



Universidad
Politécnica
de Cartagena



FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA
EMPRESA

U P C T

ANÁLISIS ABC DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA LUCÍA (CARTAGENA)



RAMÓN CARDÓS CEREZUELA

CURSO 2013/2014

DIRECTOR: EUGENIO BLAS GOMÁRIZ MERCADER

Trabajo Fin de Grado para la obtención del título de
Graduado/a en Administración y Dirección de Empresas



La realización de este trabajo se ha desarrollado bajo la tutela y dirección de Eugenio Blas Gomáriz Mercader, director de este proyecto, y a personal de diversas categorías profesionales del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Santa Lucía, quienes me han orientado, apoyado y corregido en mi labor, permitiéndome desarrollar y llevar a cabo mi TFG de la mejor manera posible, y que sin ellos no habría llegado a ser ni la mitad de lo que es, por lo que les muestro mi más grato agradecimiento.

Finalmente agradecer el apoyo recibido por mi familia y de todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización de este trabajo.

Por todo ello, GRACIAS

Cartagena, Septiembre 2014



ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 11 |
| 2. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS EN ESPAÑA | 15 |
| 3. SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH) | 21 |
| 3.1. Introducción | 21 |
| 3.2. Organización de los SUH | 22 |
| 3.3. Estructura de los SUH | 23 |
| 4. EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE SANTA LUCÍA EN CARTAGENA | 27 |
| 4.1. El Área de Recepción, Admisión y Clasificación de pacientes | 27 |
| 4.2. El Área de Críticos o RCP | 30 |
| 4.3. El Área de Consultas | 31 |
| 4.4. El Área de Observación | 33 |
| 4.5. La Unidad de Dolor Torácico (UDT) | 35 |
| 4.6. La Unidad de Corta Estancia (UCE) | 36 |
| 4.7. Los Recursos Humanos | 36 |
| 4.7.1. Registro de personal sanitario | 36 |
| 4.7.2. Titulación y funciones | 37 |
| 4.7.3. Identificación y diferenciación del personal | 38 |



| | |
|---|-----------|
| 4.8. Equipamiento médico de consideración | 39 |
| 4.8.1. Área de Recepción, Admisión y Clasificación | 39 |
| 4.8.2. Área de Críticos o RCP | 39 |
| 4.8.3. Área de Consultas | 40 |
| 4.8.4. Área de Observación | 43 |
| | |
| 5. LA OBTENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES. | 47 |
| | |
| 5.1 Concepto y Objetivos de la Contabilidad de Gestión | 47 |
| 5.2 Sistemas de cálculo de costes | 49 |
| 5.3 Justificación de la elección del sistema de cálculo de costes Activity Based Costing (ABC) | 52 |
| 5.4. Principales características del Activity Based Costing (ABC) | 53 |
| 5.5 propuesta para la implantación del sistema ABC en el Servicio de Urgencias (SUH) del Complejo Hospitalario de Santa Lucía | 55 |
| 5.5.1. La implantación | 55 |
| 5.5.2. Ejemplo de un circuito asistencial de un paciente que sufre un esguince de tobillo | 62 |
| 5.6. Los Grupos de Diagnóstico Relacionados “GRD” | 67 |
| | |
| 6. CONCLUSIONES | 73 |
| | |
| 7. BIBLIOGRAFÍA | 79 |



ÍNDICE DE FÍGURAS

| | Página |
|---|---------------|
| Figura 1: Clasificación de los centros de responsabilidad | 16 |
| Figura 2: Estructura funcional hospitalaria | 17 |
| Figura 3: Clasificación de los servicios funcionales incluidos en las distintas áreas funcionales de los centros hospitalarios | 18 |
| Figura 4: Proceso de atención al paciente en Unidad de Urgencias Hospitalaria | 24 |
| Figura 5: Ejemplo de protocolo de triaje | 29 |
| Figura 6: Sistema español de triaje | 30 |
| Figura 7: Medición de la actividad a través de los inductores de costes | 54 |
| Figura 8: Clasificación de los costes de las actividades en directos e indirectos | 54 |
| Figura 9: Etapas de imputación de costes a los servicios a través del sistema ABC | 55 |
| Figura 10: Las Áreas y los Centros de Coste | 58 |
| Figura 11: Actividades de los servicios de urgencias hospitalarios y unidades de medida | 59 |
| Figura 12: Recogida de información | 60 |
| Figura 13: Consumo de Actividades en el proceso del sistema ABC | 61 |
| Figura 14: Circuito asistencial de un paciente que sufre un esguince de tobillo | 63 |
| Figura 15: Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Recepción al paciente” | 65 |
| Figura 16: Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Apertura del episodio de urgencias” | 65 |
| Figura 17: Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Clasificación” | 66 |
| Figura 18: Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Preparación para la exploración” | 66 |
| Figura 19: Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Pruebas complementarias” | 66 |
| Figura 20: Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Administración de tratamiento” | 67 |



El trabajo final de grado consiste en un Análisis ABC de las actividades asistenciales del Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario de Santa Lucía (Cartagena). El trabajo se dirige a la Comisión Coordinadora del Trabajo Final de Grado, a los miembros del tribunal examinador y a futuros alumnos del TFG.

1. INTRODUCCIÓN.

Los hospitales son instituciones complejas y multifuncionales que ofrecen multitud de servicios en un mercado geográficamente disperso, con multitud de tipos de demanda y que poseen una gran cantidad de centros de decisión que disponen de alta tecnología.

En España se carece de una regulación específica que regule la obligatoriedad de utilizar un sistema de contabilidad de gestión adecuado para aumentar la eficacia y eficiencia, mejorar la calidad, contener el gasto y garantizar el sostenimiento de un sistema sanitario universal que puede encontrarse en peligro debido al continuo aumento del gasto, envejecimiento de la población con la consecuente disminución de ingresos, así como el uso ineficiente de los recursos económicos y humanos, y en mi opinión al añadir la transferencia de competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas se pierde la unidad de mercado y de gestión de recursos.

Más del 53 % del total del gasto del Sistema Sanitario Español está representado por los servicios hospitalarios y especializados, el 23% por el gasto farmacéutico y un 14% los servicios primarios de salud.

Los gastos relacionados con la prestación asistencial suponen el 70% del total, por lo que para realizar una contención del gasto sanitario la actuación más lógica consistiría en la optimización de los gastos relacionados con la prestación asistencial, que es el objetivo de este trabajo, en el que se describe la estructura de los Centros Hospitalarios en España es jerarquizada, organizada en áreas funcionales, servicios funcionales y grupos funcionales homogéneos. Los grupos funcionales homogéneos, que se corresponden con los distintos servicios asistenciales (Servicio de Urgencias Hospitalario, Servicio de Radiodiagnóstico, etc.) y no asistenciales (Servicio de Mantenimiento, Servicio de Lavandería, etc.) en que se estructura el Centro Hospitalario. La estructura y organización de los Servicios de Urgencias Hospitalarios



del sistema público de salud en general, y concretamente del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Santa Lucía en particular. Finalmente se realiza un análisis de costes mediante el sistema Activity Based Costing (ABC), completando el análisis con un ejemplo práctico: circuito asistencial de un paciente que presenta un esguince de tobillo de grado II.

Finalmente indicar que para la poder proceder a la descripción de la estructura, funcionamiento y organización tanto del Centro Hospitalario como del propio Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Santa Lucía (Cartagena), he recurrido tanto a información documental detallada en la bibliografía como a la experiencia que me han transmitido diversos profesionales del centro.



2. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS EN ESPAÑA.

La organización sanitaria tiene un diseño funcional estructurado, pero dicha estructura habitualmente no permite realizar un análisis detallado de cómo un centro sanitario realiza su actividad, es decir, no permite conocer cómo se ejecuta la cadena asistencial dentro de la organización y por tanto, le impide determinar el coste del servicio ofrecido al paciente.

La estructura sanitaria se puede dividir en tres niveles:

1. Grupo funcional homogéneo (GFH) o Centros de Responsabilidad.

Son centros de coste que se caracteriza por ser la unidad mínima de gestión, tener una actividad homogénea, una ubicación física, objetivos propios y un único responsable.

Según el tipo de actividad que prestan, pueden clasificarse en:

- **Asistenciales.**

Todos aquellos procesos de prestación de servicios sanitarios al paciente.

- **Intermedios.**

Son unidades de apoyo de los centros finales y que pueden transferir sus costes a los centros finales.

- **Finales.**

Su función es prestarle al paciente toda la asistencia que requiera.

- **Mixtos.**

Dependiendo de la patología concreta del paciente, pueden realizar una función de apoyo a los centros finales, o bien, prestar al paciente toda la asistencia que requiera.

- **No asistenciales.**

También se pueden denominar centros estructurales puesto que su función es dar soporte y apoyo a toda la estructura del centro hospitalario.



- **Primarios:**
Ofrecen soporte a la estructura física y afectan a todos los GFH.
- **Secundarios:**
También son centros de apoyo, cuya actividad se encuentra vinculada con el paciente. (AECA, 1995)

| ASISTENCIALES | | NO ASISTENCIALES | |
|--------------------|------------------|------------------|-------------|
| FINALES | INTERMEDIOS | PRIMARIOS | SECUNDARIOS |
| Urgencias | Laboratorios | Mantenimiento | Admisión |
| Consultas externas | Quirófanos | Conserjería | Cocina |
| Ambulatorios | Tratamientos | Suministros | Lavandería |
| Hospital de día | Bioquímica | Dirección | Limpieza |
| Neurocirugía | Hematología | Personal | Seguridad |
| Medicina interna | Microbiología | Contabilidad | Información |
| Cardiología | Paritorios | Compras | ... |
| Digestivo | Inmunología | Biblioteca | |
| Neumología | Genética | Informática | |
| Reumatología | Radiodiagnóstico | ... | |
| Oncología | Anestesia | | |
| Hemodiálisis | Farmacología | | |
| Dermatología | Hospitalización | | |
| Cirugía | Rehabilitación | | |
| Oftalmología | | | |
| Urología | | | |
| Obstetricia | | | |
| Ginecología | | | |
| Pediatría | | | |
| Salud mental | | | |
| Atención primaria | | | |
| ... | ... | | |

Figura 1. Clasificación de los centros de responsabilidad. Fuente: AECA, (1997)



2. Servicio Funcional (SF).

Consta de uno o más grupos funcionales agrupados por su homogeneidad en la prestación de servicios y tienen un responsable jerárquico superior al del GFH.

3. Área Funcional (AF).

Se puede definir como el nivel mínimo en la estructura de un hospital, compuesta por la agrupación de servicios funcionales. INSALUD, (2001)

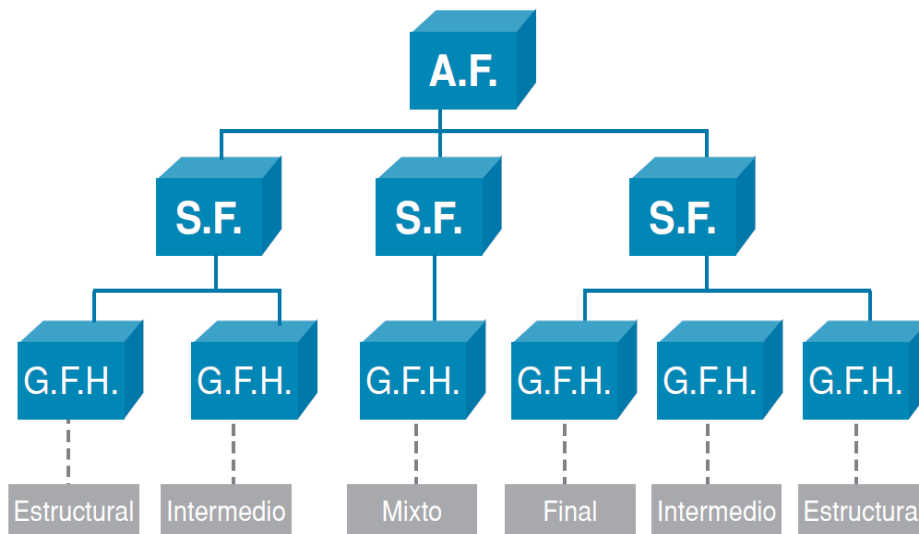


Figura 2. Estructura funcional hospitalaria. Fuente: INSALUD, (2001)



| ESTRUCTURALES | | | |
|---------------------------------|--|--------------------|---|
| ADMINISTRACIÓN | ADMINISTRACIÓN ADMINISTRACIÓN PERIFÉRICA CONTROL DE GESTIÓN GESTIÓN ECONÓMICA INTERVENCIÓN | | |
| GERENCIA Y DIRECCIÓN | ATENCIÓN AL PACIENTE DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DIRECCIÓN DIRECCIÓN MÉDICA GERENCIA | | |
| MEDICINA PREVENTIVA | MEDICINA PREVENTIVA RADIOPROTECCIÓN | | |
| INTERMEDIOS | | | |
| ADMISIÓN | ADMISIÓN DOCUMENTACIÓN CLIN-ARCHIVO | LOGÍSTICA | ALIMENTACIÓN AUDIOVISUALES CONSERJERÍA HOSTELERÍA NFARMÁTICA LAVANDERÍA LIMPIEZA LOGÍSTICA MANTENIMIENTO PERSONAL SEG. Y COMUN. SUMINISTROS |
| PRUEBAS ESPECIALES GABINETES | CENTROS CONCERTADOS GABINETES FARMACOLOGÍA CLÍNICA DIETÉTICA NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA PRUEBAS ESPECIALES-GAB. FISIOTERAPIA | | |
| FARMACIA | FARMACIA | | |
| HOSPITALIZACIÓN | ÁREAS DE ENFERMERÍA HOSPITALIZACIÓN DE DÍA | BLOQUE QUIRÚRGICO | ANESTESIA Y REA ESTERILIZACIÓN QUIRÓFANOS |
| LABORATORIOS | ANÁLISIS CLÍNICOS ANATOMÍA PATOLÓGICA BANCO DE SANGRE GENÉTICA HEMATOLOGÍA LABORATORIO INMUNOLOGÍA LABORATORIOS MICROBIOLOGÍA Y PARASITOL. | CONSULTAS EXTERNAS | CONSULT. EXTER. |
| | | RADIO DIAGNÓSTICO | MEDICINA NUCLEAR RADIOTERAPIA RADIOLOGÍA |
| FINALES | | | |
| CENTROS AJENOS | CENTROS AJENOS PACIENTES DESPLAZADOS | MEDICINA | ALERGOLOGÍA CARDIOLOGÍA DERMATOLOGÍA DIGESTIVO ENDOCRINOLOGÍA GERIATRÍA HOSPITALIZ. A DOM. HEMATOLOGÍA CLÍNICA MEDICINA INTERNA MEDICINA INTENSIVA NEFROLOGÍA NEUMOLOGÍA NEUROLOGÍA ONCOLOGÍA MÉDICA ONCOLOGÍA RADIOTE. REHABILITACIÓN REUMATOLOGÍA U. DESINTOXICACIÓN |
| CIRUGÍA | ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR CIRUGÍA CARDÍACA CIRUGÍA GRAL. Y DIGESTIVO CIRUGÍA MAXILOFACIAL CIRUGÍA PEDIÁTRICA CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPAR. CIRUGÍA TORÁCICA NEUROCIRUGÍA OFTALMOLOGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA TRAUMAT. Y C. ORTOPÉDICA UNIDADES DE EXTRACCIÓN UROLOGÍA UNIDADES DE TRASPLANTE | | |
| DOCENCIA E INVEST. | DOCENCIA E INVESTIGACIÓN ESCUELA U. ENFERMERÍA ESCUELA U. FISIOTERAPIA FACULTAD DE MEDICINA | OBS. Y GINECOLOGÍA | GINECOLOGÍA OBS. Y GINECOLOGÍA OBSTETRICIA |
| ATENCIÓN PRIMARIA | ATENCIÓN PRIMARIA | PEDIATRÍA | PEDIATRÍA |
| PSIQUIATRÍA | PSIQUIATRÍA | URGENCIAS | URGENCIAS |

Figura 3. Clasificación de los servicios funcionales incluidos en las distintas áreas funcionales de los centros hospitalarios. Fuente: INSALUD, (2001)



3. EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH).

3.1. INTRODUCCIÓN.

En primer lugar creo necesario definir qué entendemos por urgencia. Urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la consciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que la sufre o de su familia. (OMS)

La asistencia sanitaria urgente es una actividad complicada y viene determinada por múltiples factores relacionados entre sí. Por una parte el paciente demanda una asistencia rápida y acertada y por otra parte el sistema sanitario intenta proporcionar una respuesta lo más organizada y eficiente posible.

Las características de la demanda de Urgencias, atención no programada generada por diferentes necesidades de asistencia, requieren que todos los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) presenten una dotación adecuada de material y recursos humanos, y por otra parte una estrecha coordinación con el resto de las unidades del hospital (cuidados intensivos; hospitalización convencional; quirófano; diagnóstico por imagen, laboratorio; etc.).

La saturación de los SUH es un problema importante y generalizado en la mayoría de los países de nuestro entorno. Representa un problema de todo el hospital y no exclusivo de Urgencias.

Esta saturación de los SUH provoca sobrecarga de trabajo al personal sanitario, retrasos diagnósticos, aumento de la morbimortalidad, disminución de la calidad de la atención sanitaria, insatisfacción de los profesionales.

La ausencia de unos estándares que marquen una normativa clara respecto al equipamiento, recursos humanos, formación, hace que existan distintos tipos de modelos organizativos de los SUH.



Por todo esto en los últimos años se está intentando transformar la organización de los distintos servicios de Urgencias con el fin de dotar de una asistencia urgente más eficiente y efectiva.

En este punto vamos a señalar de una forma muy resumida las características más importantes que debe de tener un SUH.

3.2. ORGANIZACIÓN DE LOS SUH.

Los servicios de Urgencias Hospitalarios deben proporcionar una asistencia multidisciplinar. Tienen que cumplir una serie de requisitos funcionales, estructurales y organizativos con el fin de garantizar la atención urgente y emergente cumpliendo siempre unas condiciones de calidad, eficiencia y seguridad adecuadas.

El SUH está organizado en concordancia con el tipo de atención médica que se va a ofrecer al paciente, y comprende:

- **Clasificación.** El triaje es la primera actividad de gestión clínica que se realiza en los SUH, clasificando a los pacientes con el fin de priorizar la asistencia sanitaria y asignar el recurso asistencial adecuado a los pacientes que acuden a los SUH.
- **Atención a la urgencia vital ó RCP** (emergencia, politraumatizado, parada cardiorrespiratoria).
- **Atención a la patología urgente** clínicamente objetivable.
- **Atención a la patología menos urgente y no urgente** con respuesta adaptada a la solicitud.
- **La observación clínica.** El funcionamiento de la observación es equiparable a una unidad de hospitalización donde se podrá realizar tratamiento y valoración de la evolución. Desde esta unidad se procederá al ingreso, derivación o alta hospitalaria.

En cuanto al personal, se organiza de la siguiente forma:



- **Responsable.** Es el médico, que ejerce la máxima autoridad sobre todo el personal, incluyendo facultativos pertenecientes a otros GFH, cuando realicen actividad en el SUH.

Debe organizar al conjunto de profesionales sanitarios pertenecientes al servicio, con una asignación de recursos adaptada a la demanda.

- **Responsable de enfermería.** Le corresponde la organización del personal de enfermería asignado al servicio, además de organizar y garantizar la operativa diaria en cuanto a cuidados de enfermería.

Colabora con la gestión de pacientes para hacer más efectivo el circuito de ingresos, altas o traslados. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010)

3.3. ESTRUCTURA DE LOS SUH.

El SUH debe de estar diferenciado del resto de niveles asistenciales del hospital, tales como hospitalización y consulta externa, y señalado de forma adecuada.

Los SUH deben de disponer de accesos para vehículos y peatones adecuados, recepción, admisión y clasificación de los pacientes que precisan atención urgente, salas de espera para familiares, consultas y boxes de exploración, salas especiales (aislamiento, yesos, psiquiatría, curas...), área de observación (camas y sillones), salas auxiliares (almacén de material, despachos, salas de descanso, habitaciones de guardia, etc.).

Las características de cada una de las áreas de Urgencias señaladas anteriormente y el equipamiento con el que deben contar están claramente detalladas en los estándares de acreditación de los SUH publicados por el Ministerio de Sanidad.

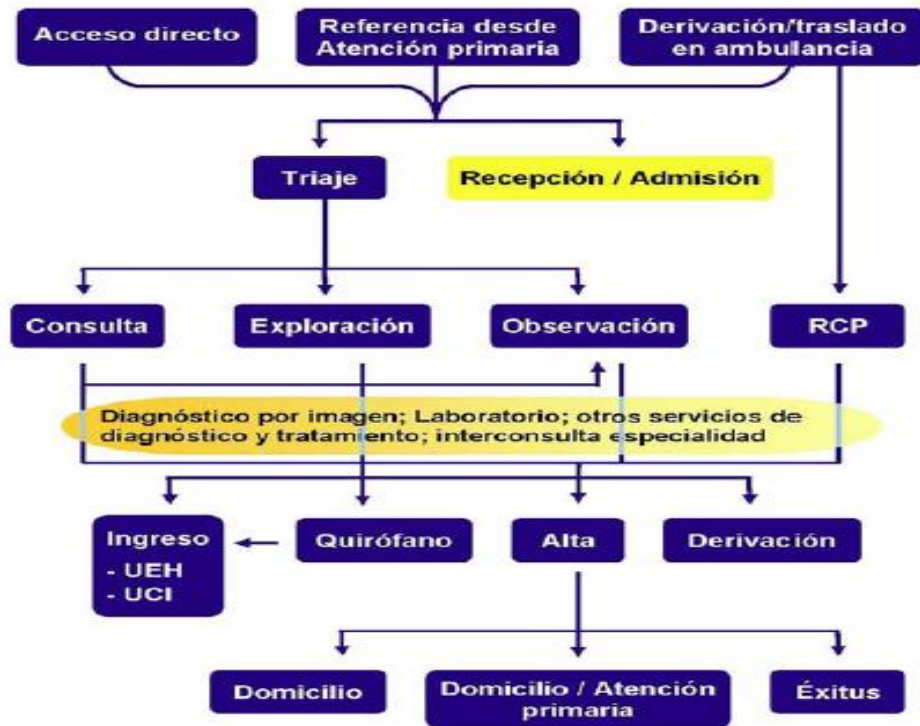


Figura 4. Proceso de atención al paciente en Unidad de Urgencias Hospitalaria. Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, (2010).



4. EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE SANTA LUCÍA EN CARTAGENA.

En los últimos años, debido principalmente al continuo aumento de la demanda, la saturación de los SUH y a la búsqueda de diferentes métodos alternativos a la hospitalización convencional han surgido diferentes formas de organización con el fin de lograr una asistencia de mayor calidad, quedando organizado el SUH objeto del presente estudio en las siguientes Áreas y Unidades:

- 1. EL ÁREA DE RECEPCIÓN, ADMISIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES.**
- 2. EL ÁREA DE CRÍTICOS O RCP.**
- 3. EL ÁREA DE CONSULTAS.**
- 4. EL ÁREA DE OBSERVACIÓN.**
- 5. LA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO (UDT).**
- 6. LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE).**

¿Cómo se inicia el proceso de atención al paciente?

4.1. EL ÁREA DE RECEPCIÓN, ADMISIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES.

En esta Área se atiende a los pacientes y a sus acompañantes durante el proceso de acogida y registro, y se procede a la clasificación de los pacientes atendiendo a su gravedad. Así mismo posee una sala de espera que facilita la permanencia de pacientes y acompañantes en las mejores condiciones posibles de comodidad antes y/o después de ser clasificados.

- **Recepción.** La realiza el celador que, además de la identificación del medio necesario para el traslado del paciente (carro, camilla o ninguno especial), debe ocuparse de la información preliminar al paciente y sus acompañantes y del propio traslado, si procede, del enfermo.
- **Admisión.** Corre a cargo del personal administrativo. Su función principal es el registro informatizado de todo usuario que solicite atención sanitaria mediante



la toma de datos de filiación del paciente, apertura de historia clínica o realización de los certificados de estancia en el Servicio de Urgencias.

- **Clasificación (Triage).** Habitualmente es el personal de enfermería el responsable de realizar el triaje con o sin la colaboración del médico, aunque siempre debe de realizarlo personal entrenado con una experiencia laboral en un Servicio de Urgencia superior a un año.

Permite una gestión del riesgo clínico, una valoración de los pacientes en función del grado de urgencia para poder manejar adecuadamente y con seguridad la demanda asistencial.

Debe de ser estructurado y evaluar de forma rápida la gravedad de cada paciente, de una manera reglada, válida y reproducible. No solamente tiene que priorizarse la atención médica sino asignar el lugar y los medios apropiados. Se trata primero a los pacientes más graves.

Es esencial para valorar la calidad de un servicio de Urgencias y debe de ser la puerta de entrada a una asistencia eficaz y eficiente.

Las funciones del triaje deben de ser las siguientes:

- ✓ Identificar a los pacientes con riesgo vital.
- ✓ Priorizar en función del nivel de clasificación.
- ✓ Asegurar la reevaluación de los pacientes en espera.
- ✓ Asignar el área más adecuada a cada paciente.
- ✓ Aportar información acerca del proceso asistencial.
- ✓ Ayudar a corregir las situaciones de saturación del servicio de Urgencias y disminuirla congestión de las áreas de tratamiento.
- ✓ Suministrar información para mejorar el funcionamiento del SUH con el objetivo de optimizarlos recursos y lograr una gestión de calidad.
(Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010)



Los actuales sistemas de triaje estructurado que más se utilizan están basados en escalas de 5 niveles.

Ejemplo del protocolo de triaje a realizar en caso de que el paciente presente un esguince de tobillo de grado II:

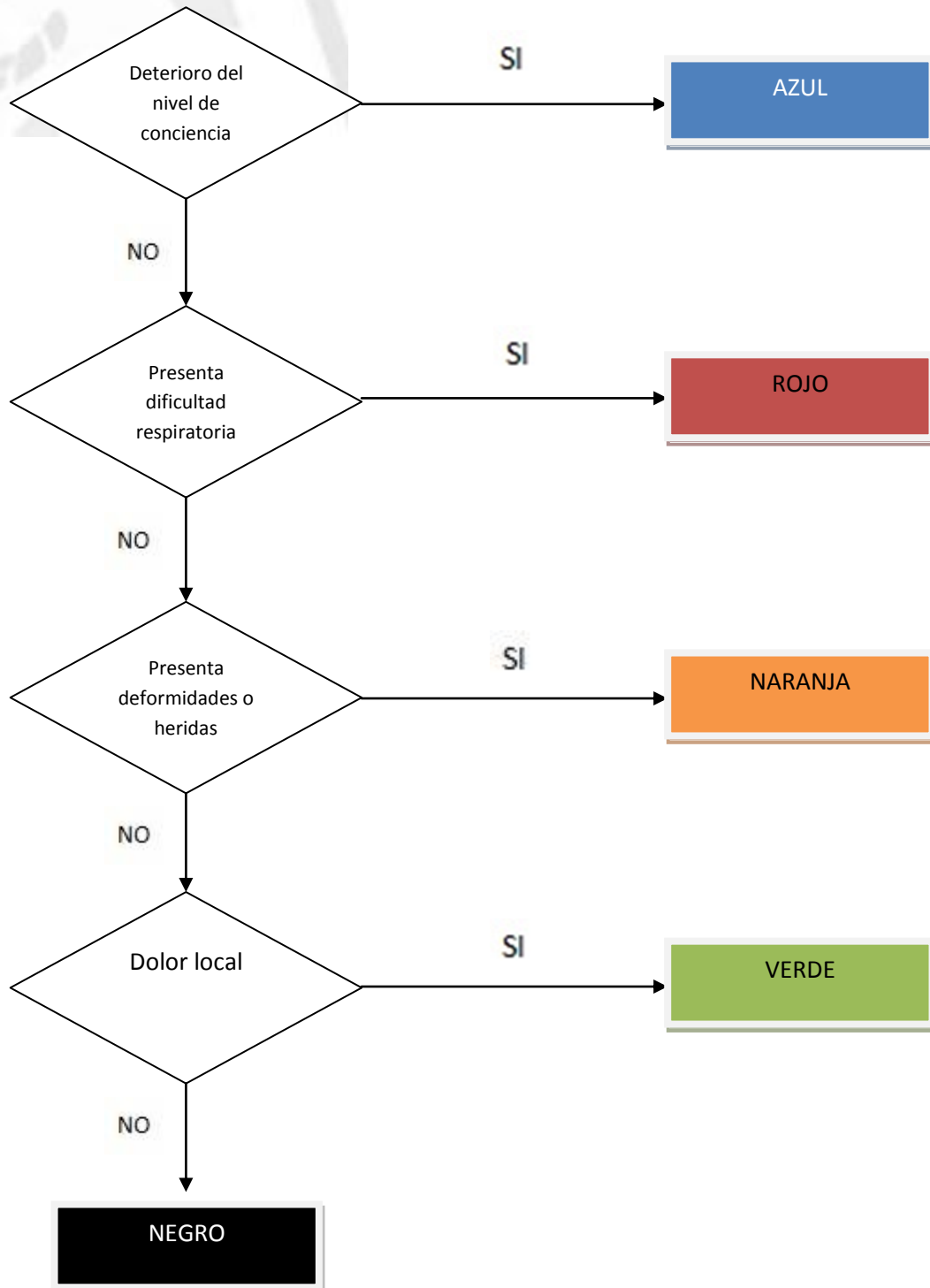


Figura 5. Ejemplo de protocolo de triaje. Fuente: Elaboración propia.



| Nivel | Color | Categoría | Tiempo de Atención |
|-------|---------|---------------|--|
| I | Azul | Reanimación | Inmediato |
| II | Rojo | Emergencia | Inmediato enfermería/Médicos 7 minutos |
| III | Naranja | Urgente | 30 minutos |
| IV | Verde | Menos urgente | 45 minutos |
| V | Negro | No urgente | 60 minutos |

Figura 6. Sistema español de triaje. Fuente: Universidad Internacional de Andalucía, (2013)

¿Qué ocurre con el paciente después de ser clasificado en el área de triaje?

De acuerdo al grupo clasificatorio dentro del que se encuentre el paciente, se le ubicará en una de las siguientes unidades funcionales:

- El Área de Críticos: en cuyo caso, lo acompañará y activará Circuito de Emergencias. Se exceptúa el caso de que la gravedad del paciente sea tan extrema o evidente que deba realizarse la primera actividad asistencial en el Área de críticos sin ser clasificado en triaje.
- El Área de Consultas.
- La Sala de Espera de Pacientes.

¿Cómo es el proceso asistencial que recibe el paciente en las distintas Áreas después de ser clasificado en la unidad de triaje?

4.2. EL ÁREA DE CRÍTICOS O RCP.

La asistencia al paciente se presta por parte del Facultativo de Urgencias, y personal de Enfermería y Auxiliar de Enfermería, y dependiendo del caso clínico el facultativo responsable del proceso solicitará la ayuda de otro médico del propio Servicio o de aquellas Especialidades que estime oportunas y necesarias. Este personal realizará su actividad durante la jornada laboral indistintamente en esta área y el Área de Observación.



Su función es la recuperación de pacientes críticos con parada cardiorrespiratoria, politraumatismos o afecciones graves cuya situación vital no permita demora en la asistencia (nivel 1 según el sistema de triaje).

Los pacientes que se deben atender en el Área de Críticos, son:

1. – Parada Cardiorespiratoria actual o inminente.
- 2.- Emergencias que precisen medidas de soporte vital avanzado de forma no demorable o la continuación de medidas ya iniciadas por Equipo de Emergencias (112).
- 3.- Pacientes politraumatizados, heridos graves y aquellos otros con lesiones que necesiten una valoración clínica con alta probabilidad de aplicación inmediata de tratamiento intensivo.

En caso de duda es preferible indicar la ubicación del paciente en esta área antes de pasarlo a otra área y luego, si es oportuno, proceder a su traslado.

Cuando el paciente se encuentre estabilizado será trasladado al Área de Observación o a otro servicio.

4.3. EL ÁREA DE CONSULTAS.

Atención a la patología urgente clínicamente objetivable y a la patología menos urgente y no urgente con respuesta adaptada a la solicitud, que conforme al resultado del triaje precisa una atención de niveles 3, 4 y 5. Dentro de esta área se incluyen:

- **Box de Consulta.** El médico realiza la historia clínica de urgencias, toma constantes vitales, realiza la exploración física, solicita la realización de pruebas complementarias como estudio radiológico y determinaciones analíticas, consulta a especialistas de otros Servicios (GFH). Se trata por tanto del Área donde se presta la atención facultativa inicial a la mayoría de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Dependiendo de la valoración clínica que realice el facultativo, podrá:



- ✓ Trasladar al paciente a cualquiera de las otras áreas funcionales del SUH en la que estime conveniente que continúe su tratamiento asistencial.
- ✓ Ingreso en otro Servicio Clínico del mismo Centro Hospitalario (Grupo Funcional Homogéneo Asistencial).
- ✓ Derivar al paciente a su facultativo de Atención Primaria o Consultas Externas (Régimen ambulatorio).
- ✓ Derivar al paciente a otro Centro Hospitalario.
- ✓ Declarar el alta del paciente por mejoría o curación.

En todo caso cuando el paciente abandona el Servicio de Urgencias en cualquiera de los casos anteriormente expuestos se considerará que es dado de alta de este servicio.

A los efectos de cálculo de costes se considerará el Servicio de Urgencias como:

- Servicio final en los casos de alta por mejoría o curación y cuando se derive al paciente a otro centro hospitalario.

- Servicio intermedio cuando el proceso clínico del paciente continúe en otros GFH del mismo complejo hospitalario.

- Servicio mixto cuando el paciente ingrese en el Servicio de Urgencias realizando una labor de apoyo a otros GFH, como por ejemplo cuando una persona de edad avanzada sufre un episodio agudo (desmayo) en la consulta de otro GFH, y el médico solicita el apoyo del Servicio de Urgencias.

- **Salas especiales.** Son aquellas consultas en las que el paciente requiere ser explorado por aquellos Especialistas que para la realización de la asistencia requieren la dotación de equipamiento específico, son: Box de Oftalmología, Box de Ginecología y Box de Otorrinolaringología.

- **Box de traumatología.** Se derivan por parte del Facultativo de Urgencias a esta consulta, para la asistencia por parte del Facultativo Especialista en Traumatología, a aquellos pacientes que por el grado de lesión así lo requieran. Forma un conjunto



funcional con la sala de yesos, existiendo comunicación entre ambos espacios.

- **Sala de yesos.** Su función es la asistencia a pacientes traumatizados que requieren inmobilizaciones. Se realiza por parte del Facultativo de Traumatología, y personal de Enfermería y Auxiliar de Enfermería.
- **Box de tratamiento quirúrgico.** El Facultativo de Urgencias realiza técnicas de cirugía menor cuando debido a la gravedad de las heridas del paciente no sea aconsejable asistirlo en la sala de curas, o bien, cuando sea necesario la realización de técnicas especiales de cirugía con carácter urgente cuando se trate de pacientes graves, previas a su derivación al Servicio de Cirugía.
- **Sala de curas de enfermería.** Su función es la realización de curas y suturas al paciente por personal de Enfermería y Auxiliar de Enfermería. Dotado para la realización de pequeña cirugía, tanto limpia como sucia. Si las técnicas a realizar son más complejas se deben hacer en el Box de Tratamiento Quirúrgico.

Facultativo introducirá en el programa informático todos los datos sobre el diagnóstico del paciente, así como del tratamiento prescrito, para que figuren en su historia clínica, que se abrió en admisión cuando el personal administrativo procedió a la toma de datos de filiación del paciente.

4.4. EL ÁREA DE OBSERVACIÓN.

El Facultativo de Urgencias que asistió al paciente, ya sea en Área de Críticos o Consultas, realiza el ingreso del paciente, en el Área de Observación, quedando este a cargo del Facultativo de Urgencias responsable del Área de Observación. Los pacientes son atendidos por personal del Servicio de Urgencias, Facultativo, Enfermería y Auxiliar de Enfermería.

Su funcionamiento es equiparable a una Unidad de Hospitalización donde se podrá realizar tratamiento y valoración de la evolución del paciente.



Este Área permite al personal Facultativo dilatar la toma de decisiones y muchas veces evitar altas o ingresos inadecuados, dado que permite valorar la evolución de los pacientes o la respuesta al tratamiento.

Desde esta Área se procederá al ingreso, derivación a otro Área o GFH, o alta hospitalaria.

Se divide en Zona de observación de camas y Zona de observación de sillones.

- **Zona de observación de camas.** Es un área asistencial de alto coste y con dotación de camas siempre escasa para la demanda existente. Por ello, su uso debe ser muy restrictivo, quedando limitado a un periodo no superior a 24 horas, para pacientes que cumplan los criterios de ingreso.

Es una zona para vigilancia, monitorización y tratamiento médico de procesos agudos y crónicos reagudizados que, por su complejidad diagnóstica y terapéutica, precisan un nivel asistencial por encima del de otras Áreas de Urgencias.

El Área de Observación-Camas tiene como objetivos:

- ✓ Estabilización de pacientes agudos y crónicos inestables.
- ✓ Manejo de pacientes que requieren vigilancia médica o/y de enfermería periódicas.
- ✓ Valoración de la evolución clínica de los pacientes, en ocasiones con responsabilidad compartida con otros médicos de guardia.

- **Zona de observación de sillones.** Es un área destinada a la atención de pacientes que no requieren uso de una cama y que presentan procesos que precisan vigilancia de la evolución clínica, por un período no superior a las 12 horas, mientras no se decida el destino del paciente.

Podrá recurrirse al uso de esta zona para la espera de pacientes con ingreso cursado en planta desde el Área de Consultas mientras la cama no se encuentre disponible, así como para la estancia de pacientes dados de alta del Área de Observación Camas.



Los pacientes que preferentemente deben ser manejados en esta área son:

- ✓ Pacientes con baja gravedad y estabilidad de funciones vitales.
- ✓ Pacientes que requieren administración de fármacos por vía intravenosa y aporte de volumen.
- ✓ Pacientes que requieren oxigenoterapia y administración de broncodilatadores inhalados en aerosol.

Con el mismo procedimiento que en el Área de Consultas, el Facultativo introducirá en el programa informático todos los datos sobre el diagnóstico del paciente, así como del tratamiento prescrito, para que figuren en su historia clínica, que se abrió en admisión cuando el personal administrativo procedió a la toma de datos de filiación del paciente.

Existe una sala de espera entre el Área de Consultas y el Área de Observación, donde el personal de enfermería ejercerá su actividad sobre el paciente en cuanto a la atención e información a familiares, el control de constantes y síntomas del paciente, así como del control del tratamiento prescrito.

4.5. LA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO (UDT).

Se trata de una unidad que estructuralmente se encuentra integrada en el Área de Observación, cuyo objetivo principal es identificar de forma precoz aquellos pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo, por lo que su diagnóstico precoz disminuirá la morbimortalidad y la realización de altas inapropiadas.

La actividad asistencial se realizará a los pacientes según el protocolo establecido por el Servicio de Urgencias y los servicios relacionados.

Es una unidad funcional puesto que el paciente es asistido por el personal asistencial del Área de Observación del Servicio de Urgencias, y por Facultativos de los Servicios de Cardiología y Medicina Intensiva, cuando sean requeridos.



4.6. LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE).

Es un Área funcionalmente dependiente, desde el punto de vista organizativo, del Servicio de Urgencias, y estructuralmente diferenciada de éste, siendo prestada la asistencia por un Facultativo perteneciente al Servicio de Urgencias. El personal de Enfermería y Auxiliar de Enfermería que prestan su servicio en esta unidad no se encuentra adscrito al Servicio de Urgencias.

Estructuralmente es una Unidad de Hospitalización cuyo funcionamiento depende de la demanda asistencial, que cuando es muy elevada y se produce la saturación de las Unidades Convencionales de Hospitalización, se pone en funcionamiento, procediéndose al ingreso de pacientes con criterios determinados por protocolos, con una duración no superior a 72 horas, tras el cual, según la evolución clínica los pacientes causarán alta o pasarán a Unidad de Hospitalización Convencional (planta de hospitalización).

Se debe tener en cuenta que durante el proceso de atención al paciente, en cualquiera de las Áreas descritas, exceptuando en el Área de Recepción, Admisión y Clasificación de pacientes, se pueden realizar peticiones de pruebas analíticas, pruebas de radiodiagnóstico o administrar tratamiento farmacológico, entre otros,... (Consumo de recursos de otros GFH del Hospital, concretamente de servicios intermedios).

4.7. LOS RECURSOS HUMANOS.

4.7.1 REGISTRO DE PERSONAL SANITARIO.

En los centros en donde exista Servicio de Urgencias deberá haber un registro actualizado de los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su vinculación jurídica y la modalidad y lugar de prestación de la asistencia. El registro incluirá los datos siguientes: número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo, y, además, cuantos otros sean preceptivos de acuerdo con los principios generales establecidos por el Consejo Interterritorial del SNS en desarrollo de lo previsto en la legislación de ordenación de profesiones sanitarias.



Constará en el registro de profesionales sanitarios la adscripción de cada profesional a la unidad funcional en que preste servicio.

4.7.2 TITULACIÓN Y FUNCIONES.

El personal necesario en el Servicio de Urgencias responde a las siguientes titulaciones:

-Responsable de la unidad. Para ser responsable de la unidad se requiere una experiencia de al menos cinco años en Medicina de Urgencias y Emergencias. Sus funciones han sido descritas con anterioridad. Deberá existir un responsable las 24 horas del día, por lo que en todo momento se deberá conocer públicamente quién es el responsable y la persona en que, en su caso, se delega, debiéndose recoger este aspecto en las normas de funcionamiento de la unidad.

-Médicos. Los facultativos son tanto los médicos de plantilla de la propia unidad como los especialistas que están de guardia de presencia física o localizada y que acuden al Servicio de urgencias cuando se les requiere. El listado diario de médicos de guardia tanto de presencia física como localizada, con la forma de contacto debe estar inmediatamente accesible y actualizado.

-Responsable de Enfermería. Sus funciones fueron descritas en el apartado de Organización de los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

-Enfermeros. La función de los enfermeros de emergencia es evaluar, dar prioridad a la atención de los pacientes y proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, y sus funciones asistenciales que desarrollan, son:

-Identificar problemas y necesidades actuales del paciente y la familia.

-Realizar diagnósticos de enfermería y planificación de cuidados según objetivos y prioridades.

-Aplicar adecuadamente las técnicas y procedimientos de las intervenciones propias de enfermería.

-Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente.

-Administración de los tratamientos prescritos.



-Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

-Observación, registro y comunicación al resto del equipo sobre los cambios en el estado del paciente.

-Brindar soporte a la familia en el período de duelo. En el supuesto de que la clasificación de pacientes sea responsabilidad de enfermería, debe haber, como mínimo, una enfermera con experiencia por turno, destinada específicamente a este fin.

-Auxiliar de Enfermería: Las tareas de las Auxiliares de Enfermería son las derivadas de las necesidades de los pacientes en función de la planificación de cuidados y por delegación de enfermería.

-Celador / personal de transporte interno y gestión auxiliar. Sus principales atribuciones son la recepción de los pacientes y sus familiares, así la elección del medio más adecuado para su traslado.

-Personal auxiliar administrativo. Su principal función es la toma de datos de filiación del paciente para la apertura del episodio de urgencias en la base de datos informática.

4.7.3 IDENTIFICACIÓN Y DIFERENCIACIÓN DEL PERSONAL

El personal del Servicio de Urgencias, tanto sanitario como no sanitario, está diferenciado por categorías profesionales mediante un ribete bajo el cual figura el nombre y apellidos, de diferente color para cada categoría profesional, en el bolsillo existente en la zona del pecho de la bata que portan durante el desempeño de su jornada laboral, quedando diferenciados de la siguiente forma:

- **Medico:** color amarillo.

- **Enfermero:** color azul.

- **Auxiliar de enfermería:** color verde.

- **Celador:** color gris.



- **Administrativo:** color marrón.

El profesional sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse cuando así sea requerido por el paciente o usuario, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función, siempre que ésta no sea correctamente percibida por el paciente. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010)

4.8. EQUIPAMIENTO MÉDICO DE CONSIDERACIÓN.

4.8.1 ÁREA DE RECEPCIÓN, ADMISIÓN Y CLASIFICACIÓN.

- **Recepción.**

Sillas de transporte de enfermos.

Camillas de transporte.

- **Admisión.**

Puestos de trabajo/ordenadores.

Impresora láser.

Teléfono.

Fax.

- **Clasificación (triaje).**

Camilla de exploración.

Impresora láser.

Puestos de trabajo/ordenadores.

Esfingomanómetro digital portátil.

Teléfono.

Biombo.

4.8.2. ÁREA DE CRÍTICOS Ó RCP.



Vacuómetro.

Caudalímetro.

Carro de parada con electrocardiógrafo de alta resolución.

Balón de resucitación.

Respirador de transporte.

Monitor de transporte.

Camilla de transporte.

Pulsioxímetro.

Desfibrilador con palas de adulto e infantil.

Marcapasos externo.

Resucitador con ventilación mecánica.

Respirador de ventilación no invasiva.

Monitor de respiración, temperatura, ECG, frecuencia cardíaca y presión no invasiva e invasiva.

Gasómetro.

Laringoscopio.

Otoscopio-oftalmoscopio.

Diverso instrumental.

Teléfono.

4.8.3. ÁREA DE CONSULTAS.

- Box de Consultas.

Camilla exploración.



Balanza de pie para adultos con tallímetro.

Carro auxiliar.

Esfigmomanómetro digital portátil.

Fonendoscopio.

Vacuómetro.

Caudalímetro.

Pulsioxímetro.

Otoscopio-oftalmoscopio.

Monitor multiparamétrico.

Diverso instrumental.

Estaciones de trabajo / ordenadores.

Impresora láser.

Teléfono.

- **Salas Especiales.**

- **Box de traumatología.**

- Camilla de exploración.

- Diverso instrumental de traumatología.

- Caudalímetro.

- Vacuómetro.

- Estaciones de trabajo / ordenadores.

- Impresora láser.

- Teléfono.



➤ **Sala de yesos.**

Camilla fija preparada para la tracción y reducción de fracturas.

Vacuómetro.

Caudalímetro.

Sierra de yesos con aspirador.

Sierra de yesos.

Arco radiológico.

Instrumental para inmovilizaciones.

Multibox de material.

Estaciones de trabajo / ordenadores.

Teléfono.

➤ **Box de tratamiento quirúrgico.**

Vacuómetro.

Caudalímetro.

Teléfono.

Camilla quirúrgica.

Lámpara quirúrgica.

Cubeta residuos.

Mesa de material quirúrgico.

Bisturí eléctrico.

Cajas de instrumental quirúrgico diverso.

Esterilizador.



Material fungible diverso.

➤ **Sala de curas de enfermería.**

Material fungible diverso.

Lámpara de exploración con luz fría y ruedas.

Multibox material.

Esfigmomanómetro digital portátil.

Camilla exploración.

Electrocardiógrafo.

Pulsioxímetro.

Instrumental de curas.

Vacuómetro.

Caudalímetro.

Aspirador.

Carro de curas.

Estaciones de trabajo / ordenadores.

Impresora láser.

Teléfono.

4.8.4. ÁREA DE OBSERVACIÓN.

Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT.

Cama eléctrica con accesorios.

Sillones de tratamiento reclinables hasta la posición Trendelemburg.

Mesa cigüeña para comer.



Vacuómetro.

Caudalímetro.

Camilla de transporte.

Bomba perfusión.

Biombos.

Monitor multiparamétrico.

Otoscopio-oftalmoscopio.

Respirador de transporte.

Respirador de ventilación no invasiva.

Balón de resucitación autoinflable.

Electrocardiógrafo de alta resolución.

Laringoscopio.

Carro de parada.

Teléfono.

Estaciones de trabajo / ordenadores.

Impresora láser.



5. LA OBTENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES.

La finalidad sería la obtención de información útil para la gestión de los Centros Hospitalarios, para lo cual nos basaríamos en los Principios y Conocimientos de la Contabilidad de Gestión para tratar los datos económicos relevantes.

5.1. CONCEPTO Y OBJETIVOS DE LA CONTABILIDAD DE GESTIÓN.

La contabilidad de gestión es una parte del sistema de información económico de la empresa, que es la contabilidad. Según (AECA, 1992) “es una rama de la contabilidad que tiene por objeto la captación, medición y valoración de la circulación interna, así como su racionalización y control, con el fin de suministrar a la organización la información relevante para la toma de decisiones”.

¿Para qué es necesario el cálculo de los costes?

- Tomar decisiones: Para poder tomar infinidad de decisiones en la empresa como establecer precios de venta, decidir sobre cantidad a producir, subcontratar alguna etapa del proceso productivo, etc., resultará de utilidad disponer de información sobre costes. Por ejemplo, para tomar decisiones a corto plazo, la contribución del producto o margen de contribución es una medida relevante, pues si un producto ofrece una contribución positiva (el precio de venta es mayor que sus costes variables) este debe ser mantenido, si bien, para analizar la viabilidad económica a largo plazo puede no resultar válido este criterio que deberá completarse con el estudio de los costes fijos.
- Planificar y controlar: Para poder hacer presupuestos, es decir, concretar la planificación con cantidades concretas y su valoración económica, para poder llevar a cabo tareas de control de la actividad que la empresa está desarrollando, es decir, para detectar problemas y solventarlos cuanto antes, también resultará de utilidad disponer de este tipo de datos. La función de planificación requiere información externa a la empresa e interna. La función de control necesita fundamentalmente información interna de la empresa,



tanto cuantitativa como cualitativa (la contabilidad de costes es denominada también contabilidad interna).

En resumen, datos de costes pueden ser útiles para generar y transmitir información a los agentes internos de las organizaciones y, por tanto, para facilitar y apoyar la toma de decisiones. Además, se caracteriza por tener una mayor libertad metodológica que la contabilidad financiera ya que se dedica a satisfacer las necesidades de los usuarios internos (Malles Fernández, 2009).

En primer lugar es necesario establecer que una de las finalidades más importantes en el ámbito de la gestión sanitaria es proporcionar sistemas de información para la toma de decisiones, teniendo en cuenta que los dos factores que intervienen en la actividad sanitaria son (AECA, 1997):

- La actividad asistencial en función de la actuación médica.
- La asignación de recursos.

“Medir los costes de cada una de las unidades o servicios en que se divide un centro de asistencia sanitaria permitirá adicionalmente determinar el coste de cada una de las actividades del servicio y también determinar el consumo de recursos de cada proceso asistencial mediante la utilización de un sistema de clasificación” (AECA, 1997).

Teniendo en cuenta que “un proceso se puede definir como un conjunto de actividades relacionadas que se lleva a cabo en un negocio u organización, con el objetivo de obtener un determinado resultado. Estas actividades deben crear valor para el cliente del negocio u organización” (AECA, 2013).

El cálculo de costes es un aspecto complejo en todos los sectores, pero es más complejo en el las entidades públicas y sobre todo en la gestión de los centros sanitarios, puesto que tienen el carácter de empresas de servicios y además no disponen de información tan completa y detallada como en las empresas privadas.

Se pueden destacar ciertos objetivos específicos del cálculo de costes para las instituciones del sector público y de los centros sanitarios:



- Conocer los costes de los diferentes centros de actividad, y de los originados en su estructura interna (AECA, 1997).
- Conocer el coste unitario de cada una de las actividades asistenciales, tanto de las estructurales como de las intermedias o finales (AECA, 1997).
- Obtener el coste por proceso, acumulando los costes de las actividades consumidas por cada paciente (AECA, 1997).
- Evaluar la gestión de cada centro de actividad.
- Calcular las tasas y precios públicos de acuerdo con la Ley, y fundamentar su importe en el nivel de costes de la entidad pública (AECA, 1997).
- Asegurar un adecuado aprovechamiento de los recursos sanitarios. La información sobre costes permite analizar en qué medida se cumplen los objetivos previstos con el óptimo empleo de los recursos disponibles, es decir, en qué medida los organismos sanitarios desempeñan sus actividades de forma eficiente (AECA, 1997).
- Obtener información útil para la toma de decisiones en el ámbito de gestión de los recursos públicos sobre la producción de bienes o la prestación de los servicios (AECA, 1997).
- Perfeccionar la determinación de los presupuestos en el sector público y en la evaluación de las políticas llevadas a cabo. El conocimiento de los costes sirve como unidad de medida para evaluar las previsiones presupuestarias de forma responsable y cuantificar los costes incurridos en el cumplimiento de los objetivos definidos (IGAE, 1994a; Luengo Mulet y Senés García, 2002).
- Permitir a los agentes que deben tomar las decisiones evaluar la eficacia y la eficiencia mediante la comparación del coste en que se incurre por similares servicios prestados en diferentes unidades públicas o en comparación con empresas del sector privado. (Benchmarking).
- Profesionalizar la gestión pública y mejorar control del déficit público.

5.2. SISTEMAS DE CÁLCULO DE COSTES.

Entre la diversidad de sistemas que pueden aplicarse para el cálculo de los costes del Servicio de Urgencias, a continuación se definen brevemente los más representativos:



- **Sistemas de Costes Parciales:** Para la valoración del producto o servicio únicamente consideran una parte de los costes de la empresa:
 - Método de los Costes Directos: Se afectan los costes directos sin incluir en el coste final los costes indirectos.
 - Método de los Costes Variables: Se tienen en cuenta los costes variables sin incluir los costes fijos, al considerar que estos últimos se producen con independencia del volumen de producción.
- **Sistemas de Coste Completo:** Llevan al coste final todas las cargas del periodo, realizando un análisis de las mismas en directas e indirectas.
 - Método de Coste Completo: Es un sistema de acumulación de costes en el que para la valoración del producto o servicio se deben incorporar todos los costes de producción en los que incurre la empresa.
 - Método del ABC: Es un refinamiento del método de Coste Completo anterior, que considera que los productos o servicios no consumen costes, sino que consumen actividades. Identifica las actividades y a continuación determina las actividades consumidas por los productos o servicios.
- **Sistema de Coste Estándar:** Es un sistema en el que determina el coste a partir del análisis técnico-económico de la empresa y posteriormente se compara con los costes reales para detectar las ineficiencias en la gestión.

Estos procedimientos se pueden aplicar con información obtenida ex-post o ex-ante. En el último de los casos estaríamos hablando de modelos previsionales, entre los que destacaríamos el sistema de Coste Estándar.

Entre las ventajas e inconvenientes que tienen estos procedimientos, podemos destacar:

- Método de los Costes Directos:
 - Ventajas: Aporta información útil relacionada con los costes directos y variables, que es óptima para establecer la relación coste-volumen-utilidad. Fiabilidad para la elaboración de presupuestos basados en costes fijos y variables.



- Inconvenientes: La separación de costes fijos y variables no es exacta, y en el estado de resultados no se refleja la pérdida por la capacidad de fabricación infrautilizada.
- Método de los Costes Variables:
 - Ventajas: Su aplicación es simple puesto que no hace falta acudir a repartos basados en criterios arbitrarios para los costes indirectos fijos.
 - Inconvenientes: Principalmente la dificultad del análisis de las cargas en función de su variabilidad.
- Método de Coste Completo:
 - Ventajas: Proporciona una mayor calidad de la información relativa a los costes indirectos y permite comparar el coste final de un producto con su precio de venta.
 - Inconvenientes: Desde el punto de vista del control de la eficiencia engloba costes que no pueden ser afectados a una categoría de cargas determinada, de acuerdo con el criterio de la naturaleza económica o de la responsabilidad funcional. Desde el punto de vista de su aplicación práctica son necesarias una serie de complejas operaciones que retrasan la obtención de información y que tienen un coste elevado.
- Procedimiento de Costes basado en las Actividades (ABC):
 - Ventajas: énfasis en las actividades que se desarrollan en los diferentes centros de responsabilidad, control y reducción de los costes indirectos mediante la reducción y eliminación de actividades. Precisión en cuanto a la determinación del coste por objetivos de coste.
 - Inconvenientes: Consumo de recursos elevado, dificultad para su implantación y definición de las actividades y sus generadores de coste.
- Sistema de Coste Estándar:
 - Ventajas: Facilitan el procedimiento de planificación y su comparación entre lo programado y lo que se ha logrado. Facilitan la asignación de responsabilidades y el control por centros de actividad.
 - Inconvenientes: Riesgo de que las normas establecidas para el estándar fijado limiten el modelo debido a su rigidez, y la necesidad de efectuar ajustes permanentes.



5.3 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL SISTEMA DE CÁLCULO DE COSTES ACTIVITY BASED COSTING (ABC).

Entre los distintos sistemas de contabilidad de gestión existentes, la elección de un modelo u otro depende del proceso productivo al que se va a aplicar y de los objetivos que se deseen alcanzar con dicho cálculo (AECA, 2001).

Describir la actividad hospitalaria es una tarea complicada, de hecho es posible que tenga la consideración de empresa de servicios, motivo que dificulta su descripción al distar mucho sus procesos productivos de los que identifican una empresa industrial. La dificultad de la identificación del producto final (la asistencia sanitaria realizada al paciente), conlleva limitaciones para poder evaluar a la empresa en términos de resultados. Por lo tanto, la actividad sanitaria se centra en dos aspectos trascendentes:

- La condición o necesidad del paciente, teniendo en cuenta la edad, enfermedad, estado anímico, etc. Que condicionará el tipo de vínculo que se establecerá entre el paciente y el centro sanitario en cuanto al tiempo de estancia necesario, medicación, intervenciones, etc.
- La estructura hospitalaria, que tiene un papel predominantemente el médico, sobre el que recae la responsabilidad de la toma de decisiones sobre el tratamiento más conveniente a aplicar al paciente para llegar al alta hospitalaria como producto final.

Dadas las circunstancias expuestas en cuanto a la estructura, funcionamiento y gestión de los Centros Sanitarios, concretamente del Servicio de Urgencias Hospitalario, entre los sistemas de cálculo de costes existentes, se va a utilizar el sistema conocido a nivel internacional como Activity Based Costing (ABC) para analizar el proceso de coste por paciente del “SUH del Complejo Hospitalario de Santa Lucía”.

Durante los últimos años, el sistema ABC ha demostrado su utilidad en la práctica totalidad de sectores de la economía, y sobre el que se han realizado multitud de



estudios teóricos y del que existen intentos de aplicación en hospitales públicos (Blanco Gómez, 1992) o en el laboratorio de un hospital (Lillian Chan, 1993).

Además se encuentra implantado prácticamente en la totalidad de los Hospitales de USA y en gran parte del Reino Unido, debido a que facilita el cálculo del coste del proceso asistencial del paciente para proceder al cobro de la asistencia sanitaria por parte de las compañías aseguradoras privadas.

5.4 Principales características del Activity Based Costing (ABC).

Analiza las actividades y trata finalmente de calcular su coste junto al sistema de Gestión basada en las Actividades (ABM). Trata de determinar como se llevan a cabo con el fin de optimizar su funcionamiento mediante la eliminación o minimización del coste de las actividades que no añaden valor.

Los costes que pueden ser imputados mediante esta filosofía producen en la mayoría de los casos efectos como los siguientes:

- Los servicios con mayor volumen de actividad ven reducidos los costes que les son asignados, por lo tanto es posible que pasen a ser más rentables en el conjunto de la empresa.
- A los servicios con menor volumen de actividad les sucede lo contrario, aportando un resultado menos positivo al conjunto del centro sanitario (AECA, 1997).

En la metodología ABC la actividad es el elemento central, ya que los costes son acumulados en las distintas actividades que consumen recursos y se aplican al coste final en función del número de actividades necesarias para que el producto o servicio esté completo.

Por lo tanto consta de dos elementos básicos: las actividades y los generadores de coste.

- Una actividad es un conjunto de actuaciones o de tareas que han de tener como objetivo la atribución, al menos a corto plazo, de un valor añadido a un



objeto (producto o servicio), o al menos permitir añadir este valor, de cara al cliente o usuario del mismo. (Castello y Lizcano, 1994).

- La actividad se mide mediante los llamados generadores de coste, que son los factores que crean o influyen en el coste de una actividad, de tal modo que permiten identificar la causa de dicho coste (Brimson, 1991).

En definitiva, consiste en el desarrollo de dos procesos sucesivos de cálculo:

- Asignación de los costes a las actividades que los ocasionan.
- Una vez agrupados los costes en las actividades, estos se asignarán a los outputs mediante la utilización de los “generadores de coste”, también denominados “cost drivers” o “inductores de coste”.

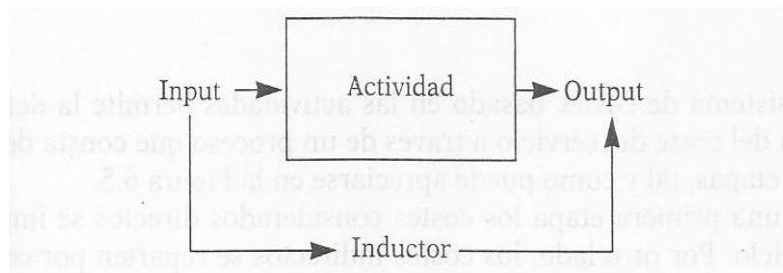


Figura 7. Medición de la actividad a través de los inductores de costes. Fuente: AECA, (1997).

Estas dos fases de cálculo se realizan con posterioridad a la clasificación de los costes en directos e indirectos, puesto que las actividades sólo reciben costes indirectos.

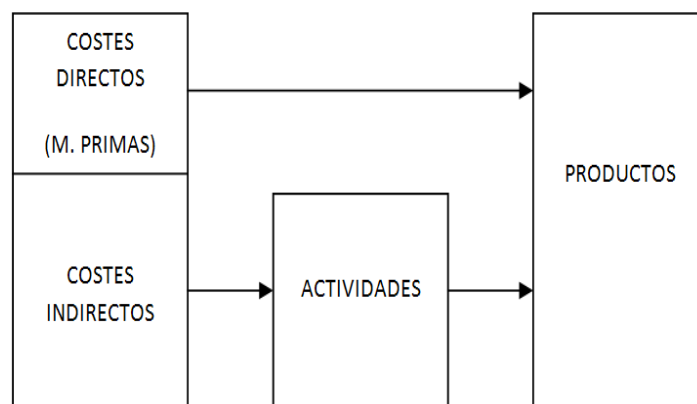


Figura 8. Clasificación de los costes de las actividades en directos e indirectos. Fuente: Elaboración propia.



Los costes directos se imputan a los objetivos de coste y los costes indirectos se reparten por Centros de Responsabilidad, que a su vez se dividen en actividades, que se asignarán al producto final mediante los generadores de coste.

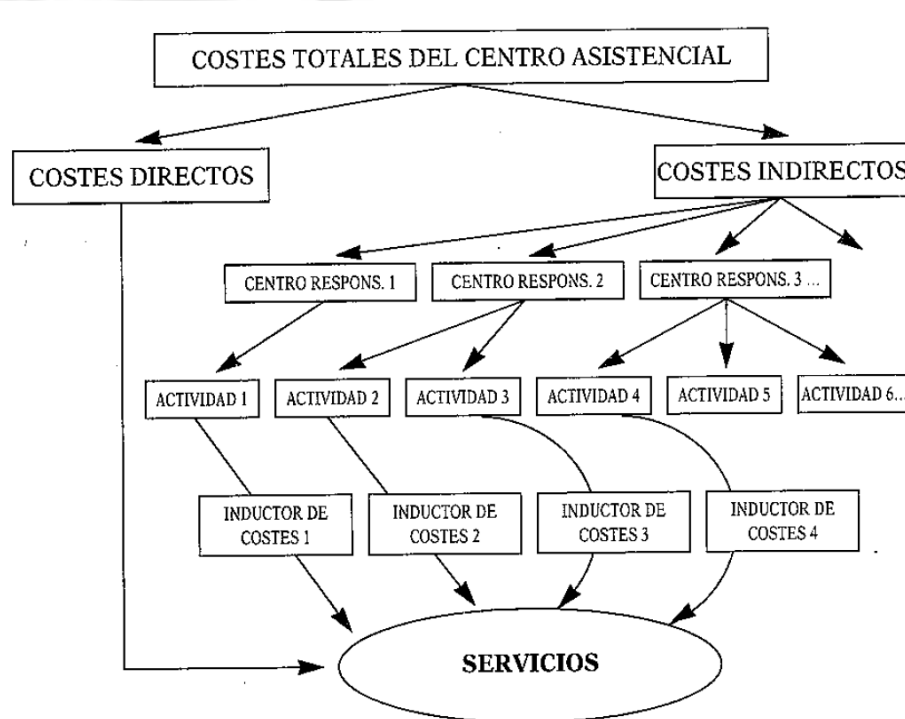


Figura 9. Etapas de imputación de costes a los servicios a través del sistema ABC.

Fuente AECA, (1997).

5.5 PROPUESTA PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA ABC EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SUH) DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE SANTA LUCÍA.

5.5.1 LA IMPLANTACIÓN.

En primer lugar identificaremos los diferentes centros de coste que aglutinan las actividades que consumen los recursos de las diferentes Áreas y Unidades descritas con anterioridad, que componen el Servicio de Urgencias objeto de este estudio.

En segundo lugar procederemos a identificar cada una de las actividades asistenciales así como los generadores de coste, para poder asignar su consumo al objeto de coste, en este caso el proceso clínico de atención al paciente.



En tercer lugar valoraremos el coste de las actividades asistenciales, identificando y midiendo cada clase de coste para poder proceder a su valoración, y al sumar las cantidades obtenidas conoceremos el coste total de cada unidad de actividad.

En cuarto lugar se asignarán los costes de las actividades a los objetivos de coste, es decir, al proceso clínico de atención al paciente o los GRD.

En cuanto a la acumulación de costes no contenidos en las actividades asistenciales calculadas en el proceso clínico de atención al paciente, se deben sumar los costes de estructura, que comprenden fundamentalmente los costes de funcionamiento del SUH (suministros y amortizaciones fundamentalmente).

El procedimiento de cálculo y reparto de los costes de estructura se efectuará según el sistema de gestión de costes que utilice el Centro Hospitalario, puesto que en España no existe una regulación legal que lo unifique.

Por este motivo ciertas Comunidades Autónomas han desarrollado sistemas propios y en otras cada Centro Hospitalario aplica el sistema que estima oportuno.

Los sistemas específicos implantados de forma homogénea en los Centros Hospitalarios de determinadas Comunidades Autónomas son los siguientes:

- Sistema de Control de Gestión del Servicio Andaluz de Salud (COANh).
- Modelo de Contabilidad Analítica del Instituto Catalán de la Salud (SCS).
- Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria (SIE).
- Gestión Analítica del Ministerio de Sanidad y Consumo (SIGNO).
- Modelo de Gestión Clínico-Financiera (GECLIF).
- Modelo de Gestión Económico-Financiera (ALDABIDE).

Este reparto de los costes de estructura no forma parte de la filosofía del sistema ABC, pero debido a la cuantía que suponen para los Centros Hospitalarios y por tanto la alta incidencia que tienen en el coste de los procesos, hace necesaria su asignación para completar el análisis de la rentabilidad.

Así mismo cuando el SUH actúe como GFH Asistencial Intermedio, su coste será repercutido al Servicio que actúe como GFH Asistencial Final.



1. Identificación de los centros de coste.

- *Admisión, recepción y clasificación.*

Corresponde con el Área de admisión, recepción y clasificación de pacientes descrita con anterioridad.

- *Consulta.*

Corresponde con el Área de Consultas.

- *Observación.*

Se consideran incluidas en este centro de coste el Área de Observación, el Área de Críticos (RCP) y las Unidades del Dolor Torácico (UDT).

Las UDT se encuentran incluidas estructuralmente dentro del Área de Observación y su personal es el que desempeña sus funciones en la citada Área, así como Facultativos de Medicina intensiva y Cardiología, cuando sean requeridos.

En el caso del Área de Críticos, aunque se encuentra estructuralmente diferenciada del Área de Observación, el personal que realizará su actividad durante la jornada laboral es el mismo en ambas áreas.

- *Sala de espera.*

Se va a considerar como un Centro de Coste puesto que durante la estancia del paciente y sus familiares en la sala de espera, el personal del Servicio de Urgencias, mayoritariamente personal de enfermería, realiza labores de atención e información a los familiares, control de constantes y síntomas, así como control de tratamiento.

- *Las Unidades de Corta Estancia (UCT)* a efectos del cálculo de costes no se van a considerar dependientes del Servicio de Urgencias, puesto que tal y como se describió con anterioridad, estructuralmente se encuentra diferenciada del Servicio de Urgencias, el personal de Enfermería y Auxiliar de Enfermería que prestan su servicio en esta unidad no se encuentra adscrito al Servicio de Urgencias, y su funcionamiento depende de la demanda asistencial.



En definitiva, es una Unidad de Hospitalización que se pone en funcionamiento cuando se produce la saturación de las Unidades Convencionales de Hospitalización, y según la evolución clínica los pacientes causarán alta del Servicio de Urgencias o pasarán a la Unidad de Hospitalización Convencional (planta de hospitalización), por lo que se establece que a efectos del cálculo de costes estas unidades deberían considerarse incluidas en la Unidad de Hospitalización Convencional.

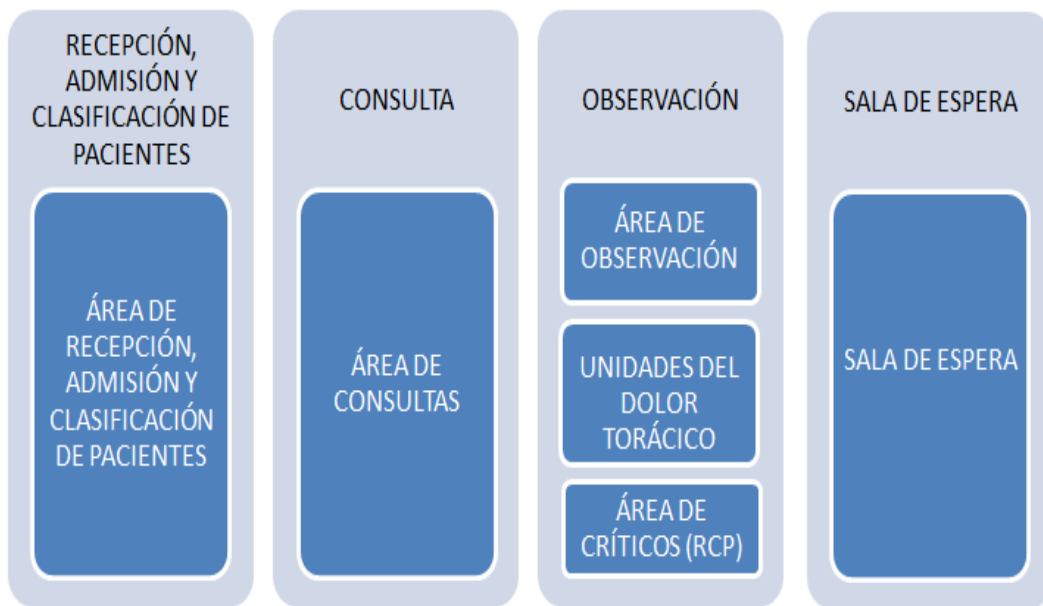


Figura 10. Las Áreas y los Centros de Coste. Fuente: Elaboración propia.



2. Identificación de las actividades y de sus correspondientes generadores de coste:

| ACTIVIDADES | GENERADORES DE COSTE |
|---|--|
| RECEPCIÓN, ADMISIÓN Y CLASIFICACIÓN | |
| Recepción del paciente | Paciente recepcionado |
| Apertura del episodio de urgencias | Filiación realizada e historia clínica abierta |
| Clasificación | Paciente clasificado |
| Traslado del paciente | Paciente trasladado |
| CONSULTA | |
| Realización de la historia clínica de urgencias | Historia clínica realizada |
| Toma de constantes vitales | Constantes anotadas |
| Preparación para la exploración | Preparación realizada |
| Pruebas complementarias | Pruebas realizadas |
| Procedimiento diagnóstico o terapéutico | Procedimiento efectuado |
| Administración de tratamiento | Tratamiento administrado |
| Control hasta la estabilización hemodinámica | Control realizado |
| Consulta al especialista de apoyo | Consulta realizada |
| Diagnóstico | Diagnóstico efectuado |
| Traslado a observación | Paciente trasladado |
| Alta | Alta entregada |
| OBSERVACIÓN | |
| Toma de constantes vitales | Constantes anotadas |
| Pruebas complementarias | Pruebas realizadas |
| Procedimiento diagnóstico o terapéutico | Procedimiento efectuado |
| Administración de tratamiento | Tratamiento administrado |
| Consulta al especialista de apoyo | Consulta realizada |
| Diagnóstico | Diagnóstico efectuado |
| Traslado a planta de hospitalización | Paciente trasladado |
| Alta | Alta entregada |
| SALA DE ESPERA | |
| Atención/Información a familiares | Atención/Información realizada |
| Control de constantes y síntomas | Control realizado |
| Control de tratamiento | Control realizado |

Figura 11. Actividades de los servicios de urgencias hospitalarios y unidades de medida. Fuente: SEMES, (1998).



3. Valoración del coste de las actividades.

¿Cómo valoraremos el coste de las actividades?

Identificaremos las clases de costes que intervienen al realizar las actividades que sean necesarias en cada proceso clínico.

Mediremos cada clase de coste determinando las unidades físicas de cada clase de coste que se requiere para realizar cada actividad.

Valoraremos cada clase de coste mediante la multiplicación del número de unidades consumidas por el valor que le haya sido asignado por la contabilidad del hospital.

Sumaremos todas las cantidades asignadas a cada clase de coste para obtener el coste total de cada unidad de actividad, estableciendo modelos de recogida de información para cada actividad. Por ejemplo, en la actividad de “clasificación” se especificaría si la realiza un médico o un enfermero y durante cuánto tiempo, o en la actividad “pruebas complementarias” se detallarían cada una de las pruebas realizadas y el valor asignado por la contabilidad del hospital.

| <i>Proceso</i> | | <i>Actividad</i> |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Clase de coste | Unidad de medida | Coste de cada clase |
| Personal | Tiempo | Valoración |
| Fungible sanitario | Cantidad | Valoración |
| Farmacia | Cantidad | Valoración |
| Pruebas complementarias | Cantidad | Valoración |
| Alimentación | Cantidad | Valoración |
| Coste total actividad | | Suma Total |

Figura 12. Recogida de información. Fuente: SEMES, (1998).

4. Asignación de los costes de las actividades al objeto de coste.

La finalidad de este proceso de cálculo es conocer el coste del proceso clínico de atención al paciente, por lo que cuando el paciente reciba el alta médica del Servicio de Urgencias, valoradas todas las actividades realizadas, se sumará el coste



de cada una de las unidades de actividad en que se halla incurrido, obteniendo el coste por ABC.

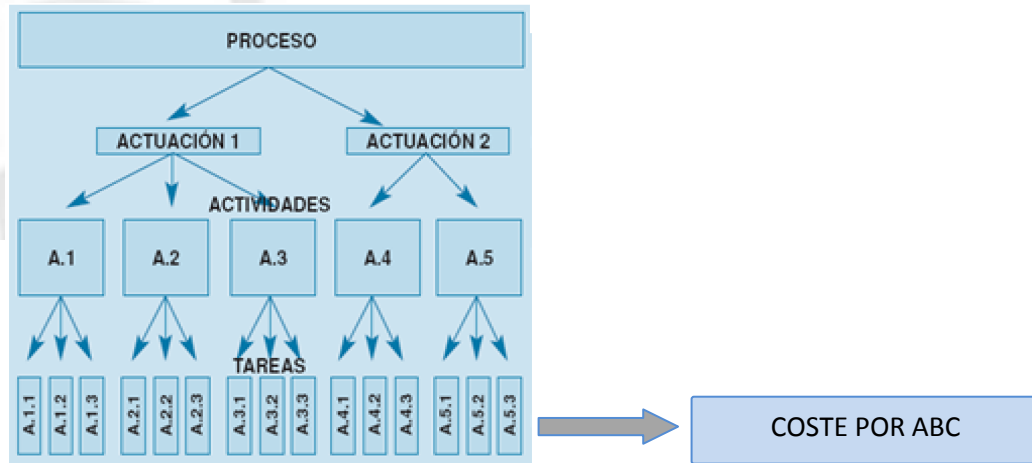


Figura 13. Consumo de Actividades en el proceso del sistema ABC. Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente al Coste por ABC se le sumarán los costes de funcionamiento del SUH.

A partir de este momento del procedimiento se deben considerar dos situaciones diferenciadas, que el SUH actúe como GFH Asistencial Final o Intermedio.

Por lo que cuando **el SUH actúa como un Grupo Funcional Homogéneo Asistencial Final**, este coste se incrementará con la suma de los costes en los que se hubiera incurrido por la prestación de otros servicios por parte de GFH Asistenciales Intermedios, y si lo decidimos, también se sumarán los costes estructurales del Centro Hospitalario.

Cumplíéndose esta situación cuando el paciente reciba el alta del “SUH” por mejoría o curación, o halla sido derivado a otro Centro Hospitalario o a régimen ambulatorio.

En el caso de que el paciente reciba el alta médica del SUH por Ingreso en otro Grupo Funcional Homogéneo Asistencial Intermedio del mismo Centro Hospitalario, se considerará que **el SUH actúa como un Grupo Funcional Homogéneo Asistencial Intermedio**, por lo que el coste del SUH se deberá repercutir junto con los de otros



GFH Asistenciales Intermedios (si los hubiera) al Grupo Funcional Homogéneo que actúe como Asistencial Final del proceso clínico de atención al paciente, que incluirá los costes de estructura que le correspondan (si así se decide).

5.5.2. EJEMPLO DE UN CIRCUITO ASISTENCIAL DE UN PACIENTE QUE SUFRE UN ESGUINCE DE TOBILLO.

A continuación se describe y esquematiza el proceso clínico de atención a un paciente que acuda al SUH para ser asistido por un esguince de tobillo.

Asistencia en el Área de Recepción, Admisión y Clasificación.

Al acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario un celador realizará la “recepción” del paciente, que lo trasladará, en silla de transporte de enfermos si fuese necesario, hasta administración.

El personal de administración realizará la “apertura del episodio de urgencias” en el sistema informático del Centro Hospitalario, que aparecerá de inmediato en la estación informática de trabajo del puesto de clasificación.

Un enfermero realizará la “clasificación” del paciente siguiendo el protocolo de triaje, ubicándolo en el Área de Consultas, por lo que el celador procederá al “traslado del paciente” a la citada Área.

Asistencia en el Área de Consultas.

El facultativo responsable de la asistencia del paciente procederá a la “realización de la historia clínica de urgencias” en el sistema informático, efectuará la “preparación para la exploración”, solicitará “pruebas complementarias” al Servicio de Radiodiagnóstico (GFH Asistencial Intermedio), realizará el “diagnóstico” y le indicará la “administración de tratamiento” pertinente, mediante fármacos y un vendaje elástico que realizará un enfermero.

A continuación valorará clínicamente el “alta” del paciente.

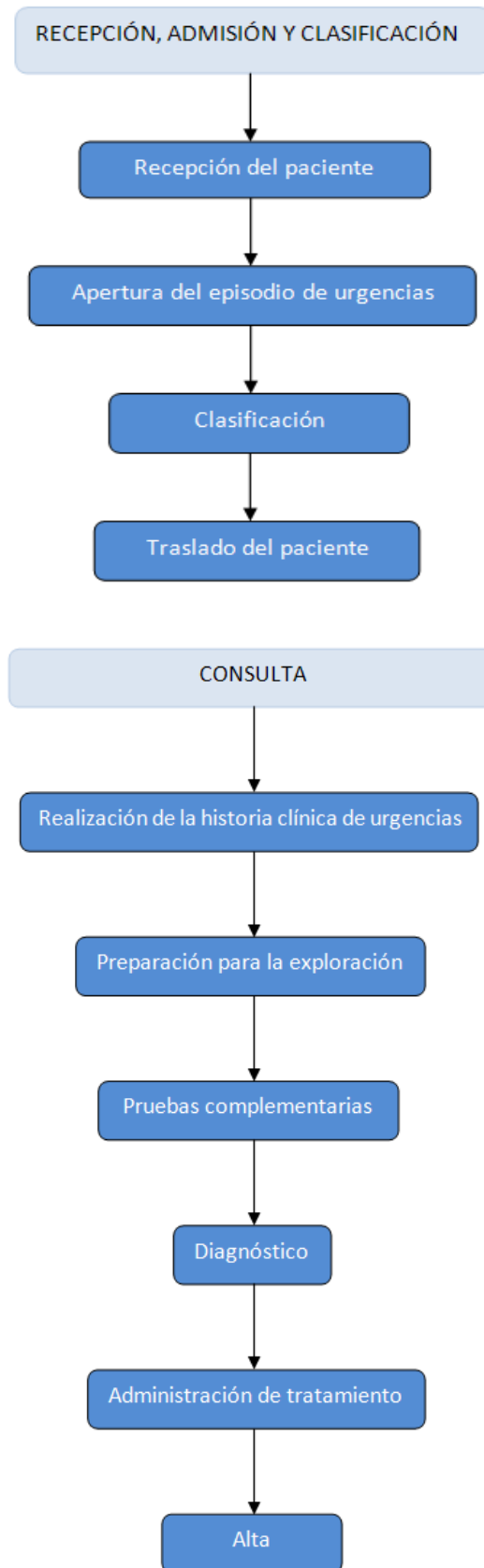


Figura 14. Circuito asistencial de un paciente que sufre un esguince de tobillo. Fuente: Elaboración propia.



Mediremos cada clase de coste determinando la cantidad de cada clase de coste que se requiere para realizar cada actividad.

Actividades:

- Recepción del paciente: se determinará el tiempo que dedica el celador al traslado del paciente hasta recepción.
- Apertura del episodio de urgencias: se determinará el tiempo empleado por el administrativo para realizar la filiación y abrir la historia clínica del paciente.
- Clasificación: se determinará el tiempo que emplea el enfermero o facultativo en clasificar al paciente.
- Traslado del paciente: se determinará el tiempo que dedica el celador para trasladar al paciente a la consulta.
- Realización de la historia clínica de urgencias: se determinará el tiempo que emplea el facultativo en realizar la historia clínica del paciente.
- Preparación para la exploración: se determinará el tiempo que emplea el facultativo en preparar al paciente para la exploración.
- Pruebas complementarias: se determinará la cantidad de pruebas complementarias realizadas al paciente, en este caso una radiografía.
- Diagnóstico: se determinará el tiempo que emplea el facultativo en diagnosticar al paciente.
- Administración de tratamiento: se determinará el tipo y la cantidad de fármacos que se administren al paciente
- Alta: se determinará el tiempo que emplea el facultativo en realizar el alta del paciente.

Valoraremos cada clase de coste mediante la multiplicación del número de unidades consumidas por el valor que le haya sido asignado por la contabilidad del hospital.

- En la Actividad “Recepción del paciente” se valorará multiplicando el tiempo empleado por el valor monetario de las unidades de tiempo asignado por la contabilidad del hospital del salario del celador.
- En las Actividades de “Apertura del episodio de urgencias”, “Clasificación”, “Traslado del paciente”, “Realización de la historia clínica de urgencias”,



“Preparación para la exploración”, “Diagnóstico”, y “Alta”; se valorarán multiplicando el tiempo empleado por el administrativo, enfermero o facultativo (según corresponda), por el valor monetario de las unidades de tiempo asignadas por la contabilidad del hospital a sus correspondientes salarios.

- En la Actividad “Pruebas complementarias” se valorará multiplicando cada una de las pruebas complementarias por el valor que el análisis por el sistema ABC haya establecido en el GFH que se realicen dichas pruebas, o bien por el valor que haya asignado la contabilidad del hospital si no se ha realizado el procedimiento ABC.

Sumaremos todas las cantidades asignadas a cada clase de coste para obtener el coste total de cada unidad de actividad mediante modelos de recogida de información para cada actividad, sumando los costes de todas las actividades.

Ejemplos del sistema de recogida de información para valorar el coste de algunas de las actividades:

| Actividad: Recepción del paciente | | |
|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| Clase de coste | Unidad de medida | Valoración |
| Celador | Tiempo (minutos) | Tiempo x valor monetario |
| | | Suma total |

Figura 15. Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Recepción al paciente”. Fuente: Elaboración propia.

| Actividad: Apertura episodio de urgencias | | |
|---|------------------|--------------------------|
| Clase de coste | Unidad de medida | Valoración |
| Administrativo | Tiempo (minutos) | Tiempo x valor monetario |
| | | Suma total |

Figura 16. Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Apertura del episodio de urgencias”. Fuente: Elaboración propia.



| Actividad: Clasificación | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Clase de coste | Unidad de medida | Valoración |
| Enfermero | Tiempo (minutos) | Tiempo x valor monetario |
| | | Suma total |

Figura 17. Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Clasificación”. Fuente: Elaboración propia.

| Actividad: Preparación para la exploración | | |
|--|------------------|--------------------------|
| Clase de coste | Unidad de medida | Valoración |
| Facultativo | Tiempo (minutos) | Tiempo x valor monetario |
| | | Suma total |

Figura 18. Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Preparación para la exploración”. Fuente: Elaboración propia.

| Actividad: Pruebas complementarias | | |
|------------------------------------|------------------|----------------------------|
| Clase de coste | Unidad de medida | Valoración |
| Radiografía | Cantidad | Cantidad x valor monetario |
| | | Suma total |

Figura 19. Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Pruebas complementarias”. Fuente: Elaboración propia.



| Actividad: Administración de tratamiento | | |
|--|------------------|----------------------------|
| Clase de coste | Unidad de medida | Valoración |
| Enfermero | Tiempo (minutos) | Tiempo x valor monetario |
| Fármacos | Cantidad | Cantidad x valor monetario |
| Suma total | | |

Figura 20. Modelo de recogida de información para valorar el coste de la Actividad “Administración de tratamiento”. Fuente: Elaboración propia.

De este modo hemos obtenido el coste por ABC de las actividades asistenciales de un proceso clínico de atención al paciente del SUH del Hospital Universitario de Santa Lucía (Cartagena).

5.6. LOS GRUPOS DE DIAGNÓSTICO RELACIONADOS “GRD”.

El cálculo del coste por paciente sería demasiado complejo y caro si se hace de forma individual por cada proceso asistencial, por lo que deberíamos medir la producción sanitaria en unidades de GRD.

Los GRD se desarrollaron en los años sesenta en la Universidad de Yale para medir el rendimiento del Yale New Haven Hospital.

Este sistema diferencia los casos simples de los complejos valorando su importancia significativa, puesto que pacientes con una misma sintomatología y enfermedad no tienen por qué consumir la misma cantidad de recursos si se tienen en cuenta variables como la edad, gravedad o complicaciones. Además un paciente con esguince de tobillo o una operación de trasplante de hígado poseen diferencias muy significativas en cuanto a estancia y coste hospitalarios.

Se encuadra a cada paciente en uno de los GRD y se le asignan recursos/actividades preestablecidos.

Se pueden definir como un instrumento que permite identificar los productos finales, conocer y analizar sus componentes, y permite la comparación en complejidad, calidad



y coste del proceso asistencial, favoreciendo la gestión por líneas de producto o por procesos.

Los GRD establecen categorías de pacientes en grupos que consumen una cantidad similar de recursos hospitalarios, siendo tributarios de cuidados médicos similares, así cada grupo se caracteriza por:

- Estancias medias similares.
- Costes similares.
- Validez estadística.
- Coherencia en el significado médico (complejidad similar).

En todo caso el número de grupos resultante no debe ser excesivamente grande por la dificultad que supondría para su manejo, existiendo entre 400 y 1500 grupos de GRD aproximadamente, según la variante utilizada GDR.

Se pueden citar como ejemplos de agrupaciones de procesos asistenciales mediante GRD, concretamente en su versión GRD 10.0:

- GRD 209: Reimplantación mayor articulación y miembro extremidad inferior, excepto cadera sin complicaciones.

Agrupación a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se ha implantado una prótesis de cadera, rodilla o tobillo o reimplantación de miembro inferior.

Como ejemplos, se encuentran incluidos en este GRD los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- 8151: Reemplazo total de cadera.
- 8152: Reemplazo parcial de cadera.
- 8153: Revisión de reemplazo de cadera.
- 8154: Reemplazo total de rodilla.
- 8155: Revisión de reemplazo de rodilla.
- 8156: Reemplazo total de tobillo.
- 8157: Reinserción del pie.
- 8158: Reinserción de pierna/tobillo.



➤ 8159: Reinserción del muslo.

En este GRD no se encuentran incluidos los pacientes que ingresan por una artritis séptica de cadera, rodilla o tobillo, fractura patológica del fémur o tibia o complicación de una prótesis previamente implantada, ya que se agrupan en el GRD 789.

Tampoco se incluyen los pacientes a los que se les ha implantado una prótesis de cadera, rodilla o tobillo bilateral o múltiple pues se agrupan en el GRD 471.

- GRD 211: Procedimientos de cadera y fémur excepto articulación mayor.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre cadera o fémur excepto una intervención articular mayor.

Para los supuestos de procesos clínicos sin posibilidad de integración en ningún grupo, existen específicamente dos tipos de GRD:

- Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta.
- No agrupable.

Los grupos de pacientes, además de estar agrupados con una lógica clínica para los médicos, también poseen costes y duraciones de estancia similares, por lo tanto los costes de tratamiento de los casos que se incluyan dentro de un mismo GRD deben ser similares.

Por ejemplo, si la estancia media en un hospital para un determinado GRD es de diez días, y en un caso normal en el que no se observen anomalías la estancia es superior a diez días, sería recomendable realizar un examen para analizar si existen problemas de calidad y el aumento de costes en que se halla incurrido.

De esta forma la utilización de los GRD es útil para la gestión de la actividad clínica, políticas de financiación de los hospitales e investigación clínica.

Medicare y otras aseguradoras utilizan los GRD como sistema de pago de los servicios hospitalarios. En Europa se han incorporado como instrumento de ajuste de los



Autor: Ramón Cardós Cerezuela

Director: Eugenio Blas Gomáriz Mercader

sistemas de presupuestación hospitalaria en diversos países como Portugal, Irlanda o Italia.



6. CONCLUSIONES.

El objetivo principal de este trabajo ha sido contemplar un modelo ABC que contribuya a aumentar la eficiencia y eficacia de la asistencia sanitaria, concretamente de los Servicios de Urgencias Hospitalarios, además de mejorar su calidad y contener el gasto.

Ya que los “SUH” forman parte de un sistema sanitario universal, que puede encontrarse en peligro debido al continuo aumento del gasto, la actual crisis económica y el envejecimiento de la población con la consecuente disminución de ingresos, así como el uso ineficiente de los recursos económicos y humanos.

PRIMERO. El ABC es un método objetivo de asignación de costes, cuya dificultad de aplicación estriba en la ausencia de una clara descripción de los procesos clínicos, que a nuestro entender deberán ser homogéneos en su ejecución por parte de los facultativos, proponiendo para ello la elaboración de unas guías clínicas estandarizadas de actuación.

SEGUNDO. Anteriormente el Sistema Nacional de Salud (SNS) otorgaba una unidad operativa de gestión sanitaria en el territorio nacional.

La posterior división del Sistema Nacional de Salud (SNS) en diecisiete entes de gestión sanitaria autonómica, en los que a su vez parecen coexistir distintos modos de gestión dependiendo de la complejidad de cada hospital, ha propiciado que sea muy difícil el manejo de una base de datos lo suficientemente amplia y homogénea que facilite la implementación de métodos de gestión eficientes y eficaces.

Para la implantación de estos modelos en los Centros Sanitarios sería necesaria una homogeneización, quizás mediante la regulación legal de una contabilidad de gestión. Para lo cual se requiere la existencia de sistemas de información integrados que aporten datos acerca de aspectos administrativos, clínicos y financieros obtenidos a partir del registro de altas de la historia clínica del paciente, que permitirían:

- Identificar centros de responsabilidad ineficientes al correlacionar los costes del consumo de recursos y los productos obtenidos.



- El cálculo del coste de cada etapa de un proceso asistencial.
- El coste de un proceso asistencial.
- El coste total que supone para un Centro Sanitario la actividad asistencial de cada GFH.
- La introducción de guías clínicas asistenciales estandarizadas en la medicina basada en la evidencia (MBE).

TERCERO. La información obtenida mediante la implantación de un sistema de información homogéneo, y en concreto un ABC, se puede utilizar como un instrumento para que la Administración Pública, la Gerencia Sanitaria y los facultativos:

- Puedan conocer el coste del proceso asistencial, permitiendo la comparación de resultados con otros centros hospitalarios (Benchmarking) y de este modo aumentar la competitividad y productividad.
- Puedan conocer que cambios pueden realizar en el marco de su actuación profesional para la contribuir a la optimización de los costes.
- Reduzcan la variabilidad de los productos obtenidos (procesos clínicos).
- Incrementen la rapidez de ejecución de los procesos de cada GFH, y por tanto de la eficiencia.

CUARTO. En la actualidad, en España se utilizan los GRD como instrumento que permite analizar la complejidad, calidad y coste del proceso asistencial.

La figura del ABC se puede utilizar junto con los GRD para simplificar y abaratar el proceso de asignación de costes de:

- Los procesos incluidos en el GRD “Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta”.
- Aquellos procesos incluidos en el GRD “No agrupable”.
- Procesos que no se ajusten a los estándares establecidos en el grupo de GRD al que pertenezcan, debido a algún tipo de desviación de los resultados previstos en el grupo concreto de GRD en el que estén incluidos.

QUINTO. El sistema ABC es el más ventajoso para realizar un análisis en profundidad de los Costes de los Centros Sanitarios por Centros de Responsabilidad y Actividades,



que en el caso de los Centros Hospitalarios suponen gran importancia, ya que la actividad asistencial supone aproximadamente el 70% del gasto del Sistema Sanitario de España.

Como inconveniente consume gran cantidad de recursos para su diseño e implementación, efecto que se contrarresta al producir un importante abaratamiento de costes, sustancialmente superior a su coste.

Por último se puede asegurar que la implementación del sistema ABC en la actividad sanitaria asistencial prestaría una ayuda esencial a los gestores de los Centros Sanitarios, y espero que este estudio contribuya positivamente a la mejora de su gestión.



8. BIBLIOGRAFÍA.

Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresa AECA (1992), El marco de la Contabilidad de Gestión. Madrid.

Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresa AECA (1997), La Contabilidad de Gestión en las Entidades Públicas. Madrid.

Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresa AECA (1997), La Contabilidad de Gestión en los Centros Sanitarios. Madrid.

Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresa AECA (1999), La Contabilidad de Gestión en los centros sanitarios. Madrid.

Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresa AECA (2001), La Contabilidad de Gestión en las Entidades sin Fines de Lucro. Madrid.

Blanco Gómez, A. (1992), Contabilidad de gestión: concepto, evolución y tendencias más significativas. Tesis doctoral. Universidad de Castilla La Mancha.

Brimson, JA. (1991), Activity Accounting an Activity-Based Accounting Approach. John Wiley&Sons. New York.

Brimson, JA. (1995), Contabilidad por actividades. Marcombo, S.A. Madrid.

Castelló y Lizcano. (1994), El sistema de gestión y de costes basados en las actividades. Instituto de Estudios Económicos.

Chan, Y.C. (1993), Improving Hospital Cost Accounting with Activity-Based Costing. Health Care Management Review 18: 71-77.

Coopers&Lybrand. (1997), Gestión de costes hospitalarios basados en las actividades. Documento de trabajo.

De Falguera Martínez-Alarcón, J. (2002), La Contabilidad de Gestión en los centros sanitarios. Tesis doctoral. Universidad Pompeu Fabra.

Drury, C. (2007), Management and Cost Accounting.6th Value Media Edition.



Fernández Díaz, JM. (2002). *La gestión de costes ABC: un modelo para su aplicación en hospitales*. Portal Web: <http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/04.pdf>. Acceso: 28/04/14.

Grupo de Costes de la Semes. (1999), The ABC system in the cost analysis of in the accident and emergency department. *Revista de Calidad Asistencial*, 14 (4), 312-320. Portal Web: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/302.pdf#page=71>. Acceso: 27/05/14.

Grupos de Trabajo de Semes. (1998), El coste de los procesos clínicos en los servicios de urgencias y emergencias. *Revista*, 10 (6), 393-405. Portal web: http://2011.semes.org/revista/vol10_6/393-405.pdf. Acceso 27/05/14.

Intervención General de la Administración del Estado IGAE. (1994), *Contabilidad Analítica de las Administraciones Públicas: El proyecto C.A.N.O.A.* Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid.

Instituto Nacional de la Salud INSALUD. (1995), *Proyecto Coste por Proceso*. Madrid.

Instituto Nacional de la Salud INSALUD. (2001), *Gestión clínico-financiera y coste por proceso*. Madrid.

Kaplan RS, Norton DP. (1996), *The Balanced Scorecard (Cuadro de Mando Integral)*. Harvard Business School.

Kaplan R, Cooper R. (2000), *Coste y Efecto: Cómo usar el ABC, el ABM y el ABB para mejorar la gestión, los procesos y la rentabilidad*. Ed. Gestión. Barcelona.

Jiménez Jiménez, J. (2000), *Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1991), *Proyecto SIGNO: manual de usuario*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994), *Hacia el coste por pacientes: gestión analítica SIGNO II*. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1999), *Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.



Ministerio de Sanidad y Consumo. (2001), Metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010), Unidad de urgencias hospitalaria; estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.

Monje Lozano, P. (2004). El cálculo de costes en los hospitales públicos españoles: ventajas e inconvenientes de los modelos utilizados. Universidad de Huelva. Editorial ESPECIAL DIRECTIVOS. Portal web: http://revistacontable.dev.nuatt.es/noticias_base/el-c%C3%A1lculo-de-costes-en-los-hospitales-p%C3%BAblicos-espa%C3%B1oles-ventajas-e-inconvenientes-de-los-modelos-utilizados. Acceso 01/09/14.

M^a Beatriz González Sánchez, M^a Beatriz. López-Valeiras Sampedro, Ernesto. Romero Horna, Beatriz. Universidad de Vigo. (2009). Modelo de Análisis de Costes para biobancos. Portal web: http://www.redbiobancos.es/pages/docs/Modelo_de_Analisis_de_Costes_para_Biobancos.pdf. Acceso: 15/05/14.

Serrano Benavente, Rosa Ana. (2013). Sistema de triaje en urgencias generales. Fuente: Universidad Internacional de Andalucía, (2013)

Turney PBB. (1990), What is the scope of Activity-Based Costing?. Journal Cost Management, 3 (4), 40-42

W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Álvarez. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Portal web: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>. Acceso: 15/06/14.

