



MAESTRIA EN CONTABILIDAD SUPERIOR Y AUDITORIA – IIª Cohorte
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y DE ADMINISTRACIÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CATAMARCA

“Costos Hospitalarios”

AUTORES: C.P.N. Alejandro MEDINA - C.P.N. Aldo Rubén RIVERO – C.P.N.

Héctor R.RUARTES CORONEL

MÓDULO IV: “CUESTIONES CONTABLES PARTICULARES DE ALGUNOS SECTORES. CONTABILIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES”

DOCENTE: Dra. Osvaldo CHAVES

LUGAR Y FECHA: S.F.V. de Catamarca, Mayo de 2011

RESUMEN EJECUTIVO

Tradicionalmente, los hospitales se organizaron por funciones y diseñaron sistemas de información de costos que tenían como mayor dificultad decidir cómo distribuir los esfuerzos económicos comunes o compartidos por los diversos departamentos y unidades centrales. Hacia los años setenta, los avances científicos y tecnológicos así como la creciente demanda de servicios asistenciales tornaron altamente ineficiente esa forma de organizar la actividad hospitalaria. La necesidad de mejorar la productividad y el financiamiento de los servicios sanitarios impulsó nuevas formas de organización que permitan no sólo reducir los costos sino, también, mejorar su calidad. El trabajo aborda la evolución de la organización del trabajo en los hospitales y, consecuentemente, de sus sistemas de información de costos. Presenta las últimas novedades en materia de dirección, cálculo y análisis de costos de las organizaciones sanitarias.

PALABRAS CLAVES

Costos; Costos Hospitalarios; Case-mix; Grupo de Diagnósticos Relacionados.

LOS HOSPITALES COMO EMPRESAS COMPLEJAS

Al compás de los cambios ideológicos, sociales, políticos y económicos de los últimos tres siglos, unidos a los avances científicos y tecnológicos, los hospitales han adquirido el carácter de organizaciones humanas complejas. Esa complejidad deriva de la multiplicidad de variables intervinientes en el funcionamiento de las entidades hospitalarias para alcanzar la misión que tienen en la sociedad.

La misión de los hospitales es prevenir las causales de pérdidas de salud, restablecer la salud y atenuar el dolor de las personas. En el cumplimiento de esta misión intervienen múltiples y diversas variables, entre otras:

- a) numerosas personas con distintos grados de formación y desarrollo,
- b) muchos conocimientos científicos y tecnológicos diversos,
- c) múltiples equipamientos con distintos grados de desarrollo tecnológico,
- d) una enorme cantidad de productos hospitalarios diferentes para satisfacer necesidades variadas en aumento,
- e) grandes cantidades de procesos diferentes,
- f) enormes sumas de dinero para financiar la actividad,
- g) múltiples y diversas fuentes de financiamiento,
- h) una población de edad cada vez mayor en aumento,
- i) una legislación sanitaria cambiante,
- j) numerosos y diferentes prestadores de servicios vinculados al hospital con diversas relaciones jurídicas y económicas.

Esta complejidad, desde un punto de vista directivo, desenvuelve la desafiante necesidad de organizar dinámicamente las múltiples y diversas variables, vinculándolas entre sí a través de una orientación vectorial y con sentido estratégico de las actividades hospitalarias a realizar para el cumplimiento de la misión sanitaria, durante un tiempo pactado.

LOS HOSPITALES COMO EMPRESAS DE FUNCIONES

Tradicionalmente, los hospitales se han organizado en departamentos de servicios médicos, unidades centrales de diagnóstico, unidades centrales de servicios de apoyo y unidades centrales de servicios generales, respondiendo a un criterio funcional.

La división del trabajo en departamentos de servicios médicos ha respondido a especialidades clínicas, orientadas a vísceras, órganos y diversas partes del cuerpo humano, tales como cardiología, dermatología, estomatología, endocrinología, fonoaudiología, gastroenterología, ginecología y obstetricia, nefrología, neumonología, neurología, odontología, oftalmología, oncología, otorrinolaringología, pediatría, psicología, psiquiatría, traumatología, urología, citología, reumatología, entre otros.

Las unidades centrales de diagnóstico se han desarrollado respondiendo a una división del trabajo por especialidades diagnósticas, tales como laboratorios, medicina nuclear y cámara gamma, radiología (radiografía general, mamografía, tomografía lineal), radiocinematografía, resonancia nuclear magnética, entre otros.

Las unidades centrales de servicios generales llevan a cabo funciones necesarias para el funcionamiento de los hospitales pero de carácter secundario, tales como dirección general, finanzas, personal, comercialización.

Las unidades centrales de servicios de apoyo responden a las necesidades de ayuda de las tres clases de departamentos anteriores y de los pacientes del hospital, tales como ambulancia, farmacia, inyectables, curaciones, presión arterial, ropería, limpieza, mantenimiento, entre otros.

EL CÁLCULO DE COSTOS EN HOSPITALES ORGANIZADOS FUNCIONALMENTE

Desde la concepción funcional de organización de un hospital, el cálculo de costos presenta distintas alternativas. Puede calcularse el costo de un servicio, de una orden de diversos servicios, de un departamento, de un centro de responsabilidad, de un centro de costos o de un centro de beneficios. En todas estas alternativas el procedimiento de cálculo del costo será siempre similar. Consistirá en sumar los insumos directos, las remuneraciones directas y los costos indirectos del objeto cuyo costo se ha solicitado.

La principal dificultad consistirá en repartir los costos indirectos, los cuales son comunes a los distintos objetos de costos. El reparto de los costos comunes se resuelve a través de distintas asignaciones sucesivas, conocidas como asignación primaria, secundaria y terciaria. Si fuera necesario, puede continuarse con otras asignaciones.

La asignación primaria consiste en asignar los costos directos a cada clase de Centros de Costos (Departamentos de Servicios Médicos, Unidades Centrales de Diagnóstico, Unidades Centrales de Servicios Generales y Unidades Centrales de Apoyo).

La asignación secundaria consiste en distribuir los costos de las Unidades Centrales de Apoyo a los Departamentos de Servicios Médicos, a las Unidades Centrales de Diagnóstico y a las Unidades Centrales de Servicios Generales.

La asignación terciaria consiste en distribuir los costos de las Unidades Centrales de Servicios Generales a los Departamentos de Servicios Médicos y a las Unidades Centrales de Diagnóstico.

Finalmente, la asignación cuaternaria consiste en distribuir los costos de las Unidades Centrales de Diagnóstico a los Departamentos de Servicios Médicos. Estas asignaciones sucesivas permitirán calcular el costo total que demanda de las diversas Unidades Centrales y de los variados Departamentos Médicos durante un período determinado. A partir de estos costos totales por Centros de Costos será posible calcular los costos unitarios de los diversos servicios prestados. El costo unitario por servicio resultará de la división del costo total del Centro de Costos entre el número de servicios ofrecidos en el tiempo considerado. Como puede observarse, los costos unitarios de los servicios no son costos exactos, sino costos medios, obtenidos de la acumulación de los costos directos y de los costos indirectos.

La organización funcional de los hospitales se basa en la división del trabajo y en la fijación física y temporal de los conocimientos especializados en Departamentos y Unidades Centrales. La especialización y la fijación física y temporal obliga al paciente a circular por los Departamentos del Hospital de acuerdo a sus necesidades de diagnóstico y terapéuticas.

Cuando el hospital crece en número de unidades, cada una de ellas queda aislada de las demás. Se torna difícil mantener una visión de conjunto. La dirección no logra mejorar la

eficiencia del hospital, quedando en manos de los responsables de las diversas unidades la tarea de mejorar la productividad de sus respectivos departamentos.

Para superar esta fragmentación de las organizaciones hospitalarias se recurre, con frecuencia, a sistemas informáticos de programación y control que sigan la secuencia de diagnósticos y tratamientos que el paciente demanda. Pero los sistemas informáticos no resultan suficientes para solucionar los problemas de comunicación y cooperación generados por la especialización del conocimiento, la división del trabajo y la fijación física de las unidades o departamentos. Las consecuencias de esta organización funcional e informatizada de los hospitales son ineficiencias por desperdicios de recursos, deseconomías de escala, incapacidad de aprovechar el efecto experiencia, pérdida de conocimientos producidos, desmotivación del personal e insatisfacción del cliente.

Estas consecuencias se traducen en acumulación de pacientes en salas o pabellones, largos tiempos de espera para diagnósticos y tratamientos, duplicación de diagnósticos y pruebas terapéuticas o realizaciones innecesarias, gran cantidad de traslados de pacientes y personal por las distintas dependencias, exceso de inventarios, obsolescencia de material y consumos excesivos e innecesarios de recursos y medicamentos.

EL HOSPITAL COMO EMPRESA DE SERVICIOS

Las ineficiencias de los hospitales ocasionadas por la organización funcional está siendo superada en los países desarrollados a partir de la consideración del hospital como empresa de servicios.

En un hospital hay tantos “productos sanitarios” como pacientes distintos reciban atención en el período que se considere. Al considerar al hospital como empresa de servicios, la complejidad a organizar deriva de:

- a) la diversidad y cantidad de pacientes tratados y de
- b) la diversidad y cantidad de procesos clínicos aplicados.

Los Hospitales son empresas multiproducto en las que se ofrecen productos físicos como análisis de laboratorio, radiografía, menú y productos intangibles como diagnósticos y atención al enfermo. El hospital ofrece tantos productos como tipologías de enfermos son atendidas. Esos productos son difíciles de estandarizar pues dependen de la diversidad de pacientes o casos que se presenten y de los atributos relevantes que diferencian a unos de otros, tales como ser alérgico a alguna droga, tener veinte o sesenta años y necesitar o no una intervención quirúrgica.

Producto Hospitalario

La gestión del hospital como empresa de servicios demanda una definición y una medida del *Producto hospitalario*. Se hace necesario, entonces, caracterizarlo con la mayor amplitud posible con la finalidad de administrarlo a partir de las características médicas y de gestión más relevantes.

En una primera aproximación, el *Producto Hospitalario* puede definirse como ***el conjunto de servicios que presta el hospital, la tipología de casos que atiende y la gama de cuidados que se presta al paciente hasta su alta hospitalaria***. Las variables que, con frecuencia, más determinan la oferta del Producto Hospitalario son la cantidad y variedad de

servicios, casos y cuidados; la identificación y medida de ellos, así como el grado de elaboración.

PRODUCTO HOSPITALARIO	
Componentes	Características
SERVICIOS <i>TIPOLOGÍAS DE CASOS</i> <i>(Pacientes)</i> <i>GAMA DE CUIDADOS</i>	Cantidad
	Variedad
	Identificación
	Medida
	Grado de Elaboración

Fuente: Elaboración propia

La heterogeneidad de los *componentes del producto hospitalario* y de sus *características* llevó a considerar la necesidad de definir grupos homogéneos de productos. La

definición de estos grupos de productos es posible a partir de los Sistemas de Clasificación de Pacientes, derivados de los estudios estadísticos de los fenómenos patológicos comenzados en el siglo XVIII, la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada a mediados del siglo XIX de la mano de William Farr y de la primera publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud en los años cuarenta y conocida como CIE – 6.

Los grupos homogéneos de productos hospitalarios son concentradores de componentes y características por conocimientos y recursos especializados por etiología. Así, la nueva propuesta conduce a una nueva especialización. La división del trabajo vuelve a ser la solución de fondo, Sin embargo, debe advertirse, que la innovación consiste en ***qué es lo que se especializa, cómo se especializa y con qué intensidad***. En primer lugar, la propuesta especializa los *procesos* y no las *funciones*. Por otra parte, se trata de una especialización horizontal y no vertical.

La organización de hospitales por procesos

La resolución del problema organizativo propuesta para los hospitales está inspirada en el nuevo paradigma de dirección de empresas. En él, la novedad fundamental es comenzar a concebir la macroestructura desde la perspectiva de los procesos de negocios que la empresa desarrolle.

Un proceso de negocio es *un conjunto de puestos de trabajo o tareas relacionadas, correspondientes normalmente a varias funciones, realizadas por un equipo de personas polivalentes, para producir un resultado preciso y cuantificable, que tiene como destino un cliente o mercado específico*¹.

Los procesos se caracterizan porque sus resultados están destinados a un cliente. Así es que esos resultados, sean bienes o servicios, serán valorados. Tal valoración puede ser realizada por un cliente interno o externo a la organización. Sin embargo, como es conveniente identificar un número limitado de procesos de negocio, resulta de interés que, en lo posible, el cliente sea externo.

Así, la diferencia entre la solución organizativa tradicional y la innovadora es el *objeto* de la especialización (procesos y no funciones), el tipo de especialización (horizontal y no vertical) y el *grado* o *intensidad* con que es utilizada (equipos constituidos por personas *polivalentes con alto grado de formación y profesionalización* y recursos físicos ordenados según la secuencia de tareas del proceso). Estas diferencias no son triviales. En la realidad del trabajo hospitalario de cada día estas innovaciones requieren un gran esfuerzo intelectual y volitivo de las personas. La mayor dificultad no es aprender el nuevo modelo sino desaprender los modelos organizativos vigentes durante décadas.

¹ DUEÑAS RAMIA, Germán (1996): *“La dirección de empresas ante la nueva complejidad”*, Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, España.

La solución de organizar el hospital por procesos pretende aumentar el enfoque hacia el cliente, aumentar el valor del producto, identificar las tareas y procesos innecesarios, desarrollar procedimientos administrativos *in situ* (en cada uno de los procesos) y en tiempo real, establecer parámetros de comparación de las mejores prácticas médicas y administrativas de los procesos, mejorar la programación de recursos de los procesos, rediseñar los circuitos de los pacientes, mejorar la disposición física de los diversos servicios para aumentar su integración y disminuir los desplazamientos internos, tanto de los pacientes como del personal sanitario.

Algunos hospitales han alcanzado gran tamaño no sólo por la cantidad de usuarios sino por la cantidad y diversidad de productos hospitalarios. En esos casos el número de procesos ha definido dificultades para las mejoras, generando reglas, procedimientos y programas informáticos que confieren a la organización nueva rigidez y caída de la eficiencia y eficacia hospitalaria, así como una involución institucional derivada del bloqueo de los procesos de aprendizaje y motivacionales de las personas configuradoras de la organización.

Para superar estos procesos latentes de burocratización y desinstitucionalización se propone incrementar la organización por procesos. En estos casos los procesos se concentran en nuevas áreas físicas, dando lugar al *hospital de clínicas*. Esta solución macroorganizativa tiene su antecedente en las *células de tecnología* adoptada en las fábricas de las empresas industriales.

Una clínica es el espacio físico en el cual se ofrecen diversos productos hospitalarios, relacionados etiológicamente y ofrecidos, cada uno de ellos, por equipos profesionales encargados de procesos relacionados cognitivamente. Una clínica agrupa varios productos hospitalarios finales, con procesos terapéuticos y de diagnóstico requeridos más comunes o similares entre sí que los demandados por otras familias de productos, correspondientes a otra clínica. Los equipos de diagnóstico y tratamiento son concebidos para tratar sólo las patologías que son objeto de la clínica a la que pertenecen. Actúan con total autonomía y responsabilidad sobre la obtención del producto hospitalario y el consumo de recursos que el proceso de obtención demanda.

La organización por clínicas proyecta alcanzar economías de escala, derivadas del volumen de pacientes atendidos y economías dinámicas de aprendizaje e institucionales. Las de aprendizaje surgen de la *repetición* de procesos terapéuticos y de diagnóstico. Las economías institucionales derivan de la *responsabilidad* del equipo profesional sobre el producto hospitalario final.

Las economías institucionales son altamente dinámicas y expansivas porque están originadas por los procesos de aprendizaje y motivacionales, tanto de las personas responsables del proceso como de sus usuarios. En cada clínica cada paciente es tratado desde el ingreso hasta el alta por el mismo equipo, mientras mantenga el cuadro clínico que originó su llegada, independientemente de las complicaciones, severidad y segundos diagnósticos que presente, y de la forma requerida por el proceso, tales como urgencia, consultorio e internación. El equipo desarrolla nuevos conocimientos, la casuística presentada facilita la investigación y la formación continua, y permite, además, mantener el derecho de propiedad intelectual sobre los avances. Por otra parte, la atención personalizada y la intensidad con que es atendido el paciente mejora el grado y el tiempo de su recuperación. Se produce un proceso virtuoso en el cual la clínica mejora su eficacia, el paciente percibe grados más altos de calidad y el hospital acrecienta su reputación en el mercado.

La organización de hospitales por *procesos* y *clínicas* permite desarrollar sistemas de retribución y desarrollo de carreras vinculados a las competencias profesionales, las competencias organizativas y las competencias tecnológicas, así como a los resultados obtenidos. La retribución por competencias y resultados transforma una parte significativa de salarios fijos en remuneraciones variables, vinculadas a la capacidad individual y de equipo de generar ingresos, prácticas laborales más eficientes y conocimientos científicos y tecnológicos de alto valor. No se trata necesariamente de una reducción de costos salariales, ni de una mera transformación de costos fijos en variables, sino de relacionarlos con la capacidad de generar servicios con valor para el cliente, involucrando a todo el personal en el incremento de la capacidad de competir del hospital y en la fidelidad de los usuarios.

La selección de proveedores, la negociación de las condiciones y la administración de inventarios son tareas encargadas a una unidad de apoyo. El proceso de suministro se organiza ajustado en cantidad y tiempo para evitar excesos y faltantes de recursos, costos de oportunidad financieros y pérdidas temporales.

La organización de hospitales por procesos y clínicas requiere de la identificación y clasificación preliminar de los pacientes para asignarlos a los procesos y clínicas correspondientes. Este trabajo es encargado a un consultorio especializado en medicina interna. La calidad del trabajo de este consultorio es vital para la organización por procesos y clínicas pues la eficiencia, viabilidad y desarrollo del hospital dependerán del grado de acierto en la clasificación de pacientes.

Sistema de Clasificación de Pacientes

El desarrollo de los *Sistemas de Clasificación de Pacientes* ha facilitado la dirección de hospitales como empresas enfocadas al producto, organizadas por procesos y clínicas que prestan múltiples servicios.

Los *Sistemas de Clasificación de Pacientes* actuales tienen como antecedente las diversas clasificaciones de enfermedades que desde el siglo XVIII se han venido desarrollando, a partir del estudio estadístico de los fenómenos patológicos. Estas clasificaciones parten de criterios uniformes para definir las patologías y tienen como fin estandarizar y categorizar las enfermedades. Con ello, las clasificaciones de enfermedades se han transformado en un marco de referencia que facilita la comunicación entre profesionales.

En la segunda mitad del siglo XIX, William Farr estableció las bases que permitieron luego la primera Clasificación Internacional de Enfermedades. En los años cuarenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional de Enfermedades conocida como CIE – 6. Posteriormente, en Estados Unidos, aparecieron sucesivas versiones como la CIE – 8; CIEA – 2; CIE – 9 con una modificación clínica posterior conocida como CIE – 9 M.C. y la CIE – 10, que es la que se utiliza actualmente en Argentina.

La CIE – 9 M.C. es la clasificación que más ha contribuido al desarrollo de Sistemas de Clasificación de Pacientes, pues fue la primera en utilizar tanto la etiología (causa y origen de la patología) como la forma de manifestarse la enfermedad. Además, identifica para cada enfermedad los procesos clínicos requeridos y la práctica hospitalaria necesaria.

La Modificación Clínica introducida a la CIE – 9 permitió proporcionar información codificada mucho más detallada de las enfermedades, evitando las ambigüedades de versiones anteriores. Permitted diferenciar a los pacientes con mayor precisión en sus diagnósticos y tratamientos, e identificar exhaustivamente el problema de salud.

La Organización Mundial de la Salud continuó el trabajo de desarrollar códigos más específicos, para hacer posible la incorporación de todas las variaciones de las enfermedades. Ese trabajo concluyó con la publicación de la CIE – 10.

La información acerca de los procesos patológicos al momento del ingreso del paciente es fundamental para codificar en forma válida y viable la enfermedad. Para poder aplicar correcta y coherentemente el código específico a cada diagnóstico se requiere el conocimiento de la codificación, del diagnóstico principal, del diagnóstico secundario, del procedimiento principal y del procedimiento secundario.

Los *Sistemas de Clasificación de Pacientes* deben reunir las siguientes características y condiciones:

- a) derivados de bases de datos,
- b) surgidos de clasificaciones médicas generalmente aceptadas,
- c) perseguir algún interés o utilidad práctica,
- d) definir grupos con significación clínica,
- e) definir grupos homogéneos con la menor ambigüedad posible,
- f) atender a las características específicas de cada paciente.

LA DIRECCIÓN DE HOSPITALES POR MEZCLA DE CASOS (Case-mix management)

La Dirección por *Mezcla de Casos* es una nueva forma de gestionar y organizar hospitales, enfocada en el producto hospitalario o paciente, organizada por procesos y clínicas a partir de un sistema de clasificación de pacientes de aceptación generalizada, informada estratégicamente para asegurar la viabilidad de la institución en un contexto competitivo y proyectada en el desarrollo institucional.

Los casos son los pacientes diagnosticados y tratados en un hospital con sus particularidades personales de salud. Del estudio estadístico de los casos resulta la casuística hospitalaria de la organización, su mezcla de casos.

La **Mezcla de Casos** (o Case-mix) de un hospital es el catálogo de diagnósticos de enfermedades que en él se atienden. Es la combinación de las diferentes enfermedades y problemas de salud a los que específicamente se dedica el hospital.

En otras palabras, la mezcla de casos o case-mix *es la combinación de proporciones de grupos de pacientes, clasificados por enfermedad y otras características, diagnosticados y tratados en una organización sanitaria en un momento determinado.*

La Dirección por *Mezcla de Casos* demanda:

- a) un sistema de agrupación de pacientes que permita definir y clasificar el producto hospitalario,
- b) un sistema de información que integre los aspectos clínicos, administrativos y financieros

c) una evolución cultural de todas las personas vinculadas a la organización.

La información clínica es suministrada por el Sistema de Clasificación de Pacientes definido por la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente al momento de diseño del sistema de información.

Los aspectos administrativos corresponden a los datos de nombre, edad, sexo, fecha de ingreso y alta, estado al momento del ingreso, comorbilidades, estado al momento del alta, médico y equipo responsable, localización física, registro de consumos.

Los aspectos financieros comprenden facturación, cobros y pagos, costos de consumos y funcionamiento, presupuestación y control presupuestario, contabilidad.

La Dirección por Mezcla de Casos permite distinguir entre la complejidad de los pacientes y la complejidad de la estructura hospitalaria. Esta distinción no es trivial cuando se analizan los costos hospitalarios, pues permite distinguir entre los costos generados por la enfermedad del paciente de los costos estructurales del hospital. Esta información es de gran utilidad para evitar desequilibrios en las formas de pago de los servicios concertados.

Las mezclas de casos (o simplemente, los casos) pueden clasificarse siguiendo otros criterios, además de las clasificaciones internacionales de enfermedades en sus diferentes versiones. Otros criterios son: el consumo de recursos por cada categoría de enfermedad, por la relación entre la complejidad de la enfermedad y su consumo de recursos y la gravedad de los pacientes.

Entre los Sistemas de *Mezcla de Casos* basados en la **CIE –10** destacan:

- a) Estadios evolutivos de la enfermedad, EEE (Disease Stagin, DS),
- b) Grupos de Diagnósticos Relacionados, GDR (Diagnostic Related Groups),
- c) Gestión por Categorías de Pacientes, GCP (Patient Management Categories, PMC),

Los Sistemas de Mezcla de Casos basados en la **utilización de recursos** según la complejidad de la enfermedad son:

- a) Grupos de Diagnósticos Relacionados, GDR;
- b) AS-Score,
- c) Índice de gravedad de los pacientes, IGP (Patient Severity Index),
- d) Índice de gravedad computarizado, IGC (Computerized Severity Index).

Entre los Sistemas de Mezcla de Casos que evalúan la **gravedad**, se consideran:

- a) EEE; IGP; IGC; AS-Score;
- b) APACHE;

Entre los Sistemas de Mezcla de Casos que cuantifican el **consumo de recursos** se encuentran:

- a) Grupos de Utilización de Recursos, GUR (Resource Utilization Groups),

b) Grupos de Visitas o Consulta Domiciliaria, GCD (Ambulatory Visit Groups).

La Dirección de Hospitales por Mezcla de Casos consiste en definir el conjunto de grupos homogéneos de enfermedades a las que se va a dedicar la organización sanitaria. Consiste en definir y posicionar la cartera de productos hospitalarios ofrecidos por clínicas dirigidas como unidades estratégicas de negocios.

Grupos de Diagnósticos Relacionados

El Sistema de Clasificación de Pacientes más aplicado en el mundo desarrollado para ejercer una dirección de hospitales por producto hospitalario, organizada en base a procesos de diagnósticos y tratamientos, es el de **Grupo de Diagnósticos Relacionados**.

La gran aceptación de los GDR encuentra su justificación en la potencialidad de esta clasificación de pacientes para definir, en forma homogénea y estandarizada:

- a) los productos hospitalarios
- b) los procesos sanitarios que producen esos productos y
- c) los recursos que se consumen en esos procesos y servicios.

El GDR es un método de agrupación de pacientes basado en las características significativas de los diagnósticos emitidos al momento del ingreso, las cuales permiten predecir el nivel de recursos que consumen los diagnósticos y tratamientos posteriores hasta el momento del alta. Las características significativas del diagnóstico provienen:

- a) del paciente
- b) de la enfermedad.

Un Grupo de Diagnóstico Relacionado es el conjunto de pacientes con una enfermedad clasificada etiológicamente (por su causa y sus manifestaciones), que demanda diagnósticos y tratamientos similares y consume cantidades similares de recursos.

Los Grupos de Diagnóstico Relacionado fueron desarrollados *por Fetter y Thompson*, en la Universidad de Yale, en la década de 1960. El trabajo fue encargado por la *Health Care Financing Administration*. El interés de esta entidad residía en obtener un sistema que permitiera simultáneamente incentivar la eficacia hospitalaria y controlar los costos de los servicios ofrecidos para financiar la asistencia con pagos prospectivos a los hospitales. En 1983, Medicare lo utilizó para cambiar sus sistemas de pago a los hospitales con la finalidad de contener el constante incremento de los costos sanitarios.

La elaboración de los GDR es una tarea intelectual que ha ido evolucionando, buscando facilitar la incorporación de los cambios que se producen en las prácticas médicas, la aparición de nuevas enfermedades y el desarrollo tecnológico. Esta tarea ha consistido en la aplicación de técnicas estadísticas y criterios médicos a información sobre diagnósticos, procedimientos y datos administrativos de grandes números de pacientes. En todos los casos, el problema a resolver ha sido definir las variables independientes o características significativas de diagnóstico que permiten clasificar al paciente dentro de un grupo y la variable dependiente o

unidad de medida de los consumos de recursos. Como resultados de esta labor, se han obtenido diversas versiones de GDR.

La primera versión de GDR consideró como variable dependiente la estancia hospitalaria por considerar que es la que determina el consumo homogéneo de recursos. Como variables independientes, se definieron:

- a) el diagnóstico principal,
- b) el diagnóstico secundario,
- c) la edad,
- d) el procedimiento quirúrgico principal,
- e) el procedimiento quirúrgico secundario,
- f) la atención psiquiátrica.

De esta primera versión resultaron 383 GDR.

En la segunda versión se consideró como variable dependiente el iso-consumo de recursos y sus costos. Las variables independientes definidas para categorizar un paciente en un grupo fueron:

- a) el diagnóstico principal,
- b) el procedimiento quirúrgico principal,
- c) otros procedimientos,
- d) la edad y
- e) las complicaciones y comorbilidades.

Las complicaciones son los procesos patológicos surgidos durante la permanencia del paciente en el hospital. Las comorbilidades son los problemas de salud o enfermedades del paciente antes de su ingreso en el hospital, demandantes de cuidados médicos especiales y prolongadores del tiempo de estancia.

De la tercera versión surgieron 493 GDR. En este caso, también se utilizó el iso-consumo de recursos como variable dependiente y se definieron como variables independientes:

- a) la edad,
- b) el sexo,
- c) el diagnóstico principal,
- d) el diagnóstico secundario,
- e) los procedimientos quirúrgicos y médicos,
- f) la situación en el momento del alta (médica, voluntaria, defunción, traslado,...).

Para asignar los pacientes a cada uno de los GDR se llevan a cabo los siguientes procedimientos:

- a) asignación a una Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) según el código de diagnóstico principal,
- b) clasificación en pacientes médicos o quirúrgicos según la necesidad de intervención,

- c) los pacientes médicos se clasifican en las categorías que señalan los diagnósticos principales y los pacientes quirúrgicos en las indicadas para las diferentes intervenciones quirúrgicas. Ambos subgrupos configuran los GDR Adyacentes o GDRA.
- d) Los pacientes categorizados en los GDR Adyacentes se clasifican en una de las tres clases de GDR médicos o en una de las cuatro de GDR quirúrgicos, según variables que discriminan los efectos en el consumo de recursos de cada una de las complicaciones y comorbilidades.

El cálculo de costos en hospitales organizados por productos

El *Estado del Bienestar* surgió como un acuerdo entre los defensores del Mercado y los defensores del Estado como medio de generación y distribución de recursos. El bienestar buscado se concretaba en cuatro objetivos concretos: alcanzar el pleno empleo, brindar educación a todos los ciudadanos, llegar a mantener un nivel mínimo de vida y ofrecer servicios de asistencia sanitaria de acceso universal. A finales de los años setenta y durante la década de los ochenta, el Estado del Bienestar comienza a mostrar un fuerte resquebrajamiento. Su tendencia al incremento del gasto, motivada por una demanda de servicios públicos ilimitada, que considera el acceso a los servicios sociales como un derecho indeclinable y expansivo es la fuente de la debilidad económica de la institución social acordada entre liberales y socialistas.

Es en este contexto de dificultades económicas y políticas en el cual el estudio de los costos en el sistema sanitario adquiere gran significación. En una primera aproximación, puede observarse que el elemento más caro del sistema sanitario es el hospital. Las causas primeras que justifican esta situación es la ineficiencia en el uso de recursos -con niveles muy bajos de productividad y rendimientos- y la tecnificación a niveles de sofisticación altamente imprudentes. La demanda de servicios asistenciales tiende a ser ilimitada mientras que los recursos disponibles son escasos.

En Estados Unidos, el interés de conocer los costos de cada uno de los GDR surgió de la necesidad de Medicare de establecer tarifas para sus pacientes.

En Europa, a través del proyecto EURODORG se han desarrollado dos métodos de cálculo de costos de GDR:

- a) el Método “top-down”: calcula el costo total medio por GDR, y
- b) el Método “bottom-up”: calcula el costo real por paciente y, luego, el costo del GDR por agregación.

El método “top-down” presenta como desventaja que calcula costos medios por GDR, lo cual impide detectar aumentos o disminuciones de costos dentro de los grupos. Esta forma de cálculo dificulta identificar cambios en los costos derivados de cambios en las prácticas médicas dentro de un mismo GDR, en un mismo hospital. La ventaja es su sencillez, pues requiere menos información y resulta más fácil desarrollar el sistema en una organización hospitalaria.

El método “bottom-up” tiene como desventaja su complejidad, pues requiere más información y el procedimiento para el cálculo de los costos de cada GDR presenta más dificultades. Su principal ventaja es la utilidad que brinda para la gestión diaria del hospital, pues la información que suministra es más detallada y precisa, permitiendo un control de gestión más acabado y promoviendo la innovación.

Estados Unidos y los países europeos han preferido el método “top-down”. Al respecto, debe considerarse que no se trata simplemente de un cambio de sistema de información de costos, sino que la gestión hospitalaria por GDR significa cambios organizativos, culturales, de estilo de dirección y una nueva visión estratégica del hospital. Por otra parte, cuando un método se va haciendo de aceptación generalizada permite luego las comparaciones entre los logros alcanzados por los diversos hospitales de los diversos países. Emplean este método Bélgica, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Dinamarca y Francia. El método “bottom-up” está siendo aplicado en Holanda y España.

Para calcular el costo de un GDR, ya sea por un método u otro, es necesario calcular el costo de las unidades organizativas del hospital, tal como se hace en la forma tradicional. Sin embargo, existe una diferencia sencilla, pero fundamental para el cálculo de los costos: las unidades organizativas se clasifican de modo distinto al tradicional.

En los métodos tradicionales las unidades se clasifican en médicas, de diagnóstico, de apoyo y de servicios generales. Los costos directos de las unidades se asignan a cada una de ellas. Luego los costos de algunas de las unidades de apoyo y de las de servicios generales, por ser indirectos, comunes o compartidos por las unidades médicas y de diagnóstico se distribuyen a ellas a través de sucesivas asignaciones.

En las nuevas propuestas se utiliza, además de la clasificación tradicional, la clasificación de unidades organizativas en Centros de Costos Iniciales y Centros de Costos Finales. Los Centros de Costos Iniciales son aquellos a los cuales se les asigna sus costos directos, inequívocamente vinculados a ellos. Los Centros de Costos Finales son aquellos que ofrecen servicios directamente a los pacientes. Todas las unidades son consideradas Centros de Costos Iniciales y todas las unidades, a excepción de las de Servicios Generales, son consideradas Centros de Costos Finales.

Es interesante observar que la diferencia con la propuesta tradicional es pequeña, sencilla, pero que tiene un gran efecto en el cálculo y control de costos. Con esta nueva clasificación, con esta sencilla diferencia, se pretende que la mayor parte de las actividades que se realizan en el hospital estén directamente vinculadas al paciente o, en otras palabras, estén vinculadas inequívocamente a cada uno de los procesos de tratamiento y diagnóstico que configuran cada uno de los GDR en el hospital.

La nueva clasificación de las unidades organizativas parte de considerar que el hospital se organiza por procesos, productores, cada uno de ellos, de cada uno de los múltiples productos ofrecidos por la entidad sanitaria. Tiene en cuenta la organización horizontal de la entidad, en contrapunto con la propuesta tradicional, que consideraba la organización vertical por funciones.

Método “top-down”

Este método tiene como objetivo calcular el *costo total medio* de cada GDR que ofrece el hospital. Para ello, es necesaria la siguiente información:

- a) Información del alta del paciente suficiente para asignarlo a un GDR y determinar la duración de la estancia.
- b) Información de los Servicios de Apoyo prestados al paciente durante su estancia, tales como servicios de laboratorios. Con esta información se asigna los costos de los servicios de apoyo a cada uno de los pacientes.
- c) Criterios de distribución de los costos comunes de los Servicios Generales (que son sólo Centros de Costos Iniciales) al resto de las unidades médicas, de diagnóstico y de apoyo

El método “top-down” puede describirse en tres etapas. La primera consiste en asignar los costos directos a los Centros de Costos Iniciales. La segunda etapa consiste en distribuir los costos comunes o indirectos de los Servicios Generales a los Centros de Costos Finales y en calcular los costos de los Centros de Costos Finales. La tercera etapa consiste en calcular los costos medios totales de los pacientes en cada GDR.

La asignación de los costos directos a los Centros de Costos Iniciales no ofrece ninguna dificultad porque se trata de los esfuerzos económicos realizados por cada uno de estos centros para cumplir con sus actividades. Son costos inequívocamente vinculados a los Centros de Costos Iniciales. Esta asignación no presenta diferencias, al menos significativas, con la metodología tradicional.

En la segunda etapa, los costos de los Servicios Generales deben distribuirse a los Centros de Costos Finales por ser comunes a todos ellos. Cuando existan prestaciones recíprocas entre diversas unidades de Servicios Generales, será conveniente repartir sus costos entre ellas primero. Una vez realizada la distribución recíproca anterior, los costos de las unidades de Servicios Generales se distribuyen a los Centros de Costos Finales.

Es conveniente realizar este reparto de costos indirectos siguiendo la propuesta realizada por el Método de Cálculo de Costos por Actividades (ABC). De esta forma los costos se distribuyen según los generadores o inductores de costos que se definan para cada actividad. Es decir, los costos de las unidades de Servicios Generales se distribuyen según el indicador que resulte más representativo del número de veces que el Centro de Costo Final realizó transacciones con la unidad de Servicio General cuyos costos se están distribuyendo.

La distribución de costos indirectos por el método ABC contribuye a mantener en el sistema de costos la visión de organización por procesos, considerando que el objetivo que se quiere alcanzar es el de calcular el costo medio total por GDR, y que cada GDR constituye un proceso en el que se realizan diagnósticos y tratamientos.

Una vez realizada la distribución de costos indirectos se calculan los costos totales de los Centros de Costos Finales. De esta forma, cada Centro de Costos Finales sumará sus costos directos y los costos indirectos que le fueron asignados por distribución.

Finalmente, en la tercera etapa se calculan los costos de cada paciente en cada GDR. Para ello, es necesario disponer de la información sobre los servicios prestados al paciente y el GDR al cual fue asignado. El número de servicios prestados al paciente es la variable dependiente y se mide por datos estadísticos como la estancia (también puede utilizarse la facturación o las unidades relativas de valor).

El costo total de un período de cada Centro de Costo Final se divide por el número de unidades producidas (servicios prestados) durante el período. Se obtiene, así, el costo unitario del servicio. Luego, el costo del paciente en un Centro de Costos Finales se obtiene multiplicando el costo unitario del servicio por el número de veces que lo ha consumido el paciente. La suma de los costos del paciente en cada Centro de Costo Final que configura un GDR da por resultado el costo medio total del paciente de un GDR. La suma de los costos medios totales de todos los pacientes atendidos durante un período en un GDR da como resultado el costo total del GDR durante el período.

Método “bottom-up”

Este método tiene como objetivo calcular el costo directo real del paciente de cada GDR. La información necesaria para poder desarrollarlo es similar a la requerida por el método “top-down”, es decir, es necesaria información suficiente del paciente que permita asignarlo a un GDR e información respecto de los servicios que le fueron prestados. Sin embargo, en este método no es necesaria la información respecto de los criterios de distribución de los costos indirectos generados por los Servicios Centrales.

La originalidad de este método reside en que no reparte los costos indirectos de los Servicios Centrales entre los Centros de Costos Finales. Se trata de un método de costos parciales, pues los costos de los pacientes no contienen la totalidad de los costos, sino sólo una porción de los mismos, los costos directos de los Centros de Costos Finales. Se adopta una aproximación al criterio de variabilidad de los costos por contraposición al método “top-down” que sigue al criterio de costos completos o de absorción.

El cambio introducido por el método “bottom up” tiene el fin de superar la arbitrariedad en la distribución de los costos indirectos cuando éstos son repartidos por los criterios tradicionales, como costo primo, horas máquina, horas de servicio, superficie, etcétera.

Por otra parte, evita que la distribución de costos indirectos distorsione los costos unitarios que corresponden a un GDR por efecto de las economías de escala que se producen con los cambios en los volúmenes de servicios producidos. Conviene destacar, sin embargo, que el método “top-down” no cae en tal arbitrariedad cuando utiliza el método ABC de reparto. Por otra parte, debe recordarse que no todos los costos directos son variables y, por tanto, la presencia de costos directos fijos en los Centros de Costos Finales producen las mismas distorsiones en los costos unitarios que se determinan.

El método “bottom-up” se desarrolla en dos etapas. La primera consiste en asignar los costos directos a todos los Centros de Costos Iniciales, que, como señalamos anteriormente, son todas las unidades hospitalarias. La segunda etapa consiste en calcular los costos directos unitarios de cada Centro de Costo Final para luego ser asignado a cada paciente según el consumo de recursos realizado, medido por su estancia en el hospital o por otra variable dependiente. La suma de los costos del paciente en cada Centro de Costo Final que configura

un GDR permite obtener el costo por paciente del GDR al que fue asignado. La suma de los costos de los pacientes que fueron atendidos durante un período en un GDR informa del costo total del período del GDR correspondiente.

A modo de conclusiones: la Dirección de Hospitales por GDR

Los GDR son un Sistema de Clasificación de Pacientes que permite medir la mezcla de casos (o “case-mix”) de un hospital. Es un sistema que ha sido diseñado para poder aplicar a los hospitales formas organizativas menos jerárquicas, más horizontales, con reemplazo de las funciones tradicionales por los nuevos procesos que posibilitan las actuales tecnologías microelectrónicas, informáticas y de telecomunicaciones. Todo ello contribuye a orientar la organización hacia el cliente-paciente y requiere personal altamente capacitado, con altos niveles éticos y dispuestos a aprender continuamente.

En Estados Unidos su principal aplicación ha sido la de servir de base para el reembolso de las prestaciones hospitalarias. En Europa su principal aplicación ha sido la de tornarse en una herramienta de gestión que permita una actitud estratégica y comprometida de todo el personal de las organizaciones sanitarias y no se ha utilizado, todavía, para el pago prospectivo a hospitales.

Los principales aportes de los GDR a la gestión de los hospitales pueden sintetizarse en los siguientes:

- Definen claramente el producto hospitalario,
- Proporcionan un lenguaje y terminología común,
- Comunican mejor a los diversos directivos del hospital: médicos, administradores y directivos,
- Permiten conocer la diversidad de pacientes del hospital,
- Organizan mejor el trabajo.

A partir de la clasificación de pacientes en GDRs, los directivos pueden desarrollar un nuevo estilo de dirección, caracterizado por la mayor intensidad en la atención puesta tanto en las tareas (agrupadas ahora por procesos), en los recursos consumidos, en los procesos motivacionales y de aprendizaje de las personas, en la evolución del entorno y en los resultados obtenidos.

Los GDR facilitan a la dirección tareas como gestión de la demanda y de las líneas de productos, benchmarking de las mejores prácticas médicas y administrativas, gestión de la calidad, la innovación y el desarrollo científico, gestión presupuestaria de los recursos y control integral de la gestión, todas ellas encaminadas a lograr el posicionamiento del hospital en mercados competitivos, de demandas altamente exigentes.

BIBLIOGRAFÍA

ARCE, F.P. y TEMES, J.L. (1992): ***“Los sistemas sanitarios. Manual de gestión hospitalaria”***, Interamericana McGraw Hill, primera edición, Madrid.

ACHICART, C. (1988): ***“Técnicas de medición del case-mix hospitalario”***, Revista Hospital 2000, pág. 8.

CASAS, M. (1991): ***“Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización”***, Editorial Masson, Barcelona.

CORELLA, José María (1996): ***“La gestión de servicios de salud”***, Ediciones Díaz de Santos, Madrid.

DUEÑAS RAMIA, Germán (1996): ***“La dirección de empresas ante la nueva complejidad”***, Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, España.

DUEÑAS RAMIA, Germán (2001): ***“Cálculo de costos por actividades. Activity Based Costing”***, Serie Cuadernos Número 27, División Publicaciones, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Cuyo.

DUEÑAS RAMIA, Germán (2002): ***“Los costos de los distintos niveles de organización empresaria : la dimensión estratégica de los costos y algo más ... ”*** publicado en la Revista del Instituto Argentino de Profesores Universitarios de Costos (IAPUCO) año 11 nº 42 , diciembre 2001.

FREEMAN, J.L.; FETTER, R.B.; NEWBOLD, R.C.; RODRIGUES, J.M. y GAUTHIER, D. (1986): ***“Desarrollo y adaptación de un modelo de costes y presupuestos en hospitales franceses”***, Revista Todo Hospital, Nº 24.

LAMATA, F.; CONDE, J.; MARTINEZ, B. y HORNO, M. (1998 reimpresión del original de 1994): ***“Marketing sanitario”***, Ediciones Díaz de Santos, Madrid.

MARTÍN FUENTES, María Teresa y ROMÁN GONZÁLEZ, María Victoria (1998): ***“Los círculos del paciente: pieza clave para mejorar la calidad en el sistema sanitario”***, Deusto Business Review, Nº 86, pág. 96.

ÉRCOLE, Raúl (1980): ***“Costos especiales. Costos en hospitales y clínicas”***, Capítulo XVI en GIMÉNEZ, Carlos: ***“Costos para empresarios”***.

MUÑOZ, A. (1989): ***“Los sistemas sanitarios y su organización”***, FISS, Madrid.

RIVERA LATAS, Javier y OSENDE ROBERT, Cristina (1997): ***“El hospital del siglo XXI”***, Deusto Business Review, pág.59.

TEMES MONTES, José Luis; DÍAZ FERNÁNDEZ, José Luis y PARRA VÁZQUEZ, Blanca (1994): ***“El coste por proceso hospitalario”***, McGraw Hill, Madrid.

SHUMACHER, D.N.; CLOPTON, C.J. y BERTRAN, D.A. (1982): ***“Measuring hospital case-mix”***, Qual.Rev.Bull., pág.20.