, 35-46.

Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) (2011). *Indicadores de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 5/10/2011 Murcia*. www.calidadasistencial.es

Soler Bordoy, P.A. (1991). La gestión de empresa en el sector público de servicios sanitarios. *Fundación Hospital Verín*, 20-21.

Soley Bach, P. (1986). La valoración de los costos a través de la historia clínica. *Todo Hospital*, 24, 43-45.

Temes, J.J. (1992). *Manual de gestión hospitalaria*, Interamericana.

Temes Montes, J.L., Pastos Aldeguer, V., y Díaz Fernández, J.L. (1997). *Manual de Gestión Hospitalaria*. Ed McGraw-Hill-Interamericana de España Madrid.

Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y medicina social*. Siglo XXI, México.

Tomas Cedo, R., Suñol Sala, R., Delgado Vila, R., Ramos Subirana, J., Casas Galofre, M. (1999). Indicadores de calidad asistencial y GRD: Un sistema de información basado en el CMBD de hospitalización. *Rev. Calidad Asistencial*, 14, 15-21.

Torres Pradas, L. (1979). Entidades no lucrativas en el sector público. Univ de Castilla-La Mancha. España 2009: Un balance, *Boletín informativo de trabajo social*, nº 14, Enero. E.U. de Trabajo Social de Cuenca.

Urrutia de Hoyos, I. (2002). Implantación de un modelo de costes ABC en hospitales Comunidad Autónoma Madrid. *Servicio de Documentación*.

Vera Llorens, J.L., Masip Segarra, J.M. (1994). Una aproximación a las fundaciones en el marco de los servicios públicos de la administración autonómica. *Iniciativas* 3, 97-112.

Villater, J., Mira, J.J., Buil Gilberto Llinas, J., Aranas, J.M., Rodríguez, Marín, J. (2000). Polar Auditoría: Un método para conocer si la organización sanitaria está orientada hacia el paciente. *Rev Adm Sanit*. IV, 15, 159-184.

Williams, A. (1988). *Ética médica: Eficiencia en los servicios sanitarios y libertad clínica*, Pap. Gest. Sanit.

William Beveridge. (1942). *Beveridge Report Social Insurance and Allied Services* Beveridge outlines his proposals for a new welfare state. Presented to Parliament by Command of His Majesty November 26 HMSO.