

Recomendaciones para la obtención homogénea de costes de hospitalización en el SNS

Julio 2013



Recomendaciones para la obtención homogénea de costes de hospitalización en el SNS

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación
Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

Julio 2013

Guía de recomendaciones para la obtención homogénea de costes de hospitalización en el SNS

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Palabras Clave: contabilidad analítica, costes hospitalarios, hospitalización, costes por proceso

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

Cita sugerida: Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Guía de recomendaciones para la obtención homogénea de costes de hospitalización en el SNS [Publicación en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm>

Estudio publicado bajo el marco del contrato entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Escuela Andaluza de Salud Pública (expediente del contrato: 2011/0661).



Edita y distribuye:
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
Paseo del Prado, 18
28014 Madrid

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Mercedes Vinuesa Sansebastián

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

Mercedes Alfaro Latorre

EQUIPO DE TRABAJO

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

M^a Ángeles Gogorcena Aoiz (Jefe de Área de Información y Estadísticas Asistenciales)

Mercedes Álvarez Bartolomé (Jefe de Servicio de Información Asistencial)

José Antonio Lozano Sánchez (maquetación)

Escuela Andaluza de Salud Pública:

Carmen Pérez Romero (Directora de Consultoría)

Guadalupe Carmona López (Consultora)

Colaboradores del Grupo de Trabajo de Contabilidad Analítica:

M^a Dolores Muñoyerro Muñiz
Servicio Andaluz de Salud

Federico Arribas Monzón
José Antonio Martínez Peña
Servicio Aragonés de Salud

Olga Casares Abella
Servicio de Salud del Principado de Asturias

M^a José Santos Terrón
Servicio Balear de Salud

Sebastián Fuentes Tarajano
Servicio Canario de la Salud

Olga Martín Hernández
Juan Carlos Dueñas Puebla
Servicio Cántabro de Salud

Juan Antonio de la Fuente Ortega
Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Anna Román Martínez
Servicio Catalán de la Salud

Manuela Balas Pedrero
Servicio Extremeño de Salud

Rosalía Rodríguez Pintor
Servicio Gallego de Salud

Elena Bonilla Martos
Servicio Madrileño de Salud

Milagros Larrayoz
Ángel Arrea
Servicio Navarro de Salud

M^a Pilar Fernández Martín
Servicio Murciano de Salud

Milagros de Imaña
Pedro Sala Rueda
Servicio Riojano de Salud

Carmen Aguado Jiménez
Agencia Valenciana de Salud

Elena Martínez de Guereñutega
Fernando Merino Beltrán Heredia
Servicio Vasco de Salud - Osakidetza

M^a Rosario Valverde Vaquero
Servicio de salud de Castilla - La Mancha

Ramón Mille Torres
Ministerio de Defensa

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS	8
3. METODOLOGÍA.....	9
4. SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA DE LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	10
4.1. SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA IMPLANTADOS	10
4.2. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA.....	12
5. ASPECTOS DIFERENCIADORES EN LA OBTENCIÓN DE COSTES DE HOSPITALIZACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	15
5.1. DEFINICIÓN DE LA LÍNEA DE HOSPITALIZACIÓN	15
5.2. OTROS CENTROS DE COSTE Y ÁREAS DE ACTIVIDAD ESPECÍFICAS QUE PODRÍAN INCIDIR EN LOS COSTES DE HOSPITALIZACIÓN	37
5.3. AFECTACIÓN DE COSTES DIRECTOS A LA LÍNEA DE HOSPITALIZACIÓN	54
5.4. IMPUTACIÓN DE COSTES DE LOS CENTROS ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS.....	77
6. RECOMENDACIONES PARA LA OBTENCIÓN HOMOGÉNEA DE COSTES DE HOSPITALIZACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	83
ANEXO I: Catálogos de productos definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica del Sistema Nacional de Salud	91

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2009, el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad inicia el desarrollo de una línea de trabajo cuyo objetivo general es identificar propuestas de normalización y mejora en la información para la estimación de pesos y costes hospitalarios, basándose en las posibilidades de desarrollo actuales de los Sistemas de Contabilidad Analítica (SCA) y en consenso con el Grupo de Trabajo de Contabilidad Analítica (GTCA).

Esta línea de trabajo da sus primeros pasos con la realización del análisis de situación de los SCA de los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), en el cual se describieron sus características principales y se valoraron las fortalezas y debilidades de las metodologías empleadas para la estimación de costes. Dicho informe fue publicado en la página electrónica del Ministerio de Sanidad y está accesible en la siguiente dirección: dirección:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_SCA_hospitalarios_en_SNS_WEB.pdf.

Como resultado de aquel análisis, se identificaron los *elementos comunes* y *diferenciadores* de los SCA para aquellos aspectos que resultan críticos de cara a una posible propuesta de normalización, concluyéndose que existían más similitudes que diferencias en sus enfoques metodológicos y características principales.

Tomando como punto de partida dichos resultados, y con el fin de contribuir a una mayor homogeneización en los procesos de obtención de costes hospitalarios en el SNS, el paso siguiente fue proponer el desarrollo de una guía de recomendaciones centrada en la difusión y consideración de aspectos metodológicos que faciliten a los diferentes Servicios Regionales de Salud la elaboración de una información de **costes de hospitalización comparable**.

Como resultado del trabajo de colaboración entre el Instituto de Información Sanitaria, la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y el GTCA, en este documento se presentan un conjunto de *recomendaciones para la obtención homogénea de información de costes de hospitalización en el SNS*, recogiendo los principales aspectos metodológicos que orienten en el futuro el proceso de estimación de costes.

2. OBJETIVOS

General:

- Establecer **recomendaciones** para la obtención homogénea de información de **costes de hospitalización** en el Sistema Nacional de Salud.

Específicos:

1. Revisar los aspectos comunes y diferenciadores de los SCA de los hospitales del SNS y *priorizar* aquellos elementos que deben tenerse en cuenta en la guía de recomendaciones.
2. Consensuar, con el Grupo de Trabajo de Contabilidad Analítica del SNS, los *aspectos y metodología de cálculo* más idóneos para la obtención homogénea de información de costes de hospitalización.
3. Elaborar un documento de recomendaciones que recoja las definiciones conceptuales, aspectos metodológicos y salidas de información que pudieran orientar en el futuro el proceso de estimación de costes de hospitalización en el marco del SNS.

3. METODOLOGÍA

Partiendo de los resultados obtenidos con la realización del trabajo de análisis de situación de los SCA implantados en los hospitales del SNS¹, se ha elaborado un conjunto de propuestas metodológicas específicas que permitieran homogeneizar el proceso de estimación de costes de hospitalización, haciendo hincapié en los elementos que pudieran incidir de forma más relevante en dichos costes de hospitalización

Al definir las propuestas de homogeneización, se ha procurado que éstas tuvieran el menor impacto posible sobre el diseño de las aplicaciones informáticas que soportan los distintos SCA, teniendo en cuenta las características actuales y líneas de desarrollo previstas en los Servicios Regionales de Salud.

Una vez elaboradas las propuestas de homogeneización, se ha procedido a su validación por el GTCA. Para ello, se convocó una jornada de trabajo con los miembros del grupo, en la que se presentaron dichas propuestas para su debate y consenso, identificándose las fortalezas/potencialidades y debilidades/limitaciones de cada una de ellas.

Finalmente, se ha elaborado el documento de recomendaciones en el que se plasman las principales conclusiones obtenidas en las distintas fases del proyecto, incorporando una *propuesta consensuada* por los miembros del GTCA de aquellos criterios y metodologías de cálculo que podrían orientar en el futuro el proceso de estimación de costes de hospitalización en el marco del SNS.

¹ *Análisis de los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Volumen I.* Madrid: Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
Análisis de los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Volumen II. Madrid: Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

4. SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA DE LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

4.1. SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA IMPLANTADOS

Los sistemas de contabilidad analítica que se analizan en este trabajo pueden clasificarse en tres grandes grupos:

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

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

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

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

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

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



4.2. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA

Todos los SCA implantados en los hospitales del SNS definen, entre sus **objetivos de coste**, la obtención de información por centro de responsabilidad. Asimismo, excepto el sistema de contabilidad de INGESA, todos ellos permiten obtener información más desagregada por línea de actividad y por proceso². Sin embargo, sólo en aquellos Servicios Regionales de Salud en los que los sistemas de información asistencial están más desarrollados se pueden asignar de forma directa al paciente determinados consumos (p.e. prótesis, farmacia, pruebas diagnósticas), de forma que permitan la obtención de los costes individualizados de cada episodio atendido.

Para obtener información de los distintos objetivos de coste, la contabilidad analítica de los hospitales del SNS se basa en la definición de una **estructura** de centros de coste que, de acuerdo con las especificaciones realizadas por cada SCA, se corresponde con la estructura de organizativa del centro hospitalario.

Con independencia de la denominación que reciban en cada Servicio Regional de Salud, todos los SCA contemplan en su estructura la siguiente tipología de **centros de coste**:

- Estructurales o básicos:
Centros que realizan funciones de *dirección o administración* y no generan un producto definible y facturable a otros centros de coste. En la fase de imputación reparten todos sus costes.

- Intermedios:
Centros que realizan una función logística o asistencial, con producto definible y facturable a otros centros de coste. En la fase de imputación reparten todos sus costes.

² Coste por proceso: coste medio de todos los pacientes que han sido dados de alta en un determinado Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD), en función de los pesos medios de cada GRD.

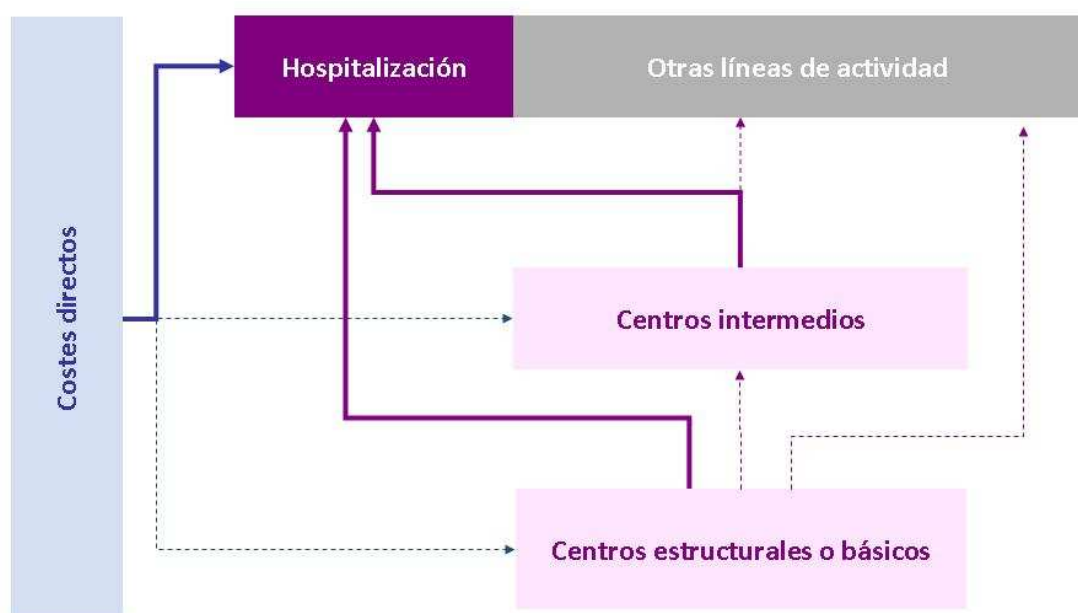
■ Finales:

Centros que realizan la *actividad clínica principal* del hospital. En la fase de imputación sólo reciben costes, sin poder imputar nada salvo por medio de las interconsultas u otras actividades asistenciales que presten a otros centros. Al definir la estructura de centros de coste, los sistemas de contabilidad analítica suelen especificar las distintas *líneas de actividad o áreas de producción* de los servicios finalistas (hospitalización, consultas externas, cirugía mayor ambulatoria, etc.).

Aunque existen diferencias entre los SCA implantados en cada Servicio Regional de Salud, habitualmente desarrollan tres pasos metodológicos básicos (Figura 2):

- La definición de una estructura de centros de coste.
- La afectación de los costes según su naturaleza que le corresponden a cada centro.
- El reparto de costes de los centros estructurales e intermedios a los centros finales, en los que se agrupan todos los costes del hospital una vez finalizado el proceso de imputación.

Figura 2: Proceso de imputación de costes de los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.



El objetivo de este trabajo es elaborar recomendaciones que permita obtener información homogénea de los costes de la línea o área de hospitalización, a partir de la información que suministran los sistemas de contabilidad analítica de los Servicios Regionales de Salud.

Habitualmente los SCA permiten obtener el coste de la ***línea de hospitalización***, definida a nivel de hospital como agregación de centros finales de la estructura de costes. Tras el proceso de imputación, esta línea de actividad agrupa sus costes directos más aquellos que le han sido repercutidos por la demanda de servicios que realiza a otros centros de coste.

Sin embargo, aunque los SCA siguen unas pautas metodológicas comunes, existen diferencias en el modo en que se concretan las mismas. Estas diferencias, tanto en la definición de la estructura de centros como en la afectación e imputación de costes, pueden afectar a la homogeneidad de la información de costes de hospitalización que suministran los sistemas de contabilidad analítica, siendo por tanto necesario, para su comparabilidad, asegurar la homogeneidad en todo el proceso de estimación.

En este documento se describen los aspectos más relevantes en los que los sistemas de contabilidad analítica implantados en el SNS difieren en la obtención de costes de hospitalización, a fin de hacer propuestas específicas para su homogeneización que se sintetizan en un epígrafe final de recomendaciones.

5. ASPECTOS DIFERENCIADORES EN LA OBTENCIÓN DE COSTES DE HOSPITALIZACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En este apartado se describen los aspectos más relevantes, comunes y diferenciadores, de los diferentes SCA, que pueden afectar a la obtención de información homogénea de costes de hospitalización.

Para ello, se realiza una revisión del proceso de cálculo de dichos costes, estructurando el análisis en cuatro ámbitos:

- Delimitación de la línea de hospitalización.
- Análisis de otros centros y áreas específicas definidas en la estructura de centros.
- Afectación de costes directos.
- Imputación de costes procedentes de otros centros de responsabilidad.

5.1. DEFINICIÓN DE LA LÍNEA DE HOSPITALIZACIÓN

En la estructura de los diferentes sistemas de contabilidad se definen *líneas de actividad asistencial* de los servicios finalistas en las que se agruparán todos los costes del hospital una vez finalizado el proceso de imputación, dando respuesta así a este objetivo de coste.

Todos los SCA diferencian entre la *hospitalización* y la *actividad* ambulatoria, definiéndolas como centros de coste finales en los que se realiza actividad clínica principal del hospital. Sin embargo, el grado de desagregación de los servicios finalistas en líneas de actividad es desigual entre los sistemas de contabilidad, profundizando algunos de ellos con mayor especificación en la producción asistencial que realizan. Esta peculiaridad queda reflejada en la estructura de cada SCA, observándose diferencias entre ellos en cuanto al número y tipología de centros de coste que se definen como líneas de actividad o áreas de producción del hospital (ver tabla 2).

La *comparabilidad* de las estructuras de los SCA, respecto a los centros finales y/o líneas de actividad asistencial, es esencial para obtener una información homogénea sobre los componentes del coste incluidos en los *costes unitarios* de cada uno de los productos definidos.

El objetivo de este trabajo se centra en la información de costes de una de las líneas de actividad asistencial de los centros finalistas: la **hospitalización**. El primer paso, por tanto, para obtener información homogénea de costes de hospitalización en el SNS, es delimitar claramente el ámbito de esta línea de producción frente a otras, que quedarán excluidas del análisis de costes.

Todos los sistemas de contabilidad identifican de forma diferenciada la actividad asistencial que se realiza en **hospitalización**, siendo ésta la atención que se presta a los pacientes ingresados en el hospital ocupando una cama definida como de hospitalización³ (altas con estancia > 0 a excepción de altas por fallecimiento, traslado o alta voluntaria). La actividad asistencial que se realiza a estos pacientes queda registrada en el CMBD de hospitalización y agrupada posteriormente según los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) como medida de la casuística atendida.

Con independencia de las líneas de actividad que defina cada SCA en los servicios finalistas, el área de hospitalización debe incorporar el coste de todas las actividades que se realicen a pacientes ingresados y excluir, por tanto, el coste de toda actividad asistencial que se preste en régimen ambulatorio (p.e. consultas externas, Cirugía Mayor Ambulatoria, urgencias no ingresadas, etc.). En este apartado se recogen diversas recomendaciones para asegurar este aspecto.

³ *Metodología de análisis de la hospitalización en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/metod_modelo_cmbd_pub.pdf

Como punto de partida del análisis, la tabla 2 muestra las ***líneas de actividad o áreas de producción*** de los servicios finalistas que se definen en cada SCA, agrupándolas en tres bloques:

- La atención a pacientes ingresados.
- La asistencia que se presta en régimen ambulatorio.
- Otras actividades que se realizan en los servicios finalistas.

Asimismo, se recoge la información disponible sobre el tratamiento que los sistemas de contabilidad hacen de las distintas actividades, haciendo hincapié en las posibilidades que ofrecen para identificar la asistencia que se presta a pacientes ingresados.

Tabla 2: Líneas de Actividad o Áreas de Producción definidas en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	ATENCIÓN SANITARIA A PACIENTES INGRESADOS				ATENCIÓN SANITARIA EN RÉGIMEN AMBULATORIO							OTRAS ACTIVIDADES	
	Hospitalización	Urgencias ingresadas	Procedimientos diagnóstico-terapéuticos con ingreso	Trasplantes de órganos	CMA	Hospital de Día Médico	Hosp. a Domicilio	Consultas externas	Urgencias no ingresadas	DPA	Procedimientos diagnóstico-terapéuticos no quirúrgicos ambulatorios	Docencia e Investigación	Coordinación de trasplantes, donación y extracción
■ Sistema GESCOT®:													
Servicio Aragonés de Salud	✓	Se desconoce si se imputan a Hosp.	✓	✓ Podría recoger los trasplantes en Hosp.	✓	✓	Se desconoce si el GFH definido es intermedio o final.	✓	Diferentes GFH intermedios.	.	GFH intermedios de Pruebas Especiales o Funcionales.	✓	GFH "Unidades de Extracción" con área de producción de hospitalización.
Servicio Balear de Salud	✓	✓	.		✓	✓	.	✓	✓	✓	.	GFH estructural. GFH destinatarios desconocidos.	GFH final "Unidades de Extracciones y Trasplantes".
Servicio Gallego de Salud ²	✓	No se imputan.	GFHs intermedios para endoscopias, ecocardiología y electrocardiología	✓ Podría recoger los trasplantes en Hosp.	✓	✓	✓	✓	✓ GFH final	.	.	✓	✓ GFH final "Unidad de Extracción"
Servicio Madrileño de Salud	✓	✓ GFH intermedio /final	✓ GFHs intermedios	✓ GFH intermedio / final "Unidades de trasplante"	✓	✓	✓	✓	✓ GFH intermedio / final	✓	✓ GFHs intermedios	✓	✓ GFH intermedio/final "Unidades de extracción" y GHF final "Unidad de trasplante en consultas"

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	ATENCIÓN SANITARIA A PACIENTES INGRESADOS				ATENCIÓN SANITARIA EN RÉGIMEN AMBULATORIO							OTRAS ACTIVIDADES	
	Hospitalización	Urgencias ingresadas	Procedimientos diagnóstico-terapéuticos con ingreso	Trasplantes de órganos	CMA	Hospital de Día Médico	Hosp. a Domicilio	Consultas externas	Urgencias no ingresadas	DPA	Procedimientos diagnóstico-terapéuticos no quirúrgicos ambulatorios	Docencia e Investigación	Coordinación de trasplantes, donación y extracción
Servicio Murciano de Salud	☒	Se desconoce si se imputan a Hosp.	☒ GFHs intermedios	☒ GFH final "Unidad de Trasplantes" sólo en Hematología	☒	☒		☒	GFH intermedio.	☒	☒ GFHs intermedios	☒	.
Servicio Riojano de Salud	☒	☒ GFH intermedio / final	☒ GFHs intermedios	☒ Podría recoger los trasplantes en Hosp.	☒	☒	☒	☒	☒ GFH intermedio / final	GFH final "Enfermos ambulatorios"	☒ GFHs intermedios	☒	☒ GFH final "Coordinación de trasplantes"
Servicio Canario de la Salud (CANTONERA)	☒	☒ GFH intermedio	☒ GFHs intermedios	☒ Podría recoger los trasplantes en Hosp.	☒				☒ Entendemos que se recogen		☒ GFHs intermedios	Información no disponible	☒ GFH intermedio "Unidad de trasplantes".
■ Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	☒	No se imputan las urgencias ingresadas	Se imputan los procedimientos realizados a pacientes ingresados	☒ Incorporan el transporte del órgano implantado al coste del trasplante	☒	☒ No se afectan costes de FEA	☒	☒	Se desconoce si diferencian las urgencias ingresadas de las no ingresadas	☒ Centro no imputable	☒ Se desconoce si se incluyen algunos procedimientos realizados a pacientes ingresados	Centro no imputable.	Centro no imputable "Coordinación de trasplantes"

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	ATENCIÓN SANITARIA A PACIENTES INGRESADOS				ATENCIÓN SANITARIA EN RÉGIMEN AMBULATORIO							OTRAS ACTIVIDADES	
	Hospitalización	Urgencias ingresadas	Procedimientos diagnóstico-terapéuticos con ingreso	Trasplantes de órganos	CMA	Hospital de Día Médico	Hosp. a Domicilio	Consultas externas	Urgencias no ingresadas	DPA	Procedimientos diagnóstico-terapéuticos no quirúrgicos ambulatorios	Docencia e Investigación	Coordinación de trasplantes, donación y extracción
Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)	☒	No se imputan las urgencias ingresadas	No se imputan pruebas funcionales a hospitalización	☒	☒	☒	☒	☒	☒ GFH final	.	☒ GFH final	GFH intermedio.	Se desconoce dónde se imputan estos costes

☒ Línea de actividad o área de producción definida en la estructura de centros del sistema de contabilidad analítica.

5.1.1.1. COSTES ASISTENCIALES A INCORPORAR A LA LÍNEA DE HOSPITALIZACIÓN

Como puede observarse en la tabla 2, todos los sistemas de contabilidad analítica definen centros de coste finales de “Hospitalización” donde se imputan los costes generados por los pacientes ingresados en los servicios de especialidades. Su unidad de producción son las altas hospitalarias.

Sin embargo, se producen diferencias entre los SCA en relación con algunos costes que no siempre se imputan a esta línea de actividad, aún cuando se derivan de servicios prestados a pacientes hospitalizados. A continuación se describen estos aspectos.

- **Urgencias ingresadas**

Junto a otros pacientes que son dados de alta tras su atención en consulta, en los servicios de urgencias hospitalarias se presta atención sanitaria a pacientes que, tras su valoración y diagnóstico, son ingresados en el área de hospitalización, donde reciben tratamiento hasta el momento del alta.

En el año 2009 las urgencias ingresadas representaron un 12,9%⁴ del total de urgencias atendidas en los hospitales del SNS, siendo el porcentaje de ingresos urgentes de 68,8% en 2009 y de 68,5% en 2010⁵. El coste de la atención a estos pacientes puede suponer un porcentaje elevado del coste total del Servicio de Urgencias.

Los costes que genera la atención en el área de urgencias de los pacientes ingresados por esta vía deberían imputarse a la línea de hospitalización de la especialidad que se responsabiliza de la atención al paciente. Así se realiza en los SCA de cinco Servicios Regionales de Salud (según la información facilitada por la Fundación Hospital de

⁴ *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)*. Consulta interactiva del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en URL: www.msc.es (Acceso 25/06/2012).

⁵ *Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización (CMBD-H)*. Consulta interactiva del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en URL: www.msc.es (Acceso 25/06/2012).

Manacor del Servicio Balear de Salud; Servicio Madrileño de Salud; Hospital Morales Meseguer del Servicio Murciano de Salud; Servicio Riojano de Salud; y Servicio Canario de la Salud -Cantónera-). Por el contrario, el sistema COAN-HyD del Servicio Andaluz de Salud y el C.H. Arquitecto Marcide del Servicio Gallego de Salud no contemplan en su estructura de centros de coste la imputación a la línea de hospitalización del coste de las urgencias ingresadas. En el resto de SCA no se ha podido contrastar el tratamiento que se hace de estos costes.

Existen, por tanto, diferencias entre los SCA en la imputación que se realiza de las urgencias ingresadas, afectando esta circunstancia a la homogeneidad de la información de costes de hospitalización.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían **imputar** a esta línea de actividad los costes de las **urgencias ingresadas**.*

*Asimismo, se deberían **excluir** de ésta línea de actividad los costes de las **urgencias no ingresadas**, al tratarse de atención sanitaria que se realiza sin ingreso hospitalario.*

■ Procedimientos diagnósticos o terapéuticos con ingreso

Los profesionales sanitarios de las diferentes especialidades pueden realizar, junto a otras actividades asistenciales, procedimientos para el diagnóstico o tratamiento de diversas patologías. Entre estos procedimientos se encuentran: ecografía, endoscopia, ergometría, cateterismo cardiaco, monitorización electrocardiográfica de 24 h (Holter), conización, broncoscopia, litotricia, paracentesis, etc.

Estos procedimientos pueden clasificarse, de acuerdo a su tipología y régimen en el que se realizan, del modo siguiente:

- Procedimientos quirúrgicos⁶
 - A pacientes ingresados.
 - A pacientes ambulatorios.

- Procedimientos no quirúrgicos:
 - A pacientes ingresados.
 - A pacientes ambulatorios.

Se ha analizado el modo en que los SCA imputan los costes asociados a la realización de los procedimientos diagnóstico-terapéuticos que se llevan a cabo en los centros finalistas, en tanto éstos pueden hacerse durante el proceso de atención a pacientes hospitalizados, en cuyo caso su coste debería imputarse a la línea de actividad de la especialidad que se responsabiliza de la atención al paciente.

En relación con este aspecto, cuatro de los sistemas de contabilidad analítica (Servicio Aragonés de Salud, Servicio Madrileño de Salud, Hospital Morales Meseguer del Servicio Murciano de Salud, Servicio Riojano de Salud y el Servicio Canario de la Salud - CANTONERA-) definen GFH intermedios con la posibilidad de imputar a la línea de hospitalización el coste de los procedimientos diagnóstico-terapéuticos que se realizan con ingreso hospitalario. En la estructura de centros del SCA del C.H. Arquitecto Marcide del Servicio Gallego de Salud se definen GFH intermedios que imputan el coste de endoscopias, ecocardiología y electrocardiología.

Por el contrario, el sistema COAN-HyD del Servicio Andaluz de Salud no contempla la imputación del coste de estos procedimientos a la línea de hospitalización cuando se realizan a pacientes ingresados.

⁶ De acuerdo con la Estadística de Centros de Atención Especializada (SIAE) del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad, se entienden como “actos quirúrgicos los llevados a cabo en los quirófanos del Centro”

En el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud se recoge la actividad de técnicas diagnósticas y terapéuticas realizadas en los CAC de atención ambulatoria. Sin embargo, en el caso de técnicas realizadas a pacientes ingresados, su coste queda imputado a la línea de hospitalización de la especialidad que demanda la realización de dicha actividad.

Asimismo, se desconoce si en los otros sistemas de contabilidad (entre ellos, los SCA desarrollados en plataforma SAP) es factible esta posibilidad de imputación.

Existen por tanto diferencias entre los sistemas de contabilidad analítica en cuanto a la imputación de los procedimientos diagnósticos-terapéuticos que se realizan a pacientes ingresados, afectando este hecho a la homogeneidad de la información de costes de hospitalización obtenidos en los Servicios Regionales de Salud.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían **imputar** a ésta línea de actividad los costes de los **procedimientos diagnósticos-terapéuticos** que los servicios de especialidades realizan a pacientes **ingresados**.*

▪ Trasplantes de órganos

Los centros hospitalarios del SNS pueden estar acreditados para la realización de trasplantes de órganos. Durante el año 2010 se realizaron en España un total 3.773 trasplantes de órganos sólidos: 2.225 renales, 971 hepáticos, 243 cardíacos, 235 pulmonares, 94 de páncreas y 5 intestinales⁷.

Habitualmente estos trasplantes se realizan por profesionales de las distintas especialidades, siendo la mayoría de ellos procedimientos quirúrgicos de *alto coste*, por lo

⁷ Memoria ONT 2010. Madrid: Organización Nacional de Trasplantes; 2010.

que es relevante que todos los sistemas de contabilidad analítica imputen de manera homogénea la información de los consumos que generan.

La información disponible sobre el tratamiento de los costes de trasplantes de órganos es incompleta, aunque del análisis de la estructura de centros de los SCA se deduce que existen diferencias que, en su caso, podrían afectar a la homogeneidad del coste de hospitalización cuando los trasplantes no lleguen a imputarse a esta línea de actividad junto al resto de procesos asistenciales que se realizan con ingreso del paciente.

En este sentido, pueden señalarse los siguientes centros de coste relacionados con la actividad de trasplantes de órganos, sin que se haya podido confirmar la tipología de actividades (coordinación del programa, extracción de órganos, intervención quirúrgica del trasplante, seguimiento en consulta del paciente trasplantado, etc.) y costes según su naturaleza, que se recoge en los distintos centros:

- El Servicio Aragonés de Salud define GFH denominados “Unidades de extracción” y “Unidades de trasplantes” con área de producción de hospitalización.
- La Fundación Hospital de Manacor del Servicio Balear de Salud define el GFH *final* “Unidad de extracciones y trasplantes”.
- El Servicio Riojano de Salud define un GFH *final* de “Coordinación de Trasplantes”.
- El Servicio Madrileño de Salud define el GFH *intermedio/final* “Unidades de extracción” así como un GFH *final* denominado “Unidad de trasplante en consultas”.
- El Servicio Canario de la Salud (CANTONERA) define el GFH *intermedio* “Unidad de Trasplantes”.
- El SIE de la Agencia Valenciana de Salud contemplan un centro de actividad y coste *no imputable* denominado “Coordinación de trasplantes”. Este SCA incorpora el transporte del órgano implantado al coste del trasplante.
- El sistema COAN-HyD recoge los trasplantes de órganos en la línea de hospitalización, junto al resto de procesos asistenciales con ingreso.

En cualquier caso, y desde la perspectiva de la homogeneidad de los costes de hospitalización, los SCA deberían diferenciar entre el coste del trasplante (cuyo episodio de ingreso debe quedar incorporado a la línea de hospitalización) y el resto de costes que genera el programa de trasplantes (coordinación, donación, seguimiento del paciente trasplantado, etc.) que deberían quedar excluidos, directa o indirectamente, del área de hospitalización.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían **imputar** a ésta línea de actividad los costes de los episodios de **trasplantes de órganos realizados**, al tratarse de procesos asistenciales que se realizan con ingreso hospitalario.*

El resto de costes que genera el programa de trasplantes deberían quedar excluidos, directa o indirectamente, del área de hospitalización.

5.1.2. COSTES ASISTENCIALES A EXCLUIR DE LA LÍNEA DE HOSPITALIZACIÓN

▪ Cirugía mayor ambulatoria

Según el Real Decreto 1277/2003 se define la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como “procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario”. La definición de la International Association for Ambulatory Surgery (IASS), incluye aquella intervención/procedimiento, excluyendo una intervención de cirugía menor ambulatoria o

*en consulta, en la que el paciente es admitido y dado de alta el mismo día, sin pernoctar en el hospital*⁸.

La actividad realizada es registrada en el CMBD ambulatorio y agrupada en GRD.

Todos los sistemas de contabilidad analítica definen una línea de actividad en la que se recogen los costes de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en régimen ambulatorio, contemplándolas de forma separada a aquellas que se realizan con ingreso del paciente.

Por tanto, en relación con esta actividad asistencial, no se identifican diferencias entre los SCA que pudieran afectar a la homogeneidad de los costes de hospitalización a excepción de los derivados de los criterios de imputación de la diversidad de estructuras organizativas y funcionales existentes entre los hospitales y Servicios Regionales de Salud.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían **imputar** el coste de la **CMA que haya requerido ingreso hospitalario** a la línea de hospitalización de la especialidad que se responsabiliza de la atención al paciente, con independencia de la estructura organizativa y funcional existente en los hospitales para prestar esta modalidad asistencial.*

▪ Hospital de día médico

La asistencia en hospital de día médico comprende las actividades asistenciales destinadas a pacientes que requieren cuidados especializados continuados que no precisan que el paciente pernocte en el hospital.

⁸ Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Todos los sistemas de contabilidad analítica identifican en su estructura centros de coste de hospital de día, diferenciándolos de los de cirugía ambulatoria. Los costes de hospital de día se incorporan al área de atención ambulatoria del hospital.

De este modo, los SCA recogen los costes del hospital de día médico en centros finales. Se produce una excepción con el Servicio Aragonés de Salud, en cuyo sistema de contabilidad se definen diversos GFH de hospital de día sin que en la estructura de centros queden asignados a un área de producción específica, no pudiéndose confirmar si estos centros de coste se configuran como finales o intermedios, en cuyo caso repercutirían sus costes a otros GFH.

Salvo esta excepción, los costes de la actividad que se realiza en el hospital de día médico se recogen de forma separada a aquellos que se generan en la atención a pacientes con ingreso, no identificándose diferencias entre los SCA que pudieran afectar a la homogeneidad de los costes de hospitalización.

En relación con el hospital de día médico cabe una última consideración: podría darse el caso de pacientes atendidos en el hospital de día que finalmente requieran su ingreso hospitalario, en cuyo caso sus costes deberían imputarse a la línea de hospitalización. No obstante, esta circunstancia se considera excepcional y su impacto en los costes de hospitalización mínima.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían **excluir** de ésta línea de actividad los costes de **hospital de día médico** realizados, al tratarse de atención sanitaria que se realiza en régimen ambulatorio.*

*No obstante, los costes de los pacientes atendidos en el hospital de día médico que finalmente **requieran su ingreso hospitalario** deben **imputarse** a la línea de hospitalización de la especialidad que se responsabiliza de la atención al paciente.*

▪ Hospitalización a domicilio

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

Puesto que el rasgo diferencial de la atención que prestan estas unidades es que su personal se traslada al domicilio del paciente, todos los costes que se generen en la asistencia (p.e. dedicación del personal sanitario; empleo de transportes por el personal de la unidad, etc.) deben afectarse a esta línea de atención ambulatoria.

Todos los sistemas de contabilidad analítica identifican en su estructura centros de coste de hospitalización a domicilio, incorporando sus costes al área de atención ambulatoria del hospital.

En el análisis de las estructuras de centros de los SCA sólo se plantea una situación de incertidumbre en el Servicio Aragonés de Salud, donde no se especifica si los GFH que se definen para recoger los costes de hospitalización a domicilio son finales o intermedios. En el segundo caso, podría darse la circunstancia los costes de esta prestación asistencial acabaran imputados a la línea de hospitalización.

Salvo esta circunstancia, los costes de la actividad de hospitalización a domicilio se recogen en los sistemas de contabilidad de forma separada a aquellos que se generan en la atención a pacientes con ingreso, no identificándose diferencias que pudieran afectar a la homogeneidad de los costes de hospitalización.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían **excluir** de ésta línea de actividad los costes de **hospitalización a domicilio**, al tratarse de atención sanitaria que se realiza en régimen ambulatorio.*

▪ Consultas externas

Todos los sistemas de contabilidad analítica identifican en su estructura centros de consultas externas, incorporando sus costes al área de atención ambulatoria del hospital.

Por tanto, los costes de la actividad que se realiza en consultas externas se recogen de forma separada a aquellos que se generan en la atención a pacientes con ingreso, no identificándose diferencias entre los SCA que pudieran afectar a la homogeneidad de los costes de hospitalización.

▪ Dispensación a pacientes ambulatorios

Los servicios de farmacia hospitalarios asumen la dispensación a pacientes ambulatorios de medicamentos y material sanitario que exigen una particular vigilancia, supervisión y control (p.e. pacientes con hemofilia, VIH+, fibrosis quística, insuficiencia renal crónica, patologías oncológicas, etc.). Esta tarea ha ido incrementándose de manera progresiva a través de distintas regulaciones, con el reflejo correspondiente en términos de costes, debido a su elevado consumo y coste unitario.

El tratamiento que los SCA realizan de esta información de costes es desigual, pudiendo afectar fundamentalmente al coste de la línea de producción ambulatoria.

Algunos sistemas de contabilidad definen en sus estructuras GFH finales donde agrupan estos costes, evitando su imputación directa o indirecta a las líneas de producción hospitalaria. Este es el caso del Hospital Fundación Manacor del Servicio Balear de Salud,

el Servicio Madrileño de Salud, el Hospital J.M. Morales Meseguer del Servicio Murciano de Salud, el Servicio Riojano de Salud y el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud.

En cambio, en otros SCA esta partida podría distribuirse a las líneas de producción a través de centros intermedios de farmacia con diferentes criterios de reparto.

Desde la perspectiva de la homogeneidad de los costes de hospitalización, y dado el elevado coste que representa la DPA en el presupuesto hospitalario, es importante asegurar que la dispensación de estos medicamentos queda separada de los costes de pacientes ingresados.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían **excluir** de ésta línea de actividad los costes de dispensación a pacientes ambulatorios (DPA), al tratarse de una prestación ambulatoria de alto coste que se realiza a pacientes sin ingreso hospitalario.*

5.1.3. TRATAMIENTO DE OTROS COSTES

▪ Docencia e investigación

Junto a la actividad clínica de prestación de asistencia sanitaria, los profesionales sanitarios pueden dedicar parte de su jornada al desarrollo de actividades de formación e investigación.

Aunque podrían realizarse argumentaciones en el sentido contrario, parece conveniente diferenciar la actividad docente e investigadora de los profesionales sanitarios del resto de las líneas de producción hospitalaria, agrupando en GFH específicos el coste que se genera en el desarrollo de las mismas (formación continuada, becas, cursos, etc.).

Existen diferencias en el modo en que los SCA imputan los costes de docencia e investigación: mientras algunos sistemas de contabilidad definen líneas de actividad

específicas dentro de los servicios de especialidades, otros SCA definen centros estructurales que reparten los costes de docencia e investigación entre los centros finalistas. La tabla 3 recoge la tipología de centros que se definen en las estructuras de los SCA:

Tabla 3: Centros de coste de Docencia e Investigación definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Centro de coste			Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud								
			GESCOT®							SIE-AE	COAN-HyD
Descripción	Clasificación	Criterio de imputación	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	Servicio Canario de la Salud	Agencia Valenciana de Salud	Servicio Andaluz de Salud
Docencia	Final	-	⊗			⊗					
Investigación	Final	-	⊗			⊗					
Quirófano Experimental	Final	-	⊗								
Animalario	Final	-	⊗			⊗					
Biblioteca	Final	-	⊗		⊗	⊗	⊗				
Biblioteca	Estructural	Coste personal por GFH		⊗							
Biblioteca	Estructural	Numero facultativos por GFH							⊗		
Salón de actos	Estructural	Coste personal por GFH		⊗							
Ciberaula	Estructural	Coste personal por GFH		⊗							
Unidad Mixta de Investigación	Final	-	⊗			⊗					
Unidad de Investigación	Final	-					⊗				
Docencia e Investigación	Final	-			⊗						
Unidad de Formación	Final	-			⊗						
Formación continuada	Final	-					⊗				

Centro de coste			Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud								
			GESCOT®							SIE-AE	COAN-HyD
Descripción	Clasificación	Criterio de imputación	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	Servicio Canario de la Salud	Agencia Valenciana de Salud	Servicio Andaluz de Salud
Docencia, Investigación (líneas de actividad de servicios)	Final	-	⊗			⊗					
Docencia e investigación general	Estructural	Coste personal por GFH		⊗							
Docencia e Investigación	Estructural	Numero profesionales									⊗
Docencia	Estructural	Coste personal por GFH		⊗							
Formación	Estructural	Coste personal por GFH		⊗							
Comisión de Docencia Hospitalaria	Intermedio	Porcentaje						⊗			
Matronas en formación	Intermedio	Porcentaje						⊗			
Docencia MIR (por servicios hospitalarios)	Intermedio	Porcentaje						⊗			
Docencia MIR Familia	Final	-						⊗			
Universidad y Docencia	No imputable	-								⊗	
Farmacéuticos internos residentes	No imputable	-								⊗	
Formación continuada, becas y cursos	No imputable	-								⊗	

Con independencia de la tipología de centros que se definen en los SCA y de las potenciales diferencias que puedan producirse en los criterios de imputación que se establezcan para estos centros, deben destacarse dos aspectos que también puede incidir en la homogeneidad del tratamiento de estos costes en los sistemas de contabilidad:

- Por una parte, se desconoce la tipología de actividades docentes e investigadoras que delimitan el *concepto de docencia e investigación* en cada SCA. En este sentido, no se dispone de información sobre la consideración que los sistemas de contabilidad analítica realizan de los costes asociados a diversas actividades, tales como: la formación de grado, la formación continua de los profesionales del centro hospitalario, la investigación realizada al amparo de fondos finalistas, la actividad asistencial realizada en el marco de ensayos clínicos, el personal vinculado a universidades, etc.
- Asimismo, se desconoce cuáles son los *costes según su naturaleza* que se incorporan en los centros de docencia e investigación, no pudiéndose constatar si se estima el coste del tiempo de dedicación de los profesionales a estas actividades (Capítulo I) o si únicamente estos centros recogen los gastos variables de bienes y servicios (Capítulo II) que se generan en el desarrollo de las mismas.

Las diferencias detectadas en el tratamiento de la actividad docente e investigadora pueden afectar a la comparabilidad de los costes de hospitalización que suministran los sistemas de contabilidad analítica.

Propuesta de homogeneización:

Para garantizar la homogeneidad entre los SCA en la obtención de costes de hospitalización, se hacen las siguientes recomendaciones:

- 1. Se debe **diferenciar la actividad docente e investigadora** del resto de líneas de producción, consensuando previamente las actividades docentes e investigadoras que delimitan este **concepto**.*
- 2. Asimismo, se deben establecer **criterios comunes** para la afectación de estos costes a la línea de docencia e investigación, de modo que no incida sobre el coste unitario de la producción clínica- asistencial.*

5.2. OTROS CENTROS DE COSTE Y ÁREAS DE ACTIVIDAD ESPECÍFICAS QUE PODRÍAN INCIDIR EN LOS COSTES DE HOSPITALIZACIÓN

Al analizar las estructuras de los sistemas de contabilidad analítica se ha observado que, junto a los centros finales, intermedios y estructurales o básicos, algunos SCA definen **otra tipología de centros de coste** (tabla 4), pudiendo incidir esta circunstancia, en algunos casos, sobre la obtención de información de los costes de hospitalización. Estos centros son los siguientes:

- *Centros intermedios-finales*, que por la naturaleza de la actividad asistencial que realizan, pueden facturar internamente o no a otros centros de coste durante la fase de imputación.
- *Centros no imputables* (o centros exteriores), que recogen consumos de recursos que no se repercuten en el centro hospitalario, quedando dichos consumos “separados” del resto de costes hospitalarios, actuando por tanto como detractores del gasto total del hospital.
- *Centros auxiliares de reparto*, que se definen para solventar situaciones de inconsistencia en el desarrollo del proceso de imputación de costes.
- *Unidades de Explotación Analítica (UEA)*, que agrupan costes de distinta naturaleza bajo un mismo concepto que, con carácter general, tienen la condición de estructura (p.e. edificios, zonas comunes) y para los que no se puede crear un GFH por no tener la consideración de unidad mínima de gestión.
- *Centros ficticios*, que no se corresponden con la estructura organizativa de los hospitales y hacen referencia, fundamentalmente, a centros de Atención Primaria y Centros Ajenos.

Tabla 4: Otros centros de coste definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	Intermedios-Finales	Auxiliares de reparto	Unidades Explotación Analítica	Otros
■ Sistema GESCOT®:				
- Servicio Aragonés de Salud	⊗		⊗	Ficticios
- Servicio Balear de Salud	⊗			Ficticios
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León				
- Servicio Cántabro de Salud	⊗			
- Servicio Gallego de Salud				Ficticios
- Servicio Madrileño de Salud	⊗		⊗	Ficticios
- Servicio Murciano de Salud	⊗			Ficticios
- Servicio de Salud Principado de Asturias				
- Servicio Riojano de Salud	⊗		⊗	Ficticios
- Servicio Canario de la Salud (CANTONERA)		⊗	⊗	
■ Sistemas en plataforma SAP:				
- Servicio Extremeño de Salud		⊗		
- INGESA				
- Servicio Vasco de Salud (ALDABIDE)				
■ Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)				No imputables
■ Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)				Centros exteriores

El impacto que la definición de otras tipologías de centros de coste (diferentes a los estructurales/básicos, intermedios o finales) puede tener sobre la obtención de los costes de hospitalización es desigual:

- No es probable que la configuración de UEA o centros auxiliares de reparto tenga un efecto significativo en la estimación de los costes de la línea de hospitalización, más allá de la precisión con la que el SCA realiza la imputación indirecta de sus costes, por lo que se obvia su análisis en este documento.

- No ocurre así con los otros centros (intermedios-finales, no imputables o exteriores y centros ficticios), cuya configuración puede producir diferencias en la imputación de algunas partidas, incrementando o minorando el coste del área de hospitalización.

Por otra parte, en los SCA se definen dos **áreas de actividad específicas** que ayudan a estructurar la información de actividad y costes que se genera en ellas. Se trata del Área Quirúrgica y el Área de Urgencias, configurándose de forma muy diversa en los distintos sistemas de contabilidad, lo que potencialmente podría afectar a la estimación homogénea de los costes de hospitalización.

A continuación se describen los aspectos más destacados de los centros de coste *intermedio-finales*, los centros *no imputables*, *exteriores* y *ficticios*, así como de las áreas de actividad específicas (*quirúrgica* y *urgencias*) en relación con la obtención de costes de hospitalización.

5.2.1. CENTROS DE COSTE INTERMEDIOS-FINALES

En los hospitales del SNS es cada vez más frecuente que los centros de producción asistencial intermedia hayan desarrollado también actividad asistencial final, ampliando su ya conocida actividad diagnóstica.

En estos casos, es importante que los centros de coste diferencien entre la actividad intermedia (con criterio de reparto) y su producción finalista, ajustando el importe de los costes repercutidos a las líneas de producción del hospital.

La tabla 5 identifica los servicios intermedios con actividad finalista para los que el sistema de contabilidad define centros de coste con los que se reconoce esta particularidad en su producción. Destacan las diferencias observadas en los servicios de Hematología y Medicina Preventiva, donde los SCA optan indistintamente por configurar centros intermedios o bien centros de producción mixta (final e intermedia). El Servicio Madrileño de Salud es el que constituye mayor número de centros de producción intermedia y final para diferenciar la producción finalista de estos servicios.

Estas circunstancias observadas en la estructura de estos centros afecta a la homogeneidad de los costes de hospitalización, en tanto difiere el coste unitario al que se repercute la actividad demandada por los servicios finalistas.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían **diferenciar la actividad finalista** que realicen los **servicios asistenciales intermedios**, ajustando el coste unitario al que se repercute la actividad demandada por los servicios finales.*

Tabla 5: Servicios asistenciales intermedios con actividad finalista en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	Radiología	Medicina Nuclear	Neurofisiología Clínica	Hematología	Medicina Preventiva	Dietética	Anatomía patológica	Microbiología	Inmunología	Genética
■ Sistema GESCOT®:										
- Servicio Aragonés de Salud	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio
- Servicio Balear de Salud	GFH Intermedio	.	.	GFH Intermedio y Final	GFH Final	GFH Intermedio	GFH Intermedio	.	.	.
- Servicio Gallego de Salud ²	GFH Intermedio	.	GFH Intermedio	GFH Final	GFH Intermedio y Final	.	GFH Intermedio	GFH Intermedio	.	.
- Servicio Madrileño de Salud	GFH Intermedio	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio y Final
- Servicio Murciano de Salud	GFH Intermedio	.	GFH Intermedio	GFH Final	GFH intermedio	.	GFH Intermedio y Final	.	.	.
- Servicio Riojano de Salud	GFH Intermedio	GFH Final	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	.	.
- Servicio Canario de la Salud (CANTONERA) ¹	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	Radiología	Medicina Nuclear	Neurofisiología Clínica	Hematología	Medicina Preventiva	Dietética	Anatomía patológica	Micro biología	Inmunología	Genética
Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	.	Tiene actividad finalista	.	Tiene actividad finalista	CAC Estructural Secundario	.	.	.	Tiene actividad finalista	.
Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio y Final	GFH Intermedio	GFH Intermedio	.	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio	GFH Intermedio

(1) No se ha podido cotejar si los centros intermedios definidos en el sistema CANTONERA realizan también actividad finalista.

5.2.2. CENTROS NO IMPUTABLES, EXTERIORES Y FICTICIOS

Por otra parte, en algunos SCA se incorporan en la estructura del sistema otra tipología de centros de coste que recogen consumos de recursos que no se repercuten en el centro hospitalario. Con la definición de estos **centros no imputables o exteriores**, los consumos que agrupan quedan “*detráidos*” del resto de costes del hospital, sin repercutirse por tanto a los centros finalistas y/o líneas de actividad asistencial.

Por otra parte, en algunos SCA se observa la creación de **centros ficticios** (“Atención Primaria” y “Centros Ajenos”), cuyos costes se detraen en otros SCA como centros exteriores (en COAN-HyD) o centros no imputables (en SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud).

Dependiendo del concepto de coste que se detraiga y del volumen económico que representen, la definición de centros no imputables, exteriores o ficticios puede tener una mayor o menor relevancia de cara a una potencial normalización en la obtención de información de costes de hospitalización.

La tabla 6 muestra la tipología de centros de coste no imputables, exteriores y ficticios que se definen en cada sistema de contabilidad analítica.

Tabla 6: Centros de Coste no Imputables, Exteriores y Ficticios definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Centros de Coste	GESCOL [®]						SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)
■ Centros Ajenos o Externos	⊗	⊗	⊗	⊗				⊗ Otros centros exteriores
■ Pacientes desplazados	⊗			⊗				
■ Pacientes externos						⊗		
■ Ambulantes			⊗					
■ Centros de atención primaria	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗		⊗	⊗
■ Inspección médica							⊗	
■ Hospitales		⊗			⊗			⊗
■ Otros centros de Atención especializada							⊗	
■ Universidad y docencia							⊗	
■ Facultad de Medicina	⊗			⊗				
■ Escuela Universitaria de Enfermería	⊗			⊗		⊗	⊗	
■ Escuela Universitaria de Fisioterapia	⊗			⊗				
■ Escuela Universitaria de Odontología					⊗			
■ Centro de investigación							⊗	

Centros de Coste	GESCOT®						SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)
■ Fundaciones						⊗		
■ Asociaciones					Lucha contra el cáncer			
■ Mutua		⊗						
■ Residencias tercera edad		⊗	⊗					
■ Unidad de corta estancia		⊗						
■ Farmacia primaria		⊗						
■ Uvi móvil			⊗			⊗ O61, Centro coordinador y unidades móviles	⊗ SAMU Y SEU	⊗ EPES-061
■ Servicios sociales							⊗	
■ Hipertensión pulmonar				⊗				
■ Tratamiento de diversas enfermedades				VIH-Esclerosis múltiple, Fibrosis quística, enfermedad de Gaucher y Hepatitis C			SIDA, medicación hemodiálisis	
■ Otros medicamentos y material de uso externo							⊗	

Centros de Coste	GESCOT®						SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)
■ Trasplantes de órganos		Unidad de extracciones y trasplantes	Unidad de extracción				⊗ Coordinación de trasplantes	
■ Farmacología							⊗	
■ Unidad de desintoxicación				⊗				
■ Personal cedido, liberados sindicales, jubilados								⊗
■ Otros costes ajenos							⊗	

De acuerdo con la delimitación de la línea de hospitalización que se ha realizado en este documento (epígrafe 5.1), en relación con los centros no imputables, exteriores o ficticios, podrían producirse minoraciones importantes en la obtención del coste de esta línea de producción en unos SCA frente a otros en los que sí se imputan de forma directa o indirecta a la línea de hospitalización.

Al no disponer de información suficiente de la actividad asistencial ni de los costes que contemplan estos centros, actualmente no es posible valorar el impacto real que esta circunstancia tiene sobre la homogeneidad de los costes de hospitalización que ofrecen los SCA.

Es por ello que se recomienda profundizar en el análisis comparado de esta tipología de centros de coste. En tanto, se sugiere que, en relación con este tipo de centros, los sistemas de contabilidad analítica deberían identificarlos en términos de naturaleza de costes, volumen que representan sobre el total y tratamiento que se les da respecto a las diferentes líneas de producción, con el fin de facilitar dicha información en los ejercicios de recogida de datos para la estimación de costes en el Sistema Nacional de Salud y de ese modo permitir ajustes que homogenicen el tratamiento de dichos componentes de costes.

5.2.3. ÁREAS ESPECÍFICAS DE LA ESTRUCTURA DE CENTROS

ÁREA QUIRÚRGICA:

En los centros hospitalarios pueden realizarse las intervenciones quirúrgicas tanto con ingreso del paciente como de manera ambulatoria. Es por ello que en los sistemas de contabilidad analítica se definen distintos GFH relacionados con ambos tipos de cirugía.

Cómo puede observarse en la tabla 7, referida al tratamiento que los diferentes SCA realizan del **Área Quirúrgica**, todos los sistemas de costes permiten identificar de forma diferenciada la *cirugía que se realiza con ingreso*. En cambio, se producen diferencias en el grado en que los SCA delimitan la *actividad quirúrgica ambulatoria*. Aunque todos los sistemas de contabilidad contemplan la cirugía mayor ambulatoria como línea de actividad finalista de los centros de especialidades, el incluir o no la cirugía menor ambulatoria como un centro de coste finalista más (p.e. C. H. Arquitecto Marcide-SERGAS, Servicio Riojano de Salud) resulta en el efecto de detraer o incrementar el coste de la línea de actividad bien de CMA, Consultas u Hospital de Día, dependiendo de dónde el hospital o el Servicio Regional de Salud haya considerado que se realiza esta actividad. No obstante, estas circunstancias observadas en la delimitación del área quirúrgica ambulatoria no afectan a la estimación de los costes de hospitalización.

La única cuestión del Área Quirúrgica que podría afectar a la homogeneidad de los costes de la cirugía con ingreso es la definición de los criterios de imputación de los *centros logísticos de quirófanos* (costes logísticos), que permitirán a los SCA imputar los costes con mayor o menor finura (p.e. reparto de costes en función del tiempo de utilización de quirófano, del tiempo de cirujano, por porcentaje, etc.). No obstante, no se realiza ninguna recomendación de homologación al respecto, al considerarse que su impacto en el coste total del episodio clínico es mínimo.

Por otra parte, en relación con la afectación de los costes de personal sanitario (facultativo y de enfermería), se desconoce si los SCA imputan su *tiempo de dedicación al Área Quirúrgica*. Podrían existir diferencias al respecto entre los sistemas de contabilidad, que no reverterían en diferencias en los costes de hospitalización ya que los costes del personal en quirófano se imputarían finalmente a la línea de hospitalización (por el ingreso del paciente intervenido).

Finalmente, en las intervenciones quirúrgicas en las que participen profesionales facultativos de distintas especialidades, podrían darse diferencias entre los SCA en el modo en que se afectan los costes de dicho personal, en función de que puedan imputar a la especialidad que se responsabiliza de la atención al paciente los costes de los otros facultativos. Sin embargo, no se dispone de información sobre el tratamiento que de dichos costes realizan los SCA; asimismo, es previsible que en este tipo de intervenciones se produzca un efecto compensatorio entre las distintas especialidades.

Por tanto, no se identifica ninguna circunstancia relevante en el Área Quirúrgica que pudiera afectar a la homogeneidad de los costes de la línea de hospitalización.

Tabla 7: Centros de coste del Área Quirúrgica definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Centros de Coste	GESCOT®						SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)
■ QUIRÓFANOS	Intermedio	Intermedio	Intermedio	Intermedio excepto quirófano experimental que es final	Intermedio	Intermedio	Servicio central asistencial ¹	Intermedio
■ Quirófanos en centros finales de especialidades con línea de actividad quirúrgica		Intermedios				Intermedio		
■ UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA	Área de Producción "AMB"	Intermedio ²	Final ³	Intermedio		Intermedio	Servicio central asistencial ⁴	Intermedio ⁵
■ Cirugía Ambulatoria en Especialidades con actividad quirúrgica	Área de Producción "AMB"	Final	Final	Final	Final ⁷	Final		Final (CMA)
■ Cirugía menor en Especialidades con actividad Quirúrgica			Final			Final		
■ U. Enfermería QUIROFANOS			Intermedio		Intermedio ⁶	Intermedio		
■ Unidad de Cirugía sin ingreso/secretaría		Estructural						

(1) En el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud todos los CAC de quirófanos se denominan "Bloque Quirúrgico". (2) Centro de coste denominado "UNITAT DE CIRURGIA S/INGRÉS". (3) Centro de coste denominado "Unidad de Corta estancia". (4) Se recoge aquí el CAC "Bloque Quirúrgico CMA". (5) Se recoge aquí el centro de coste "Hospital de día quirúrgico". (6) En la agrupación HOS de centros de coste destinada a enfermería, se define un centro denominado "Unidad de Enfermería Quirófanos". (7) Se definen centros de coste denominados "Atención ambulatoria" en los que se supone se incorpora la cirugía ambulatoria de aquellas Especialidades que realizan actividad quirúrgica. En estas Especialidades se definen además otros centros de coste finales denominados "Cirugía" (p.e. en Oftalmología y Dermatología).

ÁREA DE URGENCIAS:

Como se ha señalado anteriormente, en los servicios de urgencias hospitalarias, junto a pacientes ambulatorios se presta asistencia a otros a pacientes que, tras su valoración y diagnóstico, son ingresados en planta, siendo por tanto relevante que el SCA permita identificar esta tipología de asistencia a fin de imputar sus costes a la línea de hospitalización.

La tabla 8 muestra la variabilidad entre los SCA respecto al **Área de Urgencias**, a la hora tanto de la estructuración en centros de coste como de la tipología de los mismos y su unidad de producto. Potencialmente no es lo mismo diferenciar entre dos centros de coste las urgencias ingresadas de las no ingresadas y que ambos sean finalistas, que tratar las urgencias ingresadas como centro intermedio que imputa a la línea de hospitalización de cada especialidad y considerar las urgencias no ingresadas como centro finalista. En el primer caso a la línea de hospitalización no se les imputan los costes de las altas cuyo ingreso procedía de urgencias mientras que en el segundo sí, en cuyo caso el coste de la hospitalización resultaría afectado.

En relación con la afectación de los costes de personal facultativo, se desconoce si los SCA imputan al Área de Urgencias el tiempo de dedicación de los profesionales adscritos al resto de especialidades del hospital. Podrían existir diferencias al respecto entre los sistemas de contabilidad, que no reverterían en diferencias en los costes de hospitalización siempre y cuando el coste de las urgencias ingresadas se repercuta a la línea de hospitalización (como se ha recomendado anteriormente).

Por tanto, la variabilidad observada entre los SCA en la estructuración del Área de Urgencias y en la afectación del coste del personal facultativo puede influir en la homogeneidad de los costes de hospitalización.

Tabla 8: Centros de coste del Área de Urgencias definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Centros de Coste	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA	Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD) ¹
■ Urgencias	Intermedio	- Intermedio (Urgencias Ponderadas - Final	Final	Intermedio/Final	Intermedio (Urgencias Ponderadas)	Intermedio/Final (urgencias ingresadas ponderadas)	Intermedio/Final (nº Urgencias Ingresadas)	Centros de Urgencias	Final
■ Urgencias en centros de responsabilidad final		- Intermedio (Porcentaje ó urgencias ponderadas - Final							
■ Urgencias Obstétricas y Ginecológica									Final
■ Urgencias Pediátricas	Intermedio								Final
■ Urgencias Traumatológicas	Intermedio								Final
■ U. Enfermería de Urgencias			Intermedio (Porcentaje)						
■ Guardias Urgencias			Intermedio (Porcentaje)						
■ Urgencias Hospitalización				Final					
■ Urgencias Docencia				Final					
■ Urgencias Investigación				Final					
■ Unidad de corta estancia urgencias						Final			

Centros de Coste	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA	Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)	Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD) ¹
■ Enfermería de unidad de corta estancia						Intermedio (Días de estancia)			
■ Consultas alta resolución urgencias						Final			

(1) En el área de “Cuidados Críticos y Urgencias”, se definen los centros de coste de Urgencias que, como centro de actividad asistencial finalista mide su actividad por “Urgencias no ingresadas”.

5.3. AFECTACIÓN DE COSTES DIRECTOS A LA LÍNEA DE HOSPITALIZACIÓN

Una vez caracterizada la **línea de hospitalización** en la que se centra la obtención de información homogénea de costes, en este epígrafe se describen los aspectos diferenciadores que presentan los SCA en relación con la afectación de los costes según su naturaleza.

Aunque los SCA difieren en la clasificación que realizan de los costes que incorporan a la contabilidad analítica, es habitual la diferenciación entre los costes de *personal* y aquellos consumos que se producen en el normal *funcionamiento* del centro hospitalario, pudiendo establecerse en estos últimos distintos niveles de desagregación (p.e. suministros, gastos de mantenimiento, prestaciones, etc.).

De acuerdo con la clasificación de cuentas que realiza la contabilidad presupuestaria, puede afirmarse que todos los SCA implantados en los hospitales del SNS incorporan los costes de personal (**Capítulo I**) así como el consumo de bienes corrientes, servicios y conciertos de asistencia sanitaria (**Capítulo II**).

En cambio, la incorporación de los costes de transferencias corrientes (**Capítulo IV**) sólo se ha constatado en cinco sistemas de contabilidad (Servicio Balear de Salud; Servicio Gallego de Salud; Servicio Extremeño de Salud; SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud; Sistema COAN-HyD del Servicio Andaluz de Salud).

La incorporación del coste de la **amortización** del inmovilizado se contempla en seis SCA (Servicio Balear de Salud; Servicio Cántabro de Salud; Servicio Madrileño de Salud; Servicio de Salud del Principado de Asturias; Servicio Extremeño de Salud; Servicio Vasco de Salud -ALDABIDE-).

A continuación se describen los **costes** que incluye cada sistema de contabilidad así como la metodología que emplea para su **afectación** a los distintos *centros de coste*, valorando

si se producen diferencias entre los SCA que puedan incidir sobre la homogeneidad de la información de costes de hospitalización, área de producción en la que se focaliza el análisis.

5.3.1. CAPÍTULO I

INCORPORACIÓN DE CONCEPTOS RETRIBUTIVOS:

El Capítulo I recoge el coste de los profesionales que trabajan en el centro hospitalario. El coste de personal representa una parte importante del gasto de los hospitales del SNS. Según la Estadística de Gasto Sanitario Público⁹, en 2010 la “Remuneración del personal” representó el 63,7% del gasto en producción pública de “Servicios hospitalarios y especializados”. Sin embargo, dependiendo de las directrices que se establezcan en cada Servicio Regional de Salud, el coste de personal en el sistema de contabilidad analítica puede incorporar todos, o parte, de los conceptos retributivos contemplados en este capítulo en la contabilidad presupuestaria.

En la actualidad, no todos los sistemas de contabilidad incorporan los mismos **conceptos retributivos** en la estimación del coste/hora del personal, produciéndose diferencias entre ellos. La tabla 9 muestra los conceptos retributivos que **se excluyen** del cálculo coste/hora en los SCA de los que se dispone de esta información:

⁹ *Estadística de Gasto Sanitario Público*. Serie 2002-2010 (Gasto sanitario público según criterio de devengo: Gasto real). Disponible en URL: www.msc.es (Acceso 25/06/2012).

Tabla 9: Conceptos retributivos excluidos del cálculo del coste/hora en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud	Guardias	Atención continuada	Productividad variable, Carrera profesional, incentivos	IT	Cuota patronal	Otros
■ Sistema GESCOT®:						
- Servicio Aragonés de Salud						
- Servicio Balear de Salud	⊗		⊗			Peonadas. Nocturnidad y Festivos. Resto variable.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León						
- Servicio Cántabro de Salud						
- Servicio Gallego de Salud	⊗					
- Servicio Madrileño de Salud						
- Servicio Murciano de Salud		⊗	⊗	⊗	⊗	Tardes.
- Servicio de Salud Principado de Asturias						
- Servicio Riojano de Salud				⊗	⊗	Prorrata extra. Varios.
- Servicio Canario de la Salud (CANTONERA)						
■ Sistemas en plataforma SAP:						
- Servicio Extremeño de Salud						
- INGESA						
- Servicio Vasco de Salud (ALDABIDE)						
■ Agencia Valenciana de Salud (SIE-AE)						
■ Servicio Andaluz de Salud (COAN-HyD)	No se excluye ningún concepto retributivo					

El criterio “coste/hora del personal” se define habitualmente para asignar el coste del tiempo de dedicación de los profesionales (p.e. en la asignación de costes de personal a nivel de paciente). En su estimación, algunos sistemas de contabilidad excluyen el coste de las guardias o la atención continuada que realizan los profesionales. Otros, en cambio, no incorporan el coste de la productividad variable, carrera profesional o incentivos. Asimismo, el gasto que genera la incapacidad temporal y el abono de cuotas patronales son excluidas del coste/hora en otros sistemas de costes.

Las diferencias detectadas entre los sistemas de contabilidad en el cálculo de este criterio podrían afectar a la homogeneidad de los costes del área de hospitalización desde dos perspectivas:

- Al obtener el ***coste por episodio de hospitalización***.

Cuando el sistema de contabilidad ofrece la posibilidad de estimar el “coste por paciente”, la unidad mínima de costes es el paciente a través de su episodio clínico, asignando e imputando los distintos costes que se generan en su tratamiento y cuidado (esta posibilidad la ofrece el sistema GESCOT®). En estos casos, el coste del personal sanitario puede afectarse en función del tiempo dedicado por los profesionales en la atención del paciente hospitalizado, valorándose económicamente a través de su coste/hora.

- Al realizar ***la afectación del coste de personal***.

La distribución de los costes de personal se realiza en función de la dedicación de los profesionales a los diferentes centros de coste. Si en la afectación del coste del personal se utilizara el criterio coste/hora, se producirían diferencias entre los SCA al valorar el coste de personal de los servicios o áreas de producción. Estas diferencias incidirían, por tanto, sobre la homogeneidad del coste de personal que imputa en cada sistema de contabilidad a la línea de hospitalización.

Para evitar que las diferencias detectadas en el cálculo del coste/hora generen discrepancias en el coste de personal que se imputa a la línea de hospitalización en cada caso, los SCA no deben excluir ningún concepto retributivo de los profesionales que ejercen sus funciones en el centro hospitalario durante el período de análisis.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, los SCA deberían **incluir** en el coste de personal **todos los conceptos retributivos** que se recogen en el Capítulo I de la contabilidad presupuestaria, tales como: retribuciones básicas, guardias y atención continuada, productividad variable, carrera profesional, incentivos, incapacidad temporal, cuota patronal, etc.*

AFECTACIÓN DEL COSTE DE PERSONAL:

Una vez identificadas las diferencias que pudieran existir entre los SCA en cuanto a la incorporación o exclusión de determinados conceptos retributivos del Capítulo I, este apartado se centra en el modo en que los sistemas de contabilidad afectan el coste de personal a los distintos centros.

Dado el peso que representa el gasto de personal en el presupuesto de un hospital, para valorar la homogeneidad de los sistemas de contabilidad en el tratamiento de esta información es muy importante conocer cómo los SCA realizan la distribución del personal a los diferentes centros de coste, así como la actualización continua de esta información en el sistema de contabilidad. Con la información disponible no se han podido analizar con profundidad las diferencias que pudieran existir en la afectación de los costes de personal, así como el impacto que tales diferencias tendrían en la estimación del coste medio por unidad de producción (p.e. coste medio por GRD de hospitalización). No obstante, se pueden destacar los siguientes aspectos:

En todos los sistemas de contabilidad la afectación de los costes de personal se realiza en función de la dedicación de los profesionales a los diversos centros de coste. Sin embargo, existen diferencias respecto al método que cada SCA emplea para realizar la distribución de estos costes, siendo este aspecto fundamental por dos razones:

- Como se ha señalado anteriormente, el personal concentra una **parte importante del coste total** de un centro o línea de actividad finalista.
- Además, una vez afectado el coste de personal a los GFH, su importe (o su transformación en ETC) se define a menudo como **criterio de imputación** de los costes estructurales o de administración del centro sanitario, por lo que puede incidir en la cuantía de costes indirectos que recibe la línea de hospitalización procedente de otros centros de coste.

Las características más relevantes, respecto al modo en que los diferentes SCA afectan los costes de personal a la línea de hospitalización se resumen a continuación.

En los sistemas de contabilidad analítica que utilizan el sistema GESCOT®, esta información se introduce en la aplicación a través de la “*plantilla para la distribución de los costes de personal*”, en función del **porcentaje de dedicación** del personal (p.e. en el sistema CANTONERA del Servicio Canario de la Salud, en función de la información disponible, los costes de personal se distribuyen: por empleado, por grupos de empleados, o mixta, diferenciando en cada GFH por “empleado/grupos”). Para la realización de este trabajo no se ha dispuesto de la plantilla de distribución de los costes de personal de ningún SCA, no pudiéndose, por tanto, profundizar en las similitudes y diferencias entre los sistemas de contabilidad en la afectación de estos costes.

En el sistema ALDABIDE del Servicio Vasco de Salud, en aquellos casos en los que una persona desarrolle una actividad en varias áreas, se procede a distribuir su coste en cada una de las áreas o servicios en función de los **días efectivos trabajados** en cada unidad que quedan registrados en el módulo de carteleras del sistema de información de recursos humanos (Gizabide). La distribución se realizaría a nivel de servicio y de persona.

El SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud, para distribuir los costes de personal, mantiene actualizado el **porcentaje de dedicación** de los profesionales a los diferentes

centros de actividad y coste (CAC) del centro hospitalario. El personal facultativo distribuye sus costes en función de su dedicación a los siguientes CAC, de acuerdo con el jefe del servicio clínico:

- Hospitalización.
- Asistencia ambulatoria.
- Quirófanos.
- Urgencias.
- Laboratorios.

No se dispone de información sobre cómo se realiza la distribución primaria de los costes de personal en los SCA del Servicio Extremeño de Salud, INGESA y Servicio Andaluz de Salud.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad de la información de costes, los SCA deberían **afectar los costes de personal a todas las líneas de producción** en la que participen sus profesionales, utilizando el criterio factible que mejor refleje la dedicación de los profesionales a los distintos centros de actividad.*

*La **plantilla de distribución** de los costes de personal debería **actualizarse** periódicamente.*

a. DISTRIBUCIÓN DEL COSTE DE LAS GUARDIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA

Un aspecto clave en la afectación de los costes de personal, es el modo en que se distribuye el coste de las guardias y atención continuada que realizan los profesionales. Aunque estas partidas forman parte del Capítulo I, habitualmente los sistemas de contabilidad definen criterios específicos para la afectación de este concepto retributivo.

La información que se dispone sobre la distribución del coste de las guardias y atención continuada entre los centros de coste en los distintos SCA, es muy escasa.

En el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud la atención continuada del personal sanitario facultativo se afecta distribuyendo su coste entre **diferentes CAC**:

- Urgencias.
- Quirófano.
- Hospitalización.

En el sistema COAN-HyD las guardias se imputan a las líneas de **hospitalización**. Hay excepciones, por ejemplo, especialidades sin hospitalización en hospitales comarcales y guardias localizadas.

En el C.H. Arquitecto Marcide del Servicio Gallego de Salud se definen centros intermedios para la distribución las guardias según **porcentaje**. Sin embargo, no se ha dispuesto de información de los GFH receptores de los costes de estos centros.

En el modelo GECLIF se establecía que la distribución del coste de personal debía considerar dos fases:

1. Distribución del coste por el concepto guardias: se asignará **según la actividad** realizada en Urgencias y Hospitalización (en el caso de mayores de 55 años el coste se asignará a consulta o a cualquier otra unidad distinta de las anteriores donde realicen su actividad).

2. El resto del coste se asignará a las diferentes áreas de actividad:

- Hospitalización (hospitalización + quirófanos).
- Consultas Externas (hospital y ambulatorios).

- Pruebas funcionales.
- Investigación.
- Docencia.

Ya que el Sistema GESCOT® se basa en el modelo GECLIF, se puede suponer que los SCA que han implantado dicho sistema sigan estas pautas para distribuir el coste del concepto **guardias**, pero no se ha podido contrastar esta hipótesis con los Servicios Regionales de Salud.

El impacto que los diferentes criterios de distribución de las guardias y atención continuada pudieran tener sobre la obtención homogénea de costes de hospitalización, radica en la diferenciación que se realice entre la atención a pacientes ingresados y la prestación de asistencia ambulatoria (p.e. urgencias no ingresadas) al asignar estos conceptos de gasto.

Propuesta de homogeneización:

Para garantizar la homogeneidad entre los SCA en la obtención de costes de hospitalización, se realizan las siguientes propuestas:

- 1. Distribuir las **guardias y atención continuada** entre las **líneas de actividad**, estimando el porcentaje de las mismas que deben imputarse a hospitalización en cada especialidad.*
- 2. En caso de que la distribución anterior no fuera factible, el coste de las guardias y atención continuada se imputarían a la línea de **hospitalización**.*

b. DISTRIBUCIÓN DEL COSTE DEL PERSONAL MIR

Otro aspecto clave en la afectación del Capítulo I es el modo en que se distribuye el coste del personal MIR, partida para la que los SCA también suelen establecer criterios específicos de reparto.

La información disponible sobre la distribución del coste del personal MIR en los diferentes SCA es también muy escasa. No obstante, en el tratamiento de estos costes, los sistemas de contabilidad suelen diferenciar entre:

- El personal MIR de **Medicina Familiar y Comunitaria**.
- El personal MIR de **otras especialidades**.

En el sistema ALDABIDE, el personal MIR se asigna al servicio funcional de la *especialidad* en la que se estén formando, a excepción del personal MIR de *Medicina Familiar y Comunitaria* que son asignados a la Organización Central quedando codificados en el servicio “MIR/MEDICOS”.

En el Servicio Riojano de Salud se define un GFH final denominado “*Docencia MIR Familia*”, aunque no se ha podido constatar la tipología de costes según su naturaleza que se agrupan en este centro.

En el Servicio Gallego de Salud (C.H.A. Arquitecto Marcide) la estructura del SCA dispone de un GFH intermedio “*Medicina familiar y comunitaria*” así como otros centros intermedios “U.E. MIR”. Sin embargo, no se ha podido identificar los centros a los que imputan sus costes.

En el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud el coste de los médicos internos residentes se afecta de la siguiente manera:

- El coste de los MIR *de Medicina familiar y comunitaria* no se afecta en el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud de atención especializada, ya que están incluidos dentro del presupuesto de los centros de gestión de atención primaria. En caso de que realicen la atención continuada en el hospital, se afectará el coste de las guardias al CAC donde las realizan.
- Con respecto a los médicos internos *residentes de otras especialidades*, su coste se afectará al CAC '*Universidad y docencia*', durante los *tres primeros años*, salvo que el jefe del servicio considere que éstos realizan actividad para ese servicio, en cuyo caso el responsable deberá determinar el porcentaje de dedicación al CAC correspondiente. En caso de que realicen atención continuada en el hospital, se afectará su coste al CAC donde la realizan.

En el sistema COAN-HyD el personal MIR se direcciona a la *especialidad* elegida.

En el modelo GECLIF se establecía que el coste de los médicos residentes (MIR) se asignaría al GFH donde rotaran, utilizando los mismos criterios que el personal facultativo. Ya que el Sistema GESCOT® se basa en el modelo GECLIF, se puede suponer que los SCA que han implantado dicho sistema sigan estas pautas para distribuir el coste del personal MIR, pero no se ha podido contrastar esta hipótesis con los Servicios Regionales de Salud.

De la información disponible se extraen las siguientes consideraciones:

El personal MIR de Medicina Familiar y Comunitaria rota durante un período por diferentes servicios del hospital, pudiendo también realizar guardias. En principio, el coste de este personal MIR debería imputarse a la línea de hospitalización empleando los mismos criterios con los que el SCA distribuye el coste del personal facultativo. Sin embargo, aunque estos profesionales desarrollan actividad en el hospital, el presupuesto del personal MIR de Medicina Familiar y Comunitaria es gestionado íntegramente desde

atención primaria, incluyendo el coste de las guardias que realizan en el centro hospitalario. Esta circunstancia debe tenerse en cuenta en el tratamiento que los sistemas de contabilidad hagan de esta información de costes, resultando más factible su exclusión de los centros de producción del hospital.

En relación con el personal MIR de otras especialidades, existen diferencias entre los SCA en cuanto a la incorporación o no de su coste en los servicios en los que desarrollan su actividad. Así, mientras el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud incluye los 3 primeros años del personal MIR en un centro no imputable, otros sistemas de contabilidad los afectan a las líneas de producción del hospital. También se producen diferencias en el modo de afectación de estos costes a los centros finalistas, aunque no se ha contado con suficiente información para profundizar en el análisis.

Las diferencias observadas en la distribución del coste del personal MIR pueden incidir en la homogeneidad de la información de costes de la línea de hospitalización.

Propuesta de homogeneización:

Para garantizar la homogeneidad entre los SCA en la obtención de costes de hospitalización, se recomienda:

- 1. **Excluir** de las líneas de producción el coste del personal **MIR de Medicina Familiar y Comunitaria**.*
- 2. Imputar el coste del personal **MIR de otras especialidades** empleando los **mismos criterios** con los que se distribuye el coste del personal facultativo. La información de este coste debe facilitarse como una **partida diferenciada** dentro del coste de personal.*

c. DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El coste del personal de enfermería constituye una partida importante de del Capítulo I de los presupuestos de los centros hospitalarios. Por ello es importante analizar el modo en que estos costes se distribuyen entre los servicios finalistas, ya que las diferencias entre los SCA pueden afectar a la homogeneidad de la información de costes de la línea de hospitalización.

Existen diferencias en el modo en que el coste del personal de enfermería se imputa a las líneas de producción, afectándose de forma directa en algunos sistemas de contabilidad o definiéndose centros intermedios de enfermería que distribuyen sus costes con algún criterio de reparto específico. La tabla 10 muestra la variabilidad de los centros de enfermería que se definen en las estructuras de los distintos SCA:

Tabla 10: Centros de coste de Enfermería definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Centro de coste			Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud							
			GESCOT®							COAN-HyD
Descripción	Clasificación	Criterio de imputación	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	Servicio Canario de la Salud	Servicio Andaluz de Salud
Dirección de Enfermería	Estructural o Intermedio	Numero sanitarios no facultativos por GFH	⊗ ¹			⊗			⊗	
Dirección de Enfermería	Estructural	Coste de personal por GFH			⊗		⊗			
Dirección de Enfermería	Estructural	Numero sanitarios por GFH						⊗		
Dirección de Cuidados Asistenciales	Estructural	Coste de sanitarios por GFH		⊗						
Subdirección de Enfermería	Estructural	Coste de personal por GFH					⊗			
Supervisoras de Área Complejo Hosp.	Estructural	Numero sanitarios por GFH						⊗		
Enfermería Volante	Estructural	Estancias totales recibidas por GFH					⊗			
Enfermería Polivalente	Intermedio	Número de sanitarios por GFH	⊗ ¹						⊗	
Enfermería de Área	Intermedio	Número de sanitarios por GFH	⊗ ¹						⊗	
Unidad de Enfermería	Intermedio	(No disponible)				⊗				
Enfermería	Intermedio	Específico								⊗

Centro de coste			Sistema de Contabilidad Analítica y Servicio Regional de Salud							
			GESCOT®							COAN-HyD
Descripción	Clasificación	Criterio de imputación	Servicio Aragonés de Salud	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	Servicio Canario de la Salud	Servicio Andaluz de Salud
Enfermería Hospitalización polivalente (<i>médica, quirúrgica</i>)	Intermedio	Porcentaje / Días de estancia reales						⊗		
Enfermería (<i>por especialidad</i>)	Intermedio	Porcentaje / Días de estancia reales						⊗		
Unidades de enfermería (<i>de hospitalización</i>)	Intermedio	(No disponible)	⊗							
Enfermería Hospitalización (<i>por planta</i>)	Intermedio	Días de estancia reales / Estancias totales suministradas por GFH					⊗			
Unidades o Plantas de Enfermería	Intermedio	Se definen diversos criterios							⊗	
Enfermería Quirófano	Intermedio	Tiempo de utilización de quirófano						⊗		
Control de Enfermería Cirugía	Intermedio	Días de estancia reales						⊗		
Enfermería Consultas Externas	Intermedio	Porcentaje						⊗		
Enfermería Unidad Corta Estancia	Intermedio	Días de estancia reales						⊗		
Personal auxiliar sanitario	Estructural	Coste de personal por GFH		⊗						

(1) Criterio de imputación no disponible.

Las diferencias que se observan entre los SCA pueden estar asociadas al modelo de gestión del personal de enfermería que se emplee en cada Servicio Regional de Salud o centro hospitalario (p.e. *pool* de enfermería de planta; asignación de profesionales de enfermería al Hospital de Día u otras líneas de producción).

Propuesta de homogeneización:

Para garantizar la homogeneidad entre los SCA en la obtención de costes de hospitalización, se hacen las siguientes recomendaciones:

- 1. Cada sistema de contabilidad debería imputar los costes de enfermería utilizando la **metodología que mejor refleje la realidad** del centro hospitalario (afectando de forma directa los costes o creando centros de costes intermedios para su distribución).*
- 2. Los **criterios** empleados para su afectación o imputación deberían **revisarse periódicamente**, con el objeto de afinar lo máximo posible la proporción de los costes de enfermería que deben incorporarse a la línea de hospitalización.*

5.3.2. CAPITULO II

Este capítulo de la contabilidad presupuestaria agrupa los siguientes consumos del centro hospitalario:

- Bienes corrientes y servicios: suministros y servicios que consumen los centros sanitarios propios.
- Conciertos de asistencia sanitaria: servicios complementarios a través de conciertos asistenciales y de transporte sanitario.

A continuación se describen los aspectos diferenciadores que se han detectado en los SCA en la distribución de estos consumos y que podrían tener un impacto sobre la homogeneidad de la información que se obtiene de los costes de hospitalización.

BIENES CORRIENTES Y SERVICIOS:

En relación con los bienes corrientes y servicios que se afectan a las líneas de producción de un hospital, no se detectan diferencias entre los sistemas de contabilidad en cuanto a los conceptos de coste que se incluyen en este capítulo presupuestario.

En cambio, si pueden producirse diferencias entre los SCA en aquellas partidas que son contratadas de forma centralizada en el Servicio Regional de Salud, abonándose en parte o totalmente con cargo a los presupuestos que gestiona la administración central (p.e. servicios centrales de la red de centros sanitarios públicos; Consejería de Salud) y que podrían quedar excluidos de los costes del centro hospitalario que los consume (p.e. contrato de telefonía; transporte sanitario; mantenimiento).

En los casos de servicios y suministros de **contratación y pago centralizado**, desde la perspectiva de la contabilidad analítica deberían incluirse como costes del hospital e imputarse a los GFH que corresponda en función de su consumo, con independencia de que se abonen a cargo de presupuestos externos al centro hospitalario, ya que se trata de bienes y servicios que se utilizan en la prestación de asistencia sanitaria.

Con la información disponible de los SCA, no se ha podido constatar el tratamiento que los sistemas de contabilidad realizan de estos costes cuando son contratados de forma centralizada. No obstante, pueden estar produciéndose diferencias al respecto entre los SCA que afectarían a la homogeneidad de la información de costes de hospitalización.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían **incorporar** el coste de los **bienes y servicios de contratación y pago centralizado**, con independencia de que sean abonados con cargo a presupuestos externos al hospital, empleándose en su distribución los criterios factibles que mejor reflejen el consumo realizado por cada centro de coste.*

CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA:

Como se ha señalado anteriormente, el gasto hospitalario por conciertos de asistencia sanitaria que se recoge en el Capítulo II de la contabilidad presupuestaria agrupa los servicios complementarios a través de conciertos asistenciales y de transporte sanitario.

En la mayoría de los SCA, el coste de estos servicios se afecta a los centros del hospital como un coste directo. No obstante, en algunos sistemas de contabilidad se han definido centros de coste específicos (intermedios o finales) que recogen el consumo de estos servicios externos concertados, como se muestra en la tabla adjunta:

Tabla 11: Centros de coste de Conciertos de Asistencia Sanitaria en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Centro de coste			Servicio Regional de Salud			
Descripción	Clasificación	Criterio de imputación	GESCOT®			COAN-HyD
			Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	Servicio Riojano de Salud	Servicio Andaluz de Salud
Mantenimiento interno concertado	-	Superficie		⊗		
Gestión de conciertos	-	Unidades de catálogo		⊗		
Diálisis concertada	Final		⊗		⊗	⊗
Conciertos	Final				⊗	
Oxigenoterapia	Final				⊗	
Radiología concertada (se agrupan diversos centros de coste)	Final o Intermedio	En algunos centros de coste, por URV's (Catálogo)			⊗	
RNM y TAC Logroño (camión)	Final				⊗	
RNM y TAC concertados ERESA	Intermedio	URV's (Catálogo)			⊗	

La información disponible sobre el tratamiento de los conciertos como centro de coste es confusa, lo que puede llevar a conclusiones erróneas en el análisis comparado de las líneas de actividad, y por tanto, de los costes de hospitalización.

Así ocurre al valorar los conciertos de asistencia sanitaria constituidos como centros finales. Al no llegar a repercutirse estos costes en los centros peticionarios correspondientes, los sistemas de contabilidad pueden estar detrayendo el coste de dichos centros. Esta situación hace que el coste del centro peticionario no sea comparable con otros SCA en los que los conciertos han sido afectados como costes directos de los mismos.

Desde la perspectiva de la homogeneidad de los costes de hospitalización que ofrece la contabilidad analítica, al analizar la información disponible sobre el tratamiento de los

conciertos de prestación sanitaria en los distintos SCA pueden destacarse los siguientes aspectos:

- ***Conciertos de procedimientos diagnóstico-terapéuticos:***

El hospital puede concertar con empresas externas la realización de procedimientos diagnóstico-terapéuticos específicos, bien correspondientes a actividad finalista de los *servicios de especialidades* (p.e. oxigenoterapia, diálisis), bien a actividad de los *centros de producción intermedia* (p.e. RNM, TAC). Existen diferencias entre los SCA en el tratamiento de la información de los costes de estos conciertos.

Aunque la mayor parte de los procedimientos concertados se demanden para la atención de pacientes ambulatorios, también podrían ser consumidos en la atención de pacientes ingresados.

Por ello, es muy importante asegurar la homogeneidad en el tratamiento de la ***actividad y costes de los servicios concertados***, incorporando en el mismo GFH el coste del concierto y la actividad realizada por la empresa externa, a fin de no alterar los costes unitarios de la producción asistencial.

En caso contrario se producirían disonancias entre la información de costes y la de actividad que podrían afectar a la estimación del *coste unitario* de la actividad propia, que es la que con mayor probabilidad es demandada en la atención a pacientes ingresados.

- **Conciertos de procesos asistenciales con ingreso:**

El hospital también puede concertar con un proveedor externo la realización de procesos asistenciales que requieren la hospitalización del paciente (p.e. implantación de prótesis de rodilla; intervención sobre hernia).

En estos casos, el coste del convenio se registra en el SCA. Sin embargo, la actividad concertada no debe figurar en el CMBD del hospital, ya que se registra como actividad del centro concertado que la realiza, produciéndose una disparidad entre el registro de costes y de actividad, al haber un desfase entre ambas informaciones, que puede incidir sobre el coste unitario de la producción (p.e. coste por punto GRD).

Para evitar esta situación de disonancia entre la información de actividad y costes, en la estructura de los SCA se pueden definir centros de costes finales en los que se agruparían los costes de los conciertos de procesos asistenciales con ingreso.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían imputar los conciertos de **procedimientos diagnóstico-terapéuticos** al centro de coste que concierta la prestación (servicio de especialidades o centro de producción intermedia del hospital), asegurando la coherencia entre la información de actividad y costes de dicho centro.*

*En cambio, se deberían **separar** en un centro de coste final el coste de los conciertos que se contraten para el desarrollo de **procesos asistenciales con ingreso**, para evitar posibles discordancias entre el registro de actividad asistencial y costes hospitalarios.*

5.3.3. CAPÍTULO IV

En el Capítulo IV de la contabilidad presupuestaria los centros hospitalarios incluyen las transferencias corrientes por convenios de colaboración y, fundamentalmente, entregas a familias e instituciones sin ánimo de lucro (entregas por desplazamiento, ortopedia, vehículos para minusválidos, etc.).

El coste de estos consumos debe afectarse a los centros que los prescriban. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, sólo se incorporan estos costes en cinco de los SCA del SNS. Esta situación podría obedecer a una insuficiente cumplimentación de los datos necesarios para efectuar una afectación fiable y completa de los mismos, circunstancia que no ha podido cotejarse.

Las transferencias corrientes podrían representar una proporción reducida del coste de la línea de hospitalización. Ante las diferencias existentes entre los SCA en cuanto a la incorporación de estas partidas, se sugiere que todos los Servicios Regionales de Salud las excluyan de la estimación de los costes de hospitalización, puesto que la mayoría de los sistemas de contabilidad no las incorporan.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, se recomienda que todos los SCA **excluyan el Capítulo IV** de esta línea de actividad.*

5.3.4. AMORTIZACIONES

La amortización es la expresión contable de la depreciación que normalmente sufren los bienes de inmovilizado no financiero por el funcionamiento, uso y disfrute de los mismos, debiéndose valorar, en su caso, la obsolescencia que pueda afectarlos.

En los centros hospitalarios son múltiples los bienes susceptibles de amortización contable, pudiendo diferenciarse entre el equipamiento funcional de las instalaciones (p.e. mobiliario, equipos informáticos, vehículos de transporte, etc.) y las tecnologías sanitarias que se emplean en el diagnóstico y tratamiento de las patologías (p.e. PET, TAC). Para efectuar las dotaciones de la amortización es preciso conocer la vida útil de los bienes adquiridos (inventario), cuya disponibilidad es más factible en centros hospitalarios de nueva apertura.

Conceptualmente, el gasto de amortización está considerado un consumo que se produce en el desarrollo de la actividad del hospital y que debe, por tanto, incluirse entre los elementos de coste en los sistemas de contabilidad analítica, si bien existen probadas dificultades para un cómputo fiable, lo que ha favorecido su no inclusión.

La incorporación del coste de la amortización del inmovilizado en la contabilidad analítica se contempla en seis de los SCA. Esta circunstancia afecta a la homogeneidad del coste de hospitalización que suministran los sistemas de contabilidad.

Propuesta de homogeneización:

*Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, se recomienda que en todos los SCA se **incluyan las amortizaciones** del proceso de afectación de costes.*

Adicionalmente se recomienda ahondar en el proceso de obtención del coste de las amortizaciones en los SCA que no dispongan de dicha información y, asimismo, se sugiere que en los ejercicios de estimación de costes para el Sistema Nacional de Salud, y por parte de los SCA que si disponen de dicha información sobre los costes de amortización, se aporte información adicional de los mismos en términos de volumen y criterios de imputación en las diferentes líneas de producción con el fin de poder facilitar referencias para posibles ajustes de cara a homogenizar el tratamiento de la información.

5.4. IMPUTACIÓN DE COSTES DE LOS CENTROS ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS

En los apartados anteriores se ha delimitado el *área de hospitalización*, identificando la actividad asistencial que se desarrolla en esta línea de producción así como aquellas que quedan excluidas; se ha revisado la estructura de los sistemas de contabilidad, identificando *tipologías de centros* que pueden incidir de manera diferente sobre la obtención de costes de pacientes ingresados; y se han analizado los *costes según su naturaleza* que afectan a los centros de coste y, por tanto, a la línea de hospitalización.

Dada la estructura de costes definida en la contabilidad analítica, una vez finalizada la fase de afectación, los SCA inician el proceso de imputación de costes de los centros estructurales e intermedios a los centros finales, en quienes quedan acumulados todos los costes del centro hospitalario.

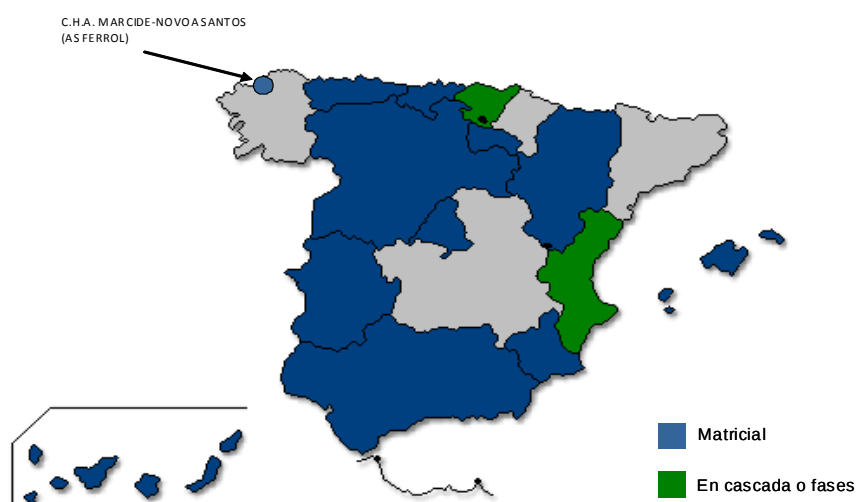
Cerrando el proceso de estimación de costes, a continuación se analiza el modo en que los SCA repercuten a la línea de hospitalización el *coste de los servicios intermedios* que son demandados durante la atención al paciente ingresado, así como los *costes estructurales o básicos* que le corresponden, por las funciones de dirección y administración que realiza el centro hospitalario, entre otros. Asimismo, se analizan las imputaciones que, en algunos sistemas de contabilidad, se producen entre los servicios clínicos del hospital.

5.4.1. MODELO DE IMPUTACIÓN DE COSTES

Para desarrollar el proceso de imputación de costes de los centros estructurales e intermedios a los centros finales, los sistemas de contabilidad pueden optar por distintas metodologías, plasmando de un modo u otro las relaciones existentes entre los centros.

En la mayor parte de SCA del SNS se utiliza un *modelo matricial* de imputación de costes; solo dos de ellos han optado por una imputación *en cascada* o en fases de reparto (ALDABIDE del Servicio Vasco de Salud y SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud). Los costes que se repercuten sobre los centros finales son potencialmente diferentes utilizando uno u otro método.

Figura 3: Modelo de imputación de costes de los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.



Al analizar de forma comparada las metodologías utilizadas por los distintos SCA, destacan los siguientes aspectos que pueden incidir en la estimación de los costes de la línea de hospitalización.

INCORPORACIÓN DE LOS INTERCONSUMOS ENTRE CENTROS DE COSTE

Los SCA que utilizan un modelo matricial de imputación de costes (ya sea resuelto mediante ecuaciones simultáneas o a través del método iterativo), permiten que en el proceso de imputación se puedan reflejar todas las relaciones de interconsumos existentes entre los centros (con independencia de que los GFH se clasifiquen como estructurales, intermedios o, incluso, finales).

En los SCA con procesos de imputación en cascada o en fases de reparto, al establecerse un orden en la imputación de costes, el sistema de contabilidad no permite reflejar durante el proceso de reparto los interconsumos que, en la realidad, podrían estar produciéndose entre los centros.

En definitiva, los costes que se repercuten sobre los centros finales (o sobre las líneas de producción asistencial, entre las que se encuentra la de *hospitalización*) son potencialmente diferentes utilizando un modelo matricial o un reparto en cascada o en fases de reparto.

IMPUTACIÓN DE COSTES ENTRE ESPECIALIDADES

En los centros hospitalarios las diferentes especialidades de prestación finalista, pueden realizar actividades asistenciales a demanda de otras, tal es el caso de procedimientos diagnóstico-terapéuticos e interconsultas, así como en los traslados entre servicios de pacientes hospitalizados.

En los SCA que han definido centros de coste intermedios en los que se recoge la realización de ***procedimientos diagnóstico-terapéuticos***, la imputación de costes a otras especialidades queda resuelta, aplicando los criterios de imputación establecidos. No obstante, como se ha señalado en epígrafes anteriores, la definición de centros de estas

características es desigual entre los SCA, pudiendo esta circunstancia afectar a la homogeneidad de la información de costes de la línea de hospitalización.

En cuanto a las **interconsultas**, aunque en los SCA del Servicio Cántabro de Salud y el Servicio Extremeño de Salud se ha definido un criterio de imputación “Tiempo de interconsulta”, no se dispone de información sobre la utilización del mismo. En el Servicio Andaluz de Salud no se contemplan las interconsultas, no disponiéndose de información al respecto en los demás Servicios Regionales de Salud.

Los **traslados interservicios** sólo se imputan en el sistema ALDABIDE del Servicio Vasco de Salud.

Dependiendo del volumen que representen las interconsultas y los traslados interservicios y su coste, el impacto que podrían tener en la estimación de los costes de la línea de hospitalización sería diferente. No obstante, se prevé que se produzca un efecto compensatorio entre la mayoría de las especialidades del centro hospitalario en la prestación de estos servicios.

IDENTIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LOS COSTES REPERCUTIDOS

Tanto en los SCA que utilizan el modelo matricial como aquellos que realizan el reparto de costes en fases o en cascada, es posible identificar el origen de los costes repercutidos a los centros finales (o a las líneas de actividad), diferenciando en qué proporción proceden del consumo de servicios de dirección-administración, logísticos o procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

El reflejo del origen de los costes repercutidos en los informes que emiten los distintos SCA para cada ‘objetivo de coste’ puede ser de especial relevancia en la comparación entre Servicios Regionales de Salud de los costes por proceso de la línea de hospitalización.

5.4.2. CRITERIOS DE IMPUTACIÓN O REPARTO

El uso de catálogos para repercutir el coste de determinados centros durante el proceso de imputación es desigual en los diferentes SCA.

La utilización de **Catálogos de Productos** tiene un impacto al comparar los costes de producción de los servicios peticionarios, ya que en el uso de unidades relativas de valor ajusta el coste del centro peticionario en función de la complejidad de los procedimientos o pruebas solicitadas.

Este aspecto incide, por tanto, en la homogeneidad de la información de costes que se obtiene de la línea de hospitalización en los SCA, ya que una parte de los costes de la atención a pacientes ingresados viene asociada a la demanda de procedimientos diagnósticos o de tratamiento y al uso de determinados servicios de administración o logísticos.

En el Anexo I se recoge la información disponible sobre catálogos definidos en los diferentes SCA. Al no disponerse de los catálogos que se utilizan en cada Servicio Regional de Salud, no ha sido posible llevar a cabo un análisis comparado ni de los productos que incluyen ni de los pesos relativos de los mismos.

*Las diferencias que puedan surgir entre los SCA en cuanto al **modelo de imputación** o a la definición de **criterios de reparto** son de carácter estructural (de diseño del sistema), no siendo viable a corto plazo introducir modificaciones que aseguren la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización.*

*Se recomienda contar con un **inventario catálogos de productos** de los diferentes SCA con el fin de facilitar el análisis comparado de productos, sus definiciones, volumen y tratamiento en términos de afectación de costes.*

6. RECOMENDACIONES PARA LA OBTENCIÓN HOMOGÉNEA DE COSTES DE HOSPITALIZACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A. DELIMITACIÓN DE LA LÍNEA DE HOSPITALIZACIÓN

Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían:

A.1 *Imputar a la línea de hospitalización los costes de las **urgencias ingresadas**.*

*Asimismo, se deberían **excluir** de ésta línea de actividad los costes de las **urgencias no ingresadas**, al tratarse de atención sanitaria que se realiza sin ingreso hospitalario.*

A.2 *Imputar a la línea de hospitalización los costes de los **procedimientos diagnósticos-terapéuticos** que los servicios de especialidades realizan a pacientes ingresados.*

A.3 *Imputar a la línea de hospitalización los costes de los episodios de **trasplantes de órganos** realizados, al tratarse de procesos asistenciales que se realizan a **pacientes ingresados**.*

El resto de costes que genera el programa de trasplantes deberían quedar excluidos del área de hospitalización.

A.4 *Imputar el coste de la **CMA** que haya requerido ingreso hospitalario a la línea de hospitalización de la especialidad que se responsabiliza de la atención al paciente, con independencia de la estructura organizativa y funcional existente en los hospitales para prestar esta modalidad asistencial*

A.5 *Excluir de la línea de hospitalización los costes de **hospital de día médico**, al tratarse de atención sanitaria que se realiza en régimen ambulatorio.*

No obstante, deben imputarse a la línea de hospitalización de la especialidad que se responsabiliza de la atención al paciente los costes de los pacientes atendidos en el hospital de día médico que finalmente requieran su ingreso en el hospital.

A.6 *Excluir de la línea de hospitalización los costes de **hospitalización a domicilio**, al tratarse de atención sanitaria que se realiza en régimen ambulatorio.*

A.7 *Excluir de la línea de hospitalización los costes de dispensación a pacientes ambulatorios (DPA), al tratarse de una prestación ambulatoria de alto coste que se realiza a pacientes sin ingreso hospitalario.*

A.8 *Se debe **diferenciar la actividad docente e investigadora** del resto de líneas de producción.*

*Asimismo, se deben establecer **criterios comunes** para la afectación de estos costes a la línea de docencia e investigación, de modo que no incida sobre el coste unitario de la producción clínico- asistencial.*

B. TRATAMIENTO DE OTROS CENTROS Y ÁREAS ESPECÍFICAS DE LA ESTRUCTURA DEL SCA

Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, todos los SCA deberían:

- B.1** *Diferenciar la actividad finalista que realicen los **servicios asistenciales intermedios**, ajustando el coste unitario al que se repercute la actividad demandada por los servicios finales.*

*Las diferencias que existen entre los SCA en relación con la definición de **centros no imputables, exteriores o ficticios**, puede producir minoraciones importantes en la obtención del coste de esta línea de producción en unos SCA frente a otros en los que sí se imputan de forma directa o indirecta a la línea de hospitalización. Es por ello que se recomienda profundizar en el tratamiento de esta tipología de centros, a fin de no excluir costes que debieran repercutirse a la línea de hospitalización. Asimismo se sugiere aportar información adicional detallada sobre estos servicios en los ejercicios de estimación de costes con el fin de favorecer el tratamiento homogéneo de la información.*

C. AFECTACIÓN DE COSTES SEGÚN SU NATURALEZA

Para garantizar la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización, los SCA deberían:

En relación con el Capítulo I:

C.1 *Incluir en el coste de personal **todos los conceptos retributivos** que se recogen en el Capítulo I de la contabilidad presupuestaria, tales como: retribuciones básicas, guardias y atención continuada, productividad variable, carrera profesional, incentivos, incapacidad temporal, cuota patronal, etc.*

C.2 *Afectar los costes de personal a todas las líneas de producción en la que participen sus profesionales, utilizando el criterio factible que mejor refleje la dedicación de los profesionales a los distintos centros de actividad.*

*Actualizar periódicamente la **plantilla de distribución** de los costes de personal.*

En relación a aquellas partidas del Capítulo I para las que se suelen definir criterios específicos para su afectación, los SCA deberían:

C.2.1 *Distribuir las **guardias y atención continuada** entre las **líneas de actividad**, estimando el porcentaje de las mismas que deben imputarse a hospitalización en cada especialidad.*

*En caso de que la distribución anterior no fuera factible, el coste de las guardias y atención continuada se imputarían a la línea de **hospitalización**.*

C.2.2 *Excluir de las líneas de producción el coste del personal **MIR de Medicina Familiar y Comunitaria**.*

*Imputar el coste del personal **MIR de otras especialidades** empleando los **mismos criterios** con los que se distribuye el coste del personal facultativo. La información de este coste debe facilitarse como una **partida diferenciada** dentro del coste de personal.*

C.2.3 *Imputar los costes de enfermería utilizando la **metodología que mejor refleje la realidad** del centro hospitalario (afectando de forma directa los costes o creando centros de costes intermedios para su distribución).*

*Revisar **periódicamente los criterios** empleados para su afectación o imputación, con el objeto de afinar lo máximo posible la proporción de los costes de enfermería que deben incorporarse a la línea de hospitalización.*

En relación con el Capítulo II:

C.3 *Incorporar el coste de los **bienes y servicios de contratación y pago centralizado**, con independencia de que sean abonados con cargo a presupuestos externos al hospital, empleándose en su distribución los criterios factibles que mejor reflejen el consumo realizado por cada centro de coste.*

C.4 *Imputar los **conciertos de procedimientos diagnóstico-terapéuticos** al centro de coste que concierne la prestación (servicio de especialidades o centro de producción intermedia del hospital), asegurando la coherencia entre la información de actividad y costes de dicho centro.*

*En cambio, se debería **separar** en un GFH final el coste de los **conciertos** que se contraten para el desarrollo de **procesos asistenciales con ingreso**, para evitar posibles disonancias entre el registro de actividad y costes.*

En relación con otros costes:

C.5 ***Excluir el Capítulo IV** de la línea de hospitalización.*

C.6 ***Incluir las amortizaciones** en el proceso de afectación de costes.*

*Asimismo, se recomienda **ahondar** en el proceso de obtención del coste de las amortizaciones en los SCA que no disponen de esta información.*

En tanto, se sugiere que aquellos SCA que dispongan del coste de las amortizaciones deben facilitarlo como información adicional en los ejercicios de estimación de costes globales del Sistema Nacional de Salud, identificando el volumen y afectación en los costes de hospitalización, con el fin de favorecer el tratamiento homogéneo de la información.

D. IMPUTACIÓN DE COSTES DE CENTROS ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS

*Las diferencias que puedan surgir entre los SCA en cuanto al **modelo de imputación** o a la definición de **criterios de reparto** son de carácter estructural (de diseño del sistema), no siendo viable a corto plazo introducir modificaciones que aseguren la homogeneidad en la obtención de costes de hospitalización.*

ANEXO I: Catálogos de productos definidos en los Sistemas de Contabilidad Analítica del Sistema Nacional de Salud

Tabla: Catálogos de productos y/o criterios de reparto de centros de costes en los Sistemas de Contabilidad Analítica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. 2010.

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA ¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE ²	COAN-HyD
Admisión	Coste de personal por GFH	⊗		⊗			CP_V_GFH CH_V_GFH		⊗ Unidades de documentación clínica y admisión	Nº pacientes atendidos
Archivo de Historias Clínicas	Coste de personal por GFH			⊗		(S) Ingresos + Consultas + UCA	Nro. Ingresos+Consultas+Urgencias + Interven. GFH / Salidas de Historias por G.F.H.		⊗ Unidades de documentación clínica y admisión	
Documentación Clínica	Coste de personal por GFH			⊗		(S) Ingresos + Consultas + UCA	Nro. Ingresos+Consultas+Urgencias + Interven. GFH / Salidas de Historias por G.F.H.		⊗ Unidades de documentación clínica y admisión	Nº pacientes atendidos
Farmacia hospitalaria									⊗	Fármacos
Laboratorio			⊗	⊗		Determinaciones	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA ¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE ²	COAN-HyD
Análisis Clínicos	Número de Peticiones por GFH						CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac		⊗	⊗
Anatomía Patológica	⊗	⊗		⊗		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗	⊗	⊗
Bioquímica				⊗		Determinaciones		⊗	⊗	⊗
Laboratorio de Banco de Sangre				⊗		Bolsas de sangre	CP_V_GFH CP_V_Pac	⊗		
Hematología	Porcentaje			⊗			CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗	⊗	⊗
Microbiología y Parasitología				⊗		Determinaciones	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗	⊗	⊗
Inmunología						Determinaciones	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac		⊗	⊗
Genética						Determinaciones	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			⊗
Radiodiagnóstico	⊗	⊗	⊗	⊗		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗	⊗	⊗

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA ¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE ²	COAN-HyD
Radiofísica										⊗
Radioterapia							CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Medicina Nuclear			⊗			⊗ Fundación Rioja Salud	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗	⊗	⊗
Neurofisiología Clínica				Coste de Personal por G.F.H.		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗	⊗	⊗
Esterilización	⊗	⊗		⊗		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH			Puntos GRD Quirúrgicos
Anestesiología	Tiempo de anestesia			Horas de anestesia		Tiempo anestesia / porcentaje			⊗ Anestesiología , reanimación y terapéutica del dolor	
Consulta y técnicas de Anestesiología									⊗ Anestesiología , reanimación y terapéutica del dolor	
Reanimación postquirúrgica				Imputación directa					⊗ Anestesiología , reanimación y terapéutica del dolor	Intervenciones con ingreso

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE²	COAN-HyD
Unidad del dolor									⊗	
Unidades o Planta de Enfermería			Estancias por paciente y GFH	Días de estancia reales / Estancias totales suministradas por G			CP_V_Pac CH_V_Pac			Criterio de reparto específico
Enfermería en hospital de día									⊗	
Hospital a domicilio									⊗	
Consultas Externas	Porcentaje			⊗ Centro Periférico Especialidades		S) Consultas Totales	Nro. de Consultas por G.F.H./Tiempo de Consultas por G.F.H		Reparto basado en actividad/coste o ETC de personal facultativo/lineal /por horas asignadas	
Pruebas especiales			⊗				CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗		
Pruebas especiales. Angiología y cirugía vascular						⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Cirugía torácica.						⊗				
Pruebas especiales. Oftalmología						⊗ CARPA				

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA ¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE ²	COAN-HyD
Pruebas vestibulares. Sala técnicas oftalmología y c. Externa h.s.p.						⊗				
Pruebas especiales. Otorrinolaringología						⊗ CARPA	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Urología							CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Urología. Litotricia						⊗				
Ecografía ginecológica						⊗	CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Cardiología				⊗		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac		⊗	
Arritmias							CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Digestivo				⊗		⊗	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			
Pruebas especiales. Neumología				⊗			CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac			

CENTRO DE COSTE	SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA Y SERVICIO DE SALUD									
	SISTEMA GESCOT®							En plataforma SAP	SOFTWARES A MEDIDA	
	Servicio Balear de Salud	Servicio Gallego de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Murciano de Salud	S.S. Principado de Asturias	Servicio Riojano de Salud	CANTONERA¹	Servicio Extremeño de Salud	SIE-AE²	COAN-HyD
Pruebas funcionales respiratorias						⊗ CARPA				
Unidades de Cuidados Intensivos							CP_V_Pac CH_V_Pac			
Actividad ambulatoria Oncología médica									⊗	
Oncología radioterápica								⊗	⊗	
Rehabilitación y medicina física								⊗	⊗	
Gestión de conciertos				⊗						
Unidad de Calidad	Coste de personal por GFH						CP_GFH CP_V_GFH		ETC de cada CAC	
Peluquería							CP_GFH			
Cafetería propia	Coste de personal por GFH	Facturación					CP_GFH			
Alimentación de pacientes	Porcentaje			⊗		Menús / Porcentaje	CP_V_GFH CH_V_GFH CP_V_Pac CH_V_Pac	⊗	Dietas por CAC	Número de Dietas
Fotografía							CP_GFH			

NOTAS:

- Gerencia de Salud de Castilla y León, Servicio Cántabro de Salud: Entre los criterios de imputación definidos por estos Servicios Regionales de Salud en su SCA se incluye el nº 24 "U.R.V.'s (Catálogo)", pero no se dispone de información sobre los GFH específicos que tienen definido un Catálogo de Productos.
- Servicio Aragonés de Salud, INGESA, ALDABIDE: No se dispone de información de los criterios de imputación definidos en el SCA de estos Servicios Regionales de Salud.

- (1) En la “Plantilla para la imputación de costes” del Proyecto Cantonera se contemplan diversos criterios de imputación por GFH según el nivel de detalle que disponga el centro hospitalario. En esta tabla se recogen los Catálogos que se contemplan en dicha plantilla, en particular: CP_V_GFH: Catálogo propio y valorado por G.F.H.; CH_V_GFH: Catálogo Homologado y valorado por G.F.H.; CP_V_Pac: Catálogo propio y valorado por Paciente; CH_V_Pac: Catálogo Homologado y valorado por Paciente.
- (2) En el SIE-AE de la Agencia Valenciana de Salud se definen además Unidades Relativas de Coste para ponderar la actividad realizada en los Centros de Atención Ambulatoria (primeras consultas / sucesivas / técnicas diagnóstico-terapéuticas).