

Sistema y metodología de costos hospitalarios.

Santamaría Benhumea Acela Marlen,¹ Anaya Herrera José,¹ Ibarra Estrada Everardo,¹ Santamaría Benhumea Nancy Hitayezti.¹

Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz" (HMPMPS), Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Toluca, México.¹

Resumen

El análisis de costos es parte central de la evaluación económica en salud y una preocupación de evaluadores/as y planificadores/as, a pesar de su complejidad. Tradicionalmente, los hospitales se organizan por funciones y sistemas de información de costos que tienen como finalidad decidir cómo distribuir los esfuerzos económicos comunes o compartir los diversos departamentos. El trabajo aborda la metodología de costos hospitalarios. La complejidad inherente al problema del costeo puede reducirse definiendo correctamente el objeto del costeo, realizando una descripción detallada del proceso asociado al servicio que se quiere costear y considerando otros aspectos críticos como identificar, cuantificar y valorizar el consumo de recursos asociados a las intervenciones.

Palabras clave: *Metodología, costos hospitalarios.*

Summary

Cost analysis is central to economic evaluation in health and a concern of evaluators and planners, despite their complexity. Traditionally, hospitals are organized by functions and cost information systems whose purpose is to decide how to distribute common economic efforts or share the various departments. The paper addresses the methodology of hospital costs. The inherent complexity of the costing problem can be reduced by correctly defining the cost object, making a detailed description of the process associated with the service to be financed and considering other critical aspects such as identifying, quantifying and valuing the consumption of resources associated with the interventions.

Key words: *Methodology, hospital costs*

Introducción

Un sistema de costeo es indispensable en las organizaciones en la actualidad articulado con un proceso en la toma de decisiones.¹ La toma de decisiones con base a una evaluación económica involucra un análisis cuantitativo y cualitativo, además de ser comparativo de alternativas de costos y sus consecuencias.²

La relevancia de incorporar aspectos epidemiológicos y económicos a la perspectiva clínica, constituye una propuesta integral para el análisis y evaluación del desempeño y los costos de la atención para el sistema de salud. En efecto, el desarrollo de estudios de investigación evaluativa que integren una valoración económica con valoraciones clínica y epidemiológica, se torna relevante para un abordaje de mayor efectividad en el abatimiento de los costos asociados al problema de cualquier otra enfermedad.³

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS)]. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.⁴ La inversión pública en el sistema de salud mexicano ha aumentado de 2.4% a 3.2% del producto interno bruto (PIB) entre 2003 y 2013.



Los hospitales públicos carecen de sistemas de costos que permitan suministrar la información necesaria para la toma de decisiones gerenciales, no obstante se estén dando pasos decididos para la adecuación e implementación de los mismos.⁵ Por esto la exigencia de la implementación de un sistema de costeo hospitalario que permita cubrir los servicios de salud es de gran utilidad para la gestión de las instituciones de esta naturaleza, públicas o privadas, dados los crecientes niveles de competitividad.

El análisis de costos en los hospitales es un tema que ha suscitado un gran interés en los últimos años,⁶ debido a que la demanda de los servicios de salud se ha incrementado de acuerdo a las necesidades de la población, por lo que las y los planificadores y ejecutores/as de las políticas públicas se ven en la necesidad de eficientar los recursos financieros⁷ con el objetivo de equilibrar el gasto del sector, previniendo desbalances en el sector privado.

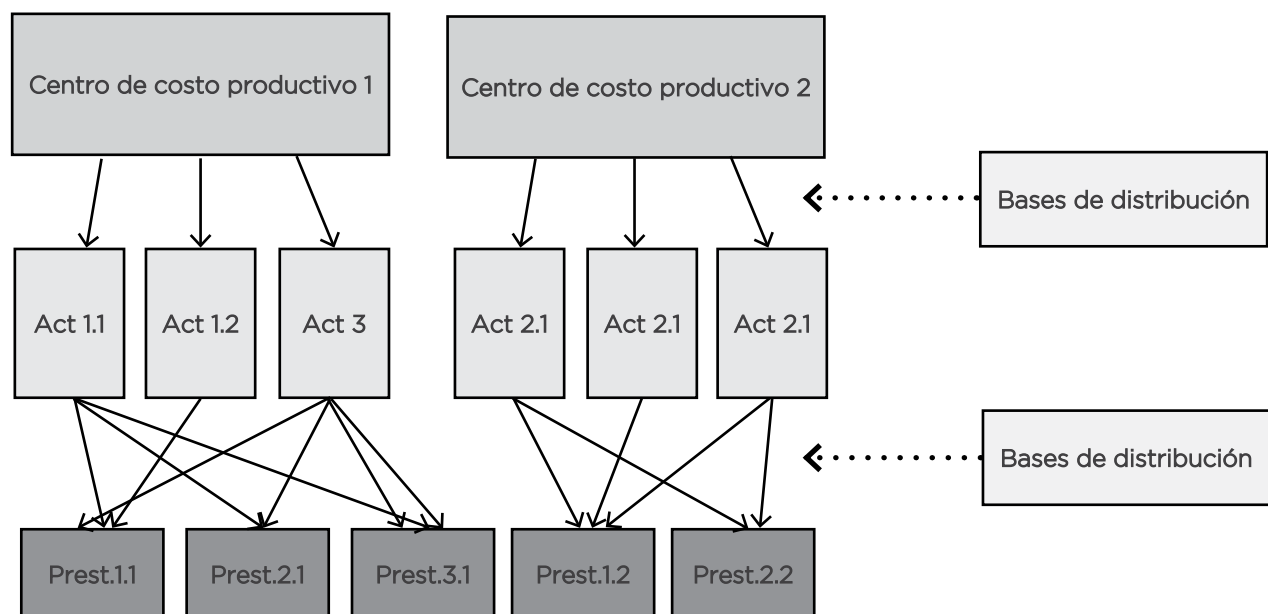
La actividad principal de los establecimientos hospitalarios es la prestación de servicios, es decir dar atención de salud a los pacientes, por lo tanto el sistema de costeo hospitalario debe ser planificado por la alta dirección de tal manera que se considere un adecuado cálculo de costos para un servicio que tiene características específicas con respecto a otras actividades.

Sistemas ó metodologías de costeo

El tema de metodologías o sistemas de costeo en la literatura se puede encontrar en múltiples opciones mediante las cuales es factible obtener el costo de un producto o servicio,⁸ realizando un análisis de la teoría general de costos aplicada al sector salud, se encuentran herramientas para la gestión y manejo de los costos que pueden cumplir con los requisitos de información que se requieren en él, las cuales combinan las técnicas más acertadas en la asignación de recursos con el análisis de procesos y actividades.⁹ Es por ello que cada vez toma más fuerza en este sector la utilización de metodologías tales como:

Costeo Basado en Actividades ABC: el ABC (Activity Based Costing) es una metodología de costeo que surge con la finalidad de mejorar la asignación de recursos a cualquier objeto de costo (producto, servicio, cliente, mercado, dependencia, proveedor, etc.) y tiene como objetivo medir el desempeño de las actividades que se ejecutan en una empresa y la adecuada asignación de costos a los productos o servicios a través del consumo de las actividades **Figura 1**; lo cual permite mayor exactitud en la asignación de los costos y permite la visión de la empresa por actividad.¹⁰

Figura 1. Costeo basado en actividades





Costeo por Protocolos: un protocolo desde el punto de vista clínico, es una secuencia ordenada de procedimientos utilizables ante una o un individuo con un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un problema de salud. El protocolo permite al médico/a o personal del área de la salud encargado del procedimiento, realizar el tratamiento de manera efectiva y con el costo mínimo.¹¹ El costeo por protocolos aunque es muy utilizado en el área de la salud, más que una metodología de costeo, es una herramienta que permite calcular estándares de consumo ante determinado procedimiento, los cuales son utilizados por el Costeo Basado en Actividades o el Costeo Absorbente al momento de calcular el costo real de la prestación del servicio y por el costeo estándar para proyectar el comportamiento de los servicios.¹²

Costos por procesos: el enfoque sistémico o por procesos, parte del principio de que el Proceso es la forma natural de organización del trabajo y surge en contraposición de las organizaciones piramidales o verticales, estructuradas con base en las funciones (enfoque funcional). Todo proceso hace parte de un sistema y es uno de los elementos importante de él. Un Sistema es cualquier conjunto de elementos interconectados por una configuración de relaciones que constituyen la organización que lo define y especifica su identidad.¹³

Costo por paciente/patología: este método exige sistemas de información muy complejos que permitan registrar los costos para cada uno/a de los/a pacientes, además no tiene en cuenta la asignación de un grupo grande de costos indirectos asociados a los servicios. Tiene una clasificación en dos grandes tipos de costos: variables y fijos; es decir, por un lado el sistema deberá calcular los costos variables por paciente que serán todos aquellos gastos que se originan por la atención al paciente, por ejemplo, medicamentos, material de uso médico, análisis, honorarios específicamente para esa o ese paciente, etc. Por otro lado, se deben calcular los costos fijos o costos por utilización de los servicios del hospital, como pueden ser el costo del día/cama en cada tipo de sala (convencional, intermedio, intensivo, etc.), el costo de utilización del quirófano, el costo de la consulta por especialidad, etc.¹⁴

Grupos Relacionados de Diagnóstico - GRD: el GRD 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.¹⁵ En consecuencia, las y los pacientes se agrupan en categorías homogéneas en función de las características clínicas que presenten y de los procesos a los que tendrán que ser sometidos, formándose así grupos de "isoconsumo" de recursos.¹⁶

La implementación de sistemas de GRD ha fomentado la eficiencia en hospitales sin reducir la calidad de la atención médica en muchos países miembros de la OCDE, pero es necesario introducir un enfoque unificado para introducir un mecanismo similar en todo el sistema.¹⁷

Centros de Costos

El establecimiento para efectos de costeo, actualmente organiza sus unidades funcionales en Centros de Costo, clasificados en dos tipos: Centros de Costos Productivos (CCP), y centros de Costo de apoyo directas e indirectas (CCADel).

Los centros de costos productivos cumplen en forma directa el objeto de establecimiento, es decir son las unidades relacionadas con la atención de las y los pacientes, como por ejemplo en hospital de atención materno perinatal en **Tabla 1.**

Tabla 1. Centro de costos por unidad productiva

Centro de Costos por Unidad Productiva
Hospitalización Obstétrica y Ginecológica
Medicina Materno Fetal
Urgencias Obstétricas y Ginecológicas
Urgencias y Reanimación Neonatal
Crecimiento y Desarrollo Neonatal
Cuidados Intermedios Neonatales
Cuidados Intensivos Neonatales
Cuidados Intensivos Obstétricos
Anestesiología y Quirófano
Robótica en Medicina Crítica



Dentro de un centro de costos existen costos directos, es decir costos que se originan en forma directa, como materiales, mano de obra y gastos de fabricación¹⁸ utilizados por el centro de costo, para producir un bien o prestar un servicio, también existen costos indirectos es decir aquellos que reciben un centro de costos de uno o más centros de la institución por el hecho de que estos últimos le prestaron ciertos servicios para el cumplimiento de sus objetivos.

Se distribuyen los gastos totales, sin considerar distinción entre gastos fijos y variables, según los servicios prestados entre los centros de gasto. Las prestaciones de salud que ofrecen los centros de costos productivos están costeadas según el volumen de actividad (producción), de los centros de costos y características de la prestación respecto de los recursos necesarios para otorgarla, con esto se determina el gasto del centro explicado por las prestaciones entregadas. Los centros de gastos productivos, para otorgar sus presentaciones requieren de bienes y servicios de los centros de costo no productivos directos e indirectos como por ejemplo en un hospital de atención materno perinatal **Tabla 2 y 3**, por lo tanto los gastos deben ser distribuidos hacia los centros de Costos Productivos. El sistema de costeo identifica diferentes elementos del gasto, denominados ítems de gasto, cuyos montos son imputados, en cada centro de gasto. Respecto a los ítems de gasto, usualmente asociados al catálogo de cuentas de la Contabilidad del establecimiento, se logran identificar los siguientes grupos en la **Tabla 4**.

Tabla 2. Centro de costos de apoyo directas

Centro de Costos de Apoyo Directas
Trabajo Social
Imagenología
Anatomía Patológica
Laboratorio Clínico
Medicina Transfusional
Endoscopia Ginecológica

Tabla 3. Centro de costos de apoyo indirectas

Centro de Costos de Apoyo Indirectas
Administración de Personal
Recursos Financieros
Recursos Materiales
Mantenimiento
Tecnologías de la Información
Servicios Generales y Subrogados

Tabla 4. Ítems de Gastos.

Ítem Gastos	Ejemplos
Remuneraciones	Remuneraciones de médicos
	Remuneraciones de paramédicos
	Remuneraciones de Auxiliares Técnicos y de Enfermería
	Remuneraciones de Administrativos
	Otras Remuneraciones
Insumos	Insumos de Farmacia
	Insumos de Papelería
	Insumos de Combustibles
	Insumos de Alimenticios
	Insumos de Artículos de Aseo
	Insumos de Mantenimiento
	Otros Insumos
Depreciaciones	Depreciación de Edificios
	Depreciación de Equipo de Oficina
	Depreciación de Equipo de Cómputo
	Depreciación de Transporte
	Depreciación de Equipo Médico
	Depreciación de Instrumental Médico
Consumo Básico	Agua
	Luz
	Teléfono
	Internet
Gastos Complementarios	Arrendamiento
	Contratación de servicios
	Capacitación
	Mantenimiento de Equipos

Los costos hospitalarios son de importancia pues se puede detectar dónde se están perdiendo los recursos y dónde hacen falta, dónde hay exceso de trabajadores/as y dónde puesto sin cubrir, el conocer estos costos, nos permite conocer los defectos de la institución, así como lograr una mejor eficiencia y eficacia.

La estimación de costos supone, además de definir correctamente el problema que se quiere abordar objeto del costeo y una descripción detallada del proceso asociado al servicio que se quiere costear, otras tres etapas: Identificar el consumo de recursos asociados a las intervenciones; cuantificar el consumo físico de recursos y valorizar el consumo de recursos.¹⁹

Bases de Distribución definidas por el hospital

Una tarea fundamental de la contabilidad de costos es la adecuada asignación de la distribución de los costos por unidades de apoyo directo e indirecto a las unidades productivas. La asignación de este tipo de costos resulta



de la siguiente fórmula: Cuota de Asignación / Base de Distribución.

El proceso de distribución de los costos por unidades de apoyo se basará en la capacidad normal de trabajo de las unidades de producción **Tabla 5 y 6**. Por esto la metodología a seguir requiere que cada base de distribución con las que reparte cada centro de costo por unidad de apoyo directo e indirecto, se diferencie entre la base de distribución definidas por su naturaleza como “fijas” (m²) y bases de distribución definidas por su naturaleza como “variables” (materiales de uso médico). **Tabla 7**.

Tabla 5. Base de distribución para centro de costos por unidad de apoyo directo

Centro de Costo	Base de Distribución
Trabajo Social	Número de servidoras y servidores públicos
	Referencias aceptadas
	Estudios socioeconómicos elaborados
Imagenología	Número de servidoras y servidores públicos
	Estudios de RX realizados
Anatomía Patológica	Número de servidoras y servidores públicos
	Exámenes de Anatomía patológica y autopsias realizados
Laboratorio Clínico	Número de servidoras y servidores públicos
	Estudios de laboratorio de rutina, especializados, tomados en consulta externa y hospitalización

Tabla 6. Base de distribución para centro de costos por unidad de apoyo indirecto

Centro de Costo	Base de Distribución
Administración de Personal	Número de servidoras y servidores públicos en el establecimiento
Recursos Materiales	Medicamentos surtidos en consulta externa y hospitalización
	Material de curación en relación a lo solicitado
	Compras directas realizadas con oportunidad
Mantenimiento	Horas hombre-mantenimiento empleados en relación a los solicitados
Tecnologías de la Información	Horas hombre - número de computadoras con funcionalidad
Servicios Generales y Subrogados	Horas hombre- metros cuadrados del establecimiento
	Número de traslados realizados

Tabla 7. Generadores de costo de los recursos por unidad productiva

Recurso	Generador
Costo Directo	
<i>Fijo</i>	
Sueldos y Salarios Médicos/as y paramédicos/as	Horas- hombre
Depreciaciones	
Depreciaciones de activo fijo	Tiempo - uso
<i>Variable</i>	
Mantenimiento	
Preventivo	Revisiones/tiempo
Correctivo	Reparaciones/tiempo
Útiles de aseo	m ² /Jornada
Consumos básicos	
Agua	m ³ utilizados
Luz	Energía utilizada (KWH)
Teléfono	Llamadas Realizadas- Recibidas
Internet	Media útil para flujo de datos
Costo Indirecto	
<i>Fijo</i>	
Sueldos y Salarios Auxiliares Técnicos y de Enfermería, administrativos.	Horas- hombre
<i>Variable</i>	
Medicamentos	Número de requerimientos
Materiales de uso médico	Número por patología requerida



Conclusión

La reforma de los servicios de salud, de acuerdo con la experiencia de América Latina, está centrando la atención en la búsqueda de eficiencia, lo cual implica reducción de costos afectando otros objetivos indispensables desde una perspectiva de compromiso social, en función del desarrollo armónico del país, como son los relativos a cobertura y calidad de los servicios.

Se debe favorecer los mecanismos de reembolso prospectivos basados en casos en el sector hospitalario en lugar del actual énfasis en la elaboración de metodologías de costeo. Esto podría combinarse con el pago por servicio para algunos servicios hospitalarios cuando sea apropiado, así como límites de gasto global para evitar una escalada de costos.

Existen diferentes sistemas o metodologías de costeo en las que se encuentran herramientas para la gestión y manejo de los costos, las cuales combinan las técnicas más acertadas en la asignación de recursos con el análisis de procesos y actividades. Un paso inicial para crear un sistema de GRD en México requerirá asegurar que la codificación de los diagnósticos y los procedimientos en todos los aseguradores y sus prestadores esté en armonía y siga las normas aceptadas (como el sistema vigente CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud).²⁰

El problema particular que se trata de dilucidar y la perspectiva de la evaluación, condicionan la metodología. La complejidad inherente al costeo se reduce, si se define correctamente el objeto del costeo. Identificación, cuantificación y valoración del consumo de recursos son claves.

Referencias bibliográficas

1. Carratala, JM., Gerenciamiento Estratégico de costos, Alfaomega Gpo 1ª Ed, 2013.
2. Horngren, Charles T. Contabilidad de Costos un Enfoque Gerencial, Prentice Hall/Pearson, 12ª Ed, 2007.
3. Arredondo A, De Icaza E Costos de la Diabetes en America latina: Evidencias del caso Mexicano. Value in Health 14, 2011; S85-S88.
4. Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. The health system of Mexico. Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S220-S232.
5. Vargas GV, Hernández C, Sistemas de Información para la gestión, Rev de Ciencias Sociales, 2009, 15(4), 716-726.
6. Santamaria Benhumea AM, Herrera Villaobos JE, Sil Jaimes PA, and cols. Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención hospitalaria, Medicina e Investigación 2015; 3(2):134- 40.
7. Alcayaga RL, Analisis de costos en evaluaciones económicas en Salud: Aspectos introductorios Rev Med Chile 2010; 138 (Supl 2): 88- 92.

8. Mitchell, Maria R. Vanderbeck, Edward J, Principios de contabilidad de costos, Cengage Learning, 17 Ed, 2017, p. 523
9. Duque Roldan MI, Gomez Montaya LF, Osorio Agudelo JA, Análisis de los Sistemas de Costos utilizados en las entidades del sector salud Colombia y su utilidad para la toma de decisiones. Rev del Instituto Internacional de Costos, 2009;5: 495-525.
10. Toro López, FJ., Costos ABC y presupuestos, Ecoe Ediciones, 2ª Ed, 2016
11. Duque, M.I., Osorio, J.A. Sistema de costeo basado en actividades aplicado al sector salud. Rev. Contaduría Universidad de Antioquia, 2003; 43 jul-dic.
12. Carmona J, Duque, M.I., Osorio, J.A. La información contable y de costos en las entidades de salud: Una herramienta para su transformación. Rev. Contaduría Universidad de Antioquia, 2008; 145-172.
13. Cardenas y Napoles RA, Administración de Costos, Mcgraw Hill 1ª Ed, 2007
14. Montico E, Velarde M, Un propuesta de costos para las instituciones de asistencia médica colectiva: costos por pacientes y patología. VIII Congreso de Instituto Internacional de Costos, 2003
15. Cuervo J, Osorio JA, Costeo Basado en Actividades ABC Eco ediciones, Bogotá, 2007
16. Carmona J, Duque, M.I., Osorio, J.A. La información contable y de costos en las entidades de salud: Una herramienta para su transformación. Rev. Contaduría Universidad de Antioquia, 2008; 145-172.
17. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016, Hallado en:http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/Ig/SS2016_Lg_Informe.pdf / Acceso el 10 de Agosto de 2017
18. Mitchell, Maria R. Vanderbeck, Edward J, Principios de contabilidad de costos, Cengage Learning, 17 Ed, 2017, p. 523
19. Alcayaga RL, Análisis de costos en evaluaciones económicas en salud: aspectos introductorios, Rev, Med Chile; 2010 138 (2): 88-92
20. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016, Hallado en: http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/Ig/SS2016_Lg_Informe.pdf / Acceso el 10 de Agosto de 2017