Mejorando la eficiencia de los proveedores de salud. Pasos básicos para la GESTIÓN ECONOMICOFINANCIERA

Guía metodológica

Sergio Oleaga Pérez de Mendiguren
Josep Codes Marco

nº 3
SERIE DE
DOCUMENTOS
TÉCNICOS
DE CHC
CONSULTORIA
I GESTIÓ

CHC
CONSULTORIA
I GESTIÓ SA
Grup Consorci Hospitalari de Catalunya

Mejorando la eficiencia de los proveedores de salud. Pasos básicos para la gestión economicofinanciera. Autores: Sergio Oleaga Pérez de Mendiguren y Josep Codes Marco. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, S.A. 2002. (Serie de documentos técnicos de CHC Consultoria i Gestió, S.A. nº 3)

Edita: CHC Consultoria i Gestió, S.A.
Avda. Tibidabo, 21. 08022 Barcelona, España
www.chccig.com
chccig@chccig.com

© CHC Consultoria i Gestió, S.A.

Diseño gráfico: Anechina-Osambela

Barcelona, junio de 2002

Serie de documentos técnicos de CHC Consultoria i Gestió, S.A. nº 3

Director general: Josep Fité Benet

Directora de la serie:
Mª Luisa Vázquez Navarrete

NOTA DEL EDITOR: CHC Consultoria i Gestió, S.A. autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación siempre que se cite la fuente. Además los autores agradecerán cualquier comentario que pueda ayudar a mejorar versiones futuras del documento.

CHC Consultoria i Gestió, S.A. forma parte del grupo Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), entidad pública asociativa que agrupa instituciones públicas y entidades privadas sin ánimo de lucro que operan en el sector salud en Cataluña. CHC Consultoria i Gestió, S.A. es una empresa de consultoría y gestión de establecimientos de salud, que trabaja tanto en España como Latinoamérica. Posee una amplia experiencia en diversos ámbitos de los sistemas de salud: la definición y aplicación de políticas de salud y de reforma, así como la planificación, organización y gestión de centros y servicios asistenciales.

CHC Consultoria i Gestió, S.A. busca alternativas a los modelos de organización tradicionales, combinando los principios de los sistemas públicos de salud con una cultura de gestión empresarial, que supone la introducción de cambios innovadores en la forma de organizar y gestionar estos servicios. En definitiva, une la búsqueda de la calidad y eficiencia a la defensa de la equidad en el acceso de la población a los recursos en salud.

Sergio Oleaga Pérez de Mendiguren *es licenciado en Administración de Empresas (Universidad de Deusto), master de Dirección en Logística Integral (Instituto Catalán de Logística), y Certificate in Detailed Scheduling and Planning por la Asociación Americana de Producción y Control de Inventarios (APICS). Inició su carrera profesional como responsable de compras de importación de Daewoo Electronic España. Desde 1999 se dedica a la consultoría, primero en Accenture y, a partir del 2001, formando parte del equipo técnico de CHC Consultoria i Gestió, S.A. Como consultor ha trabajado en proyectos nacionales e internacionales relacionados con reformas de sistemas de salud y la mejora de la gestión economicofinanciera de proveedores de servicios de salud.*

Josep Codes Marco*, diplomado en Gestión Hospitalaria (ESADE) y Dirección Económica y Administrativa de Hospitales (EADA), ha desarrollado desde 1986 su actividad profesional como responsable de la administración y gestión financiera de Badalona Serveis Assistencials, primero como jefe de contabilidad y actualmente como director economicofinanciero. Esta entidad, gestionada por CHC Consultoria i Gestió, S.A. integra un hospital de atención especializada, un centro sociosanitario, un centro de orientación y planificación familiar y tres centros de atención primaria. Durante este tiempo ha participado como ponente en numerosos congresos y conferencias relacionados con la gestión financiera en el ámbito de los proveedores de servicios de salud y es autor de diversas publicaciones en este campo.*

En el entorno actual de contención del gasto de los sistemas de salud públicos, son numerosas las transformaciones que se están llevando a cabo en los modelos de organización y gestión de los servicios de salud y que pretenden mejorar su eficiencia, eficacia y equidad. Entre otras, en los últimos años se han promovido cambios en el papel que juegan los establecimientos de salud dentro del sistema y que implican dotarles de una mayor autonomía de gestión en la utilización de los recursos que tienen asignados. Este proceso de cambio requiere la incorporación en estas organizaciones de técnicas e instrumentos de planificación y gestión, ya utilizados en el ámbito empresarial, de acuerdo a la características propias del sector.

Sin embargo, no es infrecuente encontrar que los responsables de la gestión economicofinanciera de los establecimientos de salud que deben aplicar reformas de este tipo carezcan de la experiencia y de las herramientas necesarias.

CHC Consultoria i Gestió, SA. ha acumulado a lo largo del tiempo una amplia experiencia, tanto en España como Latinoamérica, en la aplicación de técnicas de gestión empresarial en proveedores de salud. Parte de esta experiencia ha sido sistematizada en esta guía desarrollando una metodología que pretende ayudar a sus responsables a incorporar algunos instrumentos específicos en la gestión economicofinanciera de estos establecimientos, de acuerdo a sus necesidades y posibilidades de aplicación. Por ello ha sido elaborada, haciendo hincapié en los aspectos prácticos y abundando en ejemplos que puedan ayudar a su comprensión.

Esta guía constituye el tercer número de la **Serie de documentos técnicos de CHC Consultoria i Gestió, S.A.** con la que queremos hacer difusión de nuestro conocimiento y experiencia y contribuir, también de esta manera, a mejorar la organización y la gestión de los sistemas de salud.

Josep Fité Benet
Director general

Índice

Mejorando la eficiencia de los proveedores de salud. Pasos básicos para la gestión economicofinanciera

pág.

Introducción 9

Resumen 11

1 - La gestión economicofinanciera del proveedor de salud. Conceptos básicos 17

Contabilidad financiera y contabilidad de costes 18

2 - El presupuesto 21

Tipos de presupuestos según su cálculo 22
Presupuestos vinculados a la estructura 23
Presupuestos vinculados a la actividad 23
Enfoque metodológico en la elaboración del presupuesto 26
Proceso de elaboración del presupuesto 28
I - Planificación del proceso 29
II - Previsión de actividad y propuesta de recursos de cada centro 35
III - Negociación 38
IV - Consolidación y aprobación del presupuesto 39
V - Seguimiento y control presupuestario 49

3 - La contabilidad financiera 51

Los estados financieros 53
Balance de situación 53
Cuenta de resultados 54
Cuadro de financiación 55
El análisis de los estados financieros 56
Análisis patrimonial 56
Análisis económico 62
Resumen 64

4 - La contabilidad de costes 67

Desarrollo de un sistema de contabilidad de costes 68
I - Diseño del sistema de costes 70
II - Reparto de los costes entre los centros 77
III - Distribución secundaria de los costes 79
IV - Imputación de los costes a los productos o servicios 84

BIBLIOGRAFÍA 87

ANEXOS 91
Anexo 1 - Seguimiento presupuestario
Anexo 2 - Modelo de balance según el cuadro de cuentas del Plan General de Contabilidad en España
Anexo 3 - Ratios de la Central de Balances del Servei Català de la Salut
Anexo 4 - Análisis comparativo de contabilidad financiera frente a contabilidad de costes
Anexo 5 - Unidades de obra utilizadas para el reparto de costes entre centros

Introducción

La preocupación suscitada por el importante y continuado crecimiento del gasto en salud, el envejecimiento de la población en los países desarrollados, la aparición de nuevas patologías, el incremento de las expectativas de los usuarios, los continuos avances tecnológicos y las políticas de contención del gasto público son algunos de los factores que más han influido en el desarrollo de los procesos de reforma en los que actualmente se encuentran inmersos los sistemas de salud de la mayoría de los países. Estos procesos han tratado, entre otras medidas, de incrementar la participación de los proveedores de servicios de salud (hospitales, centros de salud, etc.) en el proceso de toma de decisiones, dotándoles de una mayor autonomía de gestión.

Con la definición de nuevos modelos de gestión se trata de dar respuesta, en el escenario descrito, a las demandas del entorno. El objetivo es desarrollar organizaciones flexibles capaces de garantizar la calidad en la provisión de servicios y mejorar los niveles de cobertura y los indicadores de salud mediante una utilización cada vez más eficiente de los recursos. Supone reconocer la responsabilidad de los proveedores no sólo sobre la calidad de los servicios de salud que prestan, sino también sobre los recursos que utilizan.

Esta nueva visión empresarial ha permitido la incorporación de técnicas de gestión en estas organizaciones como, por ejemplo, la elaboración de presupuestos vinculados a la actividad, el análisis economicofinanciero y la utilización de la información proporcionada por la contabilidad de costes en el proceso de toma de decisiones.

Esta guía metodológica está dirigida a los profesionales responsables de la gestión de los proveedores de salud. Tiene como objetivo ser un material de referencia eminentemente práctico y operativo para la implantación progresiva, de acuerdo con las posibilidades y las características de cada organización, de los instrumentos citados. Hace hincapié fundamentalmente en aspectos metodológicos y no tanto en conceptos teóricos relativos a los instrumentos, sobre los que ya existe una amplia bibliografía.

En el primer capítulo se define el marco conceptual y se introducen una serie de términos contables y financieros, con el objetivo de facilitar la posterior comprensión de los contenidos de la guía. En los siguientes capítulos se desarrolla la metodología que se debe seguir para la elaboración de un presupuesto vinculado a la actividad, el análisis de los estados financieros y el diseño de un sistema de contabilidad de costes. En cada capítulo se definen los principios básicos para la aplicación práctica de cada metodología y, en la medida de lo posible, se identifican las particularidades propias del sector.

Como comentario general, hay que señalar que los ejemplos desarrollados en este documento tienen validez únicamente como tales y su objetivo es orientar al lector en la comprensión de los conceptos que se van introduciendo. Cada organización deberá adaptar posteriormente los instrumentos analizados a sus propias características y necesidades de información.

Resumen

En los últimos años, las empresas proveedoras de servicios de salud han tenido que hacer frente a nuevos e importantes retos como consecuencia de los cambios que se han ido produciendo en su entorno (envejecimiento de la población, aparición de nuevas patologías, incremento de la factura de farmacia, restricción del gasto público, etc.).

Tanto desde el ámbito público como desde el privado se han puesto en marcha iniciativas destinadas a garantizar la sostenibilidad económica y financiera de estas organizaciones, promoviendo la incorporación de técnicas empresariales en su gestión. Estas técnicas se han aplicado en todos los ámbitos (marketing, finanzas, planificación estratégica, etc.) y han transformado el tradicional modelo de gestión basado en la administración de los recursos.

CHC Consultoria i Gestió, S.A., como empresa consultora especializada en proyectos del sector salud, propone en esta guía una metodología orientada a facilitar la incorporación de alguna de estas técnicas en la gestión economico-financiera de los proveedores de servicios de salud.

En concreto, la guía se centra en el desarrollo de tres metodologías distintas, correspondientes a los siguientes instrumentos: el presupuesto, la contabilidad financiera o general y la contabilidad de costes.

Presupuesto

El presupuesto es un documento que cuantifica monetariamente los recursos materiales y humanos que necesita un proveedor para llevar a cabo su actividad a lo largo de un periodo de tiempo, normalmente un año. El presupuesto está ligado necesariamente al volumen y tipo de actividad de la organización. Es un instrumento de uso cotidiano que proporciona información sobre los recursos económicos que se prevén utilizar y que permite, además, hacer un seguimiento económico de cómo se están empleando dichos recursos. Se compone de los siguientes documentos:

- *Presupuesto corriente o de operación.* Recoge la previsión de ingresos y gastos vinculados al desarrollo de la actividad que se tiene que realizar en el periodo presupuestado.

- *Presupuesto de inversiones.* Recoge la valoración económica de las inversiones que se prevén realizar y que no suponen gasto corriente.

- *Presupuesto de tesorería.* Recoge los pagos y cobros previstos, es decir, aquellas transacciones que afectan a la tesorería de la empresa.

Generalmente, en una primera fase de desarrollo del modelo de gestión, el presupuesto se calcula de forma centralizada según el gasto generado en años anteriores (presupuesto histórico). En la medida que haya una evolución hacia un modelo de gestión más eficiente, el presupuesto debería vincular actividad y recursos.

Paralelamente, y con el objetivo de racionalizar la asignación de los recursos en aquellos proveedores con una estructura organizacional compleja tipo hospital, es importante que las decisiones operativas se descentralicen a los centros o departamentos en los que se organiza. De esta manera, el presupuesto se elaboraría en cada centro y cada responsable asumiría la gestión de los recursos que tiene asignados y los resultados derivados de esta gestión.

Los requisitos previos para elaborar un presupuesto descentralizado vinculado a la actividad son:

- Evolucionar hacia un modelo organizativo que permita descentralizar las decisiones operativas a los centros o departamentos.

- Definir una unidad de producto asistencial representativa de la actividad desarrollada, que se pueda medir y que tenga significado clínico.

- Disponer de un sistema de información que permita recoger y explotar la información económica para los distintos niveles en los que se estructura la organización.

El equilibrio de explotación de un proveedor se consigue a través de una adecuada planificación de las actividades y de una gestión de los recursos basada en el rigor presupuestario. Gestionar los recursos significa gestionar el presupuesto.

Contabilidad financiera o general

La contabilidad financiera es el conjunto de procedimientos definidos para recoger, sistematizar, valorar y resumir las transacciones efectuadas por una empresa con el exterior. Proporciona información a la dirección y a los agentes externos a la organización sobre la situación patrimonial, económica y financiera de un proveedor, a partir de los estados contables:

- *Balance de situación.* Situación patrimonial y financiera
- *Cuenta de resultados.* Resultado económico
- *Cuadro de financiación o estado de origen y aplicación de fondos.* Evolución patrimonial y financiera

Para que esta información pueda ser interpretada por todos los agentes interesados (internos y externos), la contabilidad general se encuentra normalmente regulada. Esta reglamentación determina para cada país y cada sector de actividad los principios que se deben observar a la hora de recoger, ordenar y clasificar la información financiera (por ejemplo, en España, el Plan General de Contabilidad de 1990).

Cada proveedor, en función del régimen contable al que se encuentre sujeto (público o mercantil), presenta esta información de acuerdo con los principios que establezca la normativa correspondiente. Aparte de la obligatoriedad de cumplir con dichos principios, en la práctica, la implantación y la puesta en marcha de un sistema de contabilidad financiera en un proveedor de servicios de salud dependerán básicamente de los siguientes aspectos: el conocimiento de la normativa contable, la capacidad de cumplir con los principios que la misma dispone en cuanto a la recogida, la ordenación y la clasificación de la información economico-

financiera y la existencia de un sistema de información adecuado que apoye y automatice estas actividades.

Contabilidad de costes

Podría parecer que a partir de los instrumentos anteriores –presupuesto y contabilidad financiera– la dirección de un proveedor dispondría ya de toda la información necesaria para poder llevar a cabo una adecuada gestión economicofinanciera. No hay que olvidar, sin embargo, que la sostenibilidad financiera de un proveedor y su capacidad de generar resultados de explotación y financiero positivos a lo largo del tiempo dependerán de cuan eficientemente gestione sus recursos.

Partiendo del hecho de que estos recursos son escasos, la dirección debe decidir su asignación a la producción de un tipo de servicio u otro. Para tomar este tipo de decisiones, necesita conocer y cuantificar los recursos necesarios para llevar a cabo una determinada actividad y relacionarlos con los resultados obtenidos. A partir de esta información, un proveedor podrá tomar decisiones en cuanto a la cartera de servicios que ofrecerá, los precios o tarifas de venta de dichos servicios, y podrá comparar su estructura de costes con respecto a otros proveedores de características similares para evaluar el grado de eficiencia alcanzado.

La contabilidad de costes pretende dar respuesta a estas cuestiones y proporcionar información a la dirección para la toma de decisiones en el ámbito interno de la organización. Se centra en el cálculo de los costes de los distintos productos o servicios producidos, así como de los costes incurridos por los departamentos, centros o secciones que los han generado.

Para realizar este análisis se parte de la información clínica, financiera y administrativa recogida en los sistemas de información de la organización. Se relaciona la información económica que proporciona la contabilidad financiera o presupuestal con las actividades que se han llevado a cabo, no sólo de tipo asistencial sino también por parte del resto de áreas (dirección, administración, servicios gene-

rales, almacén, etc.). Pone en relación la cantidad de factores y recursos empleados con los productos o servicios producidos.

La puesta en marcha de un sistema de contabilidad de costes en un proveedor de salud está condicionada por los siguientes aspectos:

- La implantación de un sistema de contabilidad financiera o presupuestal a partir del cual se puedan extraer los costes del periodo.

- Una recogida sistemática de los datos de actividad de todas las áreas (asistenciales o no) que permita vincular el consumo de recursos a dichas actividades.

- Un sistema de información que automatice la recogida de toda la información económica y no económica que alimenta el modelo, y que permita explotar la información de costes para poderla incorporar al proceso de toma de decisiones.

1 - La gestión economicofinanciera del proveedor de salud. Conceptos básicos

Como se ha comentado anteriormente, los procesos de reforma en los que se encuentran inmersos los sistemas de salud en la mayor parte de los países han ido acompañados de la introducción de técnicas de gestión empresarial en los proveedores de servicios de salud en todos sus niveles (atención primaria, especializada, sociosanitaria, etc.). Esta *empresarialización* de la gestión ha generado un proceso de transformación, desde un sistema en el que primaba la administración de los recursos hasta el desarrollo de un modelo de gestión propiamente dicho.

La incorporación en la gestión financiera de los proveedores de salud de técnicas contables y modelos presupuestarios que vinculan la asignación de recursos a la actividad realizada y a los resultados obtenidos ha supuesto un avance muy importante en este proceso de transformación. Estos instrumentos han demostrado su validez en otros sectores económicos y su utilización es reflejo de esta nueva visión empresarial.

El término *gestión* se define como el proceso de toma de decisiones que, comprometiendo una serie de recursos, pretende la consecución de unos objetivos asumiendo el resultado de los mismos (Asenjo, 1999). El gestor necesita información para poder tomar decisiones de forma objetiva y sustentada. El presupuesto, la contabilidad financiera y la contabilidad de costes proporcionan a la dirección la información económica necesaria para evaluar el resultado de sus decisiones. Estos tres instrumentos constituyen el núcleo de la gestión economicofinanciera en cualquier organización *(FIGURA 1)*.

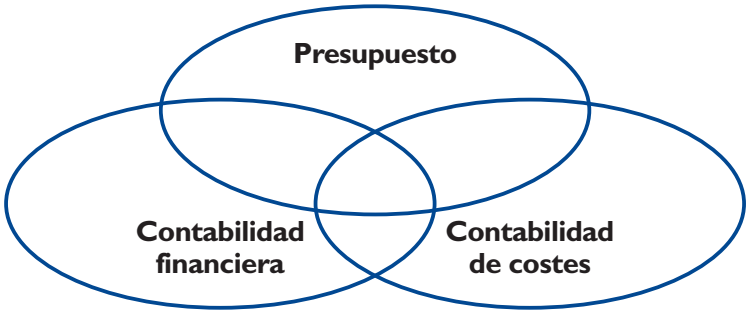


FIGURA 1
Núcleo de la gestión economicofinanciera

El **presupuesto** identifica los recursos materiales y humanos que necesita un proveedor de servicios de salud en el desarrollo de su actividad durante un periodo de tiempo determinado para alcanzar las metas y los objetivos establecidos.

La **contabilidad financiera** proporciona información a la dirección y a los agentes externos a la organización sobre la situación patrimonial, económica y financiera de un proveedor.

Por último, la **contabilidad de costes** suministra a la dirección información relevante para la toma de decisiones en el ámbito interno de la organización. Tiene por objetivo medir y valorar la producción de servicios en los diferentes niveles en los que se estructura para, de esta manera, racionalizar y optimizar la utilización de los recursos disponibles.

Contabilidad financiera y contabilidad de costes

La contabilidad financiera, general o externa, y la contabilidad de costes o interna son contabilidades distintas con objetivos diferentes. Sin embargo, ambas son esenciales para poder llevar a cabo una adecuada gestión economicofinanciera.

Un proveedor de servicios de salud es una unidad económica que necesita relacionarse con el exterior. Por un lado, para llevar a cabo su actividad adquiere elementos de otras unidades de producción (suministradores, empresas de servicios externos, bancos, etc.)y, por otro lado, los servicios que produce los vende a otras unidades económicas (aseguradoras públicas y privadas, mutuas, pacientes particulares, etc.). Esto origina un flujo económico en dos ámbitos, el externo y el interno (Álvarez López, 1985).

- El **ámbito externo** se refiere a las transacciones llevadas a cabo por la organización con su entorno para el desarrollo de su actividad. Estas transacciones generan una corriente económica y/o una corriente financiera:

La corriente económica recoge los gastos e ingresos del periodo y determina el resultado económico.

La corriente financiera recoge los cobros y pagos del periodo y determina la tesorería de la empresa.

- El **ámbito interno** se refiere a la función de producción o proceso de transformación de los factores en productos o servicios. Determina el coste en el que incurren los distintos departamentos de la organización y, a través de éste, el coste de cada uno de los productos o servicios.

La *contabilidad financiera* recoge de forma sistemática las transacciones valoradas efectuadas por el proveedor con el exterior. Proporciona información sobre el resultado económico de la actividad y sobre la situación patrimonial y financiera de la organización. Se confecciona de acuerdo con la legislación contable y responde a cuestiones tales como: ¿qué rentabilidad se ha obtenido en el periodo analizado?, ¿cuál es la situación financiera del proveedor?, ¿cuál es su grado de endeudamiento?, ¿cómo se han financiado las inversiones?, etc. (CHC Consultoria i Gestió, S.A., 1998).

La *contabilidad de costes* es una herramienta de gestión interna para la toma de decisiones. Su objetivo es la valoración económica de los recursos empleados en la producción de servicios para conocer lo que ocurre dentro de la organización. Complementa de esta manera la información suministrada por la contabilidad financiera. Responde a cuestiones tales como: ¿qué servicios son rentables?, ¿a partir de qué tarifa no se pierde dinero con un servicio?, ¿qué cuesta más, llevar a cabo una actividad internamente o subcontratarla?, etc. (CHC Consultoria i Gestió, S.A., 1998).

ALGUNAS DEFINICIONES

Gasto. *Flujo originado por la adquisición de bienes y servicios, en el proceso de producción o por terceros, vinculado con la actividad de la empresa. Generalmente comportan obligaciones de pago. Excepciones: las amortizaciones y las provisiones*

Pago. *Salida de fondos de la empresa. No todos los pagos corresponden a gastos (por ejemplo, la devolución del principal de un préstamo)*

Ingreso. *Flujo originado por la venta de productos o prestación de servicios a terceros vinculado con la actividad de la empresa. Generalmente comportan un compromiso de cobro*

Cobro. *Entrada de fondos en la empresa. No todos los cobros corresponden a ingresos (por ejemplo, la concesión de un préstamo)*

2 - El presupuesto

El presupuesto identifica los recursos materiales y humanos que necesita un proveedor de servicios de salud para el desarrollo de su actividad. Es un documento de uso cotidiano que no trata de adivinar el futuro, sino que éste sea tal y como se ha planificado. El proceso de planificación genera los *inputs* necesarios para la elaboración del presupuesto, que es la expresión monetaria del plan de acción anual y constituye el documento central en el proceso de planificación y control. Se compone de tres documentos fundamentales: presupuesto corriente o de operación, presupuesto de inversiones y presupuesto de tesorería *(TABLA 1)*.

A partir del presupuesto corriente se elabora la cuenta de resultados previsional que recoge los ingresos y gastos previstos del periodo clasificados según su naturaleza. La elaboración de este documento va a permitir a la dirección del centro conocer y analizar el resultado económico previsto y así emprender acciones correctoras desde el principio, en caso de que no se cumplan los objetivos establecidos.

OBJETIVOS DEL PRESUPUESTO

- *Identificar y cuantificar los recursos necesarios para llevar a cabo el plan de acción a corto plazo de la organización y reducir el grado de incertidumbre futura*
- *Disponer de un documento que contenga la valoración económica de la actividad programada y que pueda consultarse en cualquier momento del ejercicio*
- *Analizar las desviaciones que se producen en la utilización de los recursos y de esta forma prever los problemas para poder corregirlos a tiempo*

Documentos del presupuesto

- **Presupuesto corriente o de operación**. Se divide en el presupuesto de ingresos y el presupuesto de gastos:

  Presupuesto de ingresos. Cuantifica los recursos que prevé generar el proveedor como contrapartida a la prestación de servicios de salud durante el periodo presupuestado y con los que debe financiar su actividad

  Presupuesto de gastos. Recoge la valoración de los recursos materiales y humanos necesarios para poder llevar a cabo la actividad prevista

- **Presupuesto de inversiones**. Cuantifica los recursos destinados a inversiones durante el periodo presupuestado

- **Presupuesto de tesorería**. Recoge los cobros y pagos previstos del periodo, es decir, todas aquellas transacciones que afectan a la tesorería de la empresa

TABLA 1
Documentos del presupuesto

Tipos de presupuestos según su cálculo

El cambio que ha supuesto pasar de una administración a una gestión efectiva de los recursos ha llevado consigo un proceso de transformación en el sistema de elaboración del presupuesto en los proveedores de servicios de salud. A partir de un esquema inicial en el que el presupuesto se establecía según la estructura de los centros (gasto histórico), se ha pasado a la elaboración de presupuestos que vinculan los recursos asignados con la actividad prevista y los resultados esperados (Bisbe, 2000a).

Esta evolución ha tenido una razón de ser histórica, coincidiendo con dos etapas secuenciales en el tiempo. La primera se inició con la recuperación económica en los países occidentales tras la crisis provocada por la Segunda Guerra Mundial, aproximadamente en 1950, y transcurrió hasta principios de los años setenta. En esta fase se produjo un espectacular crecimiento de los recursos de salud en los países desarrollados: se construyeron nuevos hospitales, se incorporaron nuevas tecnologías, se incrementó el número de personal asistencial per cápita, etc. En esta etapa de expansión los recursos parecían ilimitados y la planificación era escasa (Temes y cols., 1994). Los proveedores de salud recibían un presupuesto en función del gasto generado en años anteriores y sus responsables administraban estos recursos sin otra referencia que el monto total que tenían asignado.

Con la crisis económica mundial del año 1973, los gobiernos de los países desarrollados se vieron obligados a adoptar una serie de medidas destinadas a contener e incluso reducir el crecimiento del gasto público y, en consecuencia, el gasto en servicios de salud. La etapa expansiva se transformó en una etapa de contención que se ha prolongado hasta la actualidad. Los recursos dejaron de ser ilimitados, se introdujeron mecanismos de planificación y, entre otras medidas, se reconvirtieron los grandes hospitales construidos en la etapa anterior, se adaptaron sus estructuras a las nuevas necesidades, se introdujeron reformas en los sistemas de financiación, etc.

La introducción de nuevos mecanismos de compra en los sistemas de salud nacionales (pago prospectivo, pago capitativo, etc.) ha permitido transferir a los proveedores de servicios de salud el riesgo de la gestión de los recursos que utilizan. Aparece una nueva cultura de gestión en la cual los responsables de la dirección de estas organizaciones lo hacen entendiendo que lo que dirigen es una empresa (Temes y cols., 1994) y que, como tal, es necesario aplicar aquellos criterios empresariales que permitan implementar las estrategias establecidas con los recursos puestos a su disposición.

TIPOS DE PRESUPUESTOS SEGÚN SU CÁLCULO

- *Presupuestos vinculados a la estructura*
- *Presupuestos vinculados a la actividad*
  - *A partir de los productos intermedios*
  - *A partir de los productos finales*

Presupuestos vinculados a la estructura

En este sistema de cálculo, los proveedores de salud determinan los recursos que necesitan para llevar a cabo su actividad de acuerdo con su estructura y con el gasto histórico generado en ejercicios anteriores. Esta planificación se concreta en una previsión de recursos cuya contrapartida económica es un presupuesto. Los recursos no se vinculan a la producción de servicios sino a la estructura de los centros.

El seguimiento y el control presupuestario se llevan a cabo a partir del análisis económico de las distintas partidas. Este análisis no permite identificar qué actividades están consumiendo más o menos recursos. No relaciona la actividad con los recursos que se han utilizado para llevarla a cabo, ni con los resultados obtenidos. Actualmente, muchos proveedores elaboran sus presupuestos siguiendo este esquema.

Presupuestos vinculados a la actividad

En este segundo sistema de cálculo, los presupuestos dejan de establecerse exclusivamente con relación al gasto histórico y se introducen en el proceso de elaboración criterios objetivos que relacionan los recursos con la actividad prevista. El presupuesto se calcula en función de la valoración económica de la actividad y los resultados esperados.

Para elaborar un presupuesto a partir de la actividad que se prevé desarrollar es necesario definir primero la unidad de medida del producto asistencial. En general, se pueden definir dos tipos de unidades, según se mida la actividad basándose en los productos intermedios o los productos finales.

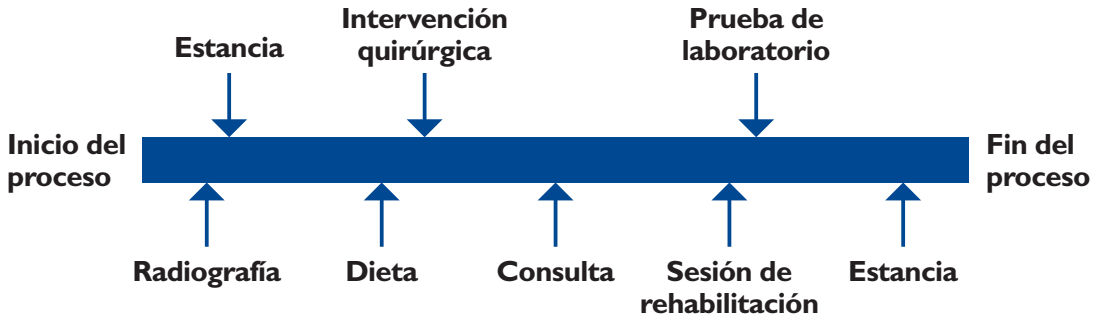
El *producto final* asistencial es cada uno de los procesos tratados por un proveedor de salud (Temes y cols.,1997). Cada proceso incluye todos aquellos servicios (una radiografía, una estancia, una intervención quirúrgica, una prueba de laboratorio, etc.) que recibe un paciente durante el transcurso del mismo (Guadalajara, 1994). Cada uno de estos servicios constituyen lo que se denomina un *producto intermedio (FIGURA 2)*.

El gran número de productos intermedios ofrecidos por un proveedor de salud determina que su producción sea bastante heterogénea. Cada paciente atendido se constituye como un producto final diferente en función de los servicios que recibe. Además, algunos de estos servicios son difíciles de valorar económicamente al ser poco tangibles. Por ejemplo, es más sencillo establecer el coste de una radiografía que calcular el coste de los cuidados de enfermería que recibe un paciente en planta (Guadalajara, 1994). Ambos factores dificultan poder establecer una unidad de medida de la actividad que refleje fielmente la producción de servicios de salud.

Según la unidad de actividad utilizada en su elaboración, se pueden diferenciar dos tipos de presupuestos: presupuestos a partir de los productos intermedios (estancias, visitas, urgencias, etc.) y presupuestos a partir de los productos finales (procesos atendidos) (Bisbe, 2000a).

FIGURA 2
El producto final y sus productos intermedios

Fuente: adaptado de Temes y cols., 1997



Presupuesto a partir de los productos intermedios

El presupuesto se calcula teniendo en cuenta la producción prevista de productos intermedios (número de estancias de hospitalización, visitas de consulta externa, urgencias, etc.).

La utilización de un producto intermedio como unidad de medida de actividad tiene como principal ventaja su simplicidad, ya que constituye la base de los sistemas de información más elementales (estos datos son conocidos en la mayoría de las organizaciones). Sin embargo, no tiene en cuenta las variaciones en el consumo de recursos según el tipo de pacientes atendidos (una estancia de un paciente de hernia se valora igual que una estancia de un paciente trasplantado) (Guadalajara, 1994). Por otra parte, carece de significación clínica, lo que dificulta su utilización como herramienta de gestión por parte de los profesionales asistenciales (se gestionan estancias no procesos).

Presupuesto a partir de los productos finales

El presupuesto se calcula según la actividad prevista, tomando como referencia los procesos asistenciales (a partir del tipo de pacientes que se prevé atender). Se define una unidad de medida de producto asistencial con significado clínico, que además agrupa aquellos pacientes susceptibles de consumir una misma cantidad de recursos. En la elaboración del presupuesto se utilizan instrumentos como los DRG (Diagnosis Related Groups), los PMC (Patient Management Categories) y otras unidades de casuística para medir la actividad asistencial.

La utilización de productos finales como unidad de medida de la actividad está íntimamente ligada al desarrollo de los sistemas de información de la organización. Medir la actividad basándose en los procesos atendidos exige disponer de un sistema de información capaz de integrar toda la información clínica, administrativa y económica.

Esta guía desarrolla la metodología que se debe seguir para la elaboración de un presupuesto vinculado a la actividad. El cálculo de las distintas partidas se realiza a partir de la actividad prevista y no del gasto histórico generado en periodos anteriores.

Enfoque metodológico en la elaboración del presupuesto

A medida que aumenta la estructura de un proveedor de servicios de salud es más difícil lograr una actuación coordinada de todos los profesionales acorde con los objetivos generales de la organización. Para conseguir esta unidad de actuación, en muchos casos, se define una estructura organizativa dividida en áreas (direcciones, servicios, especialidades, etc.), cada una dirigida por un responsable que asume en diferente grado la dirección y el resultado de sus actuaciones. Estas áreas dependen jerárquicamente de la dirección, responsable último, y cada una de ellas constituye un centro de responsabilidad.

El modelo de elaboración presupuestario en un proveedor de salud puede variar según el nivel de participación en el proceso. Desde un sistema centralizado, en el cual el presupuesto lo calcula la dirección para toda la organización (de arriba hacia abajo), hasta un modelo participativo, en el que el presupuesto se elabora con la participación de los centros de responsabilidad y se traslada a lo largo de la organización (de abajo hacia arriba).

Un sistema participativo incorpora un número importante de **ventajas** en relación con el modelo centralizado. Se podrían destacar las siguientes (Zelman y cols., 1998):

- Proporciona una mayor comprensión de los objetivos de la organización por parte de quienes han participado en el proceso de elaboración.

- Facilita la cooperación y la coordinación entre las diferentes áreas de responsabilidad.

- Clarifica los roles de cada responsable y evita la superposición de responsabilidades.

- Favorece la corresponsabilización de los profesionales en la gestión de los recursos a través de su implicación en el proceso de elaboración del presupuesto, y facilita la asunción de responsabilidades en tareas de control de costos y una mayor aceptación del sistema de evaluación posterior.

Aunque el método participativo presenta muchas ventajas, hay dos **consideraciones** que se deben tener en cuenta a la hora de implicar en el proceso a los responsables de los diferentes centros.

- Prevenir que los objetivos particulares se antepongan a los objetivos generales de la organización.

- Asegurar que el proceso sea realmente participativo. Si finalmente el presupuesto lo sigue decidiendo la dirección sin tener en cuenta las propuestas de los centros, difícilmente habrá una implicación y corresponsabilización en el control del presupuesto por parte de las áreas operativas.

La metodología que se presenta a continuación corresponde a un modelo participativo en el cual los responsables de los diferentes centros intervienen en la elaboración de su presupuesto y asumen la gestión delegada de los recursos de su área. No obstante, la metodología expuesta también puede ser utilizada en la elaboración centralizada del presupuesto eliminando alguna de las fases, como se expone en el apartado siguiente.

Proceso de elaboración del presupuesto

La elaboración del presupuesto se realiza en cinco fases que se desarrollan de forma secuencial *(FIGURA 3)*. Sin embargo, el grado de detalle que se alcance y su duración dependerán de las características y los requerimientos de cada organización. El modelo debe adaptarse al proveedor y no viceversa.

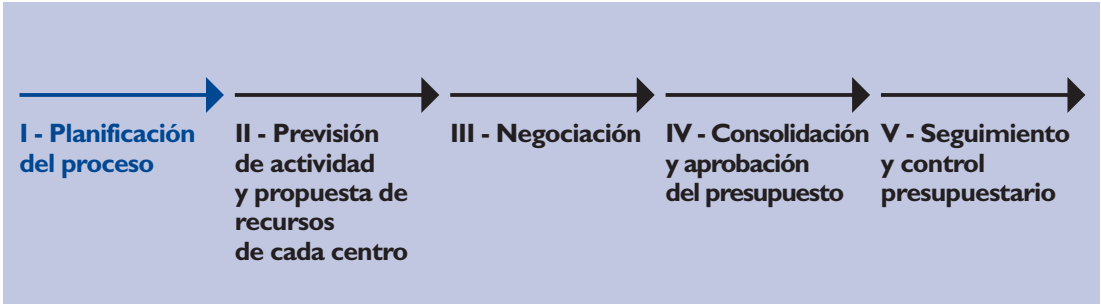


FIGURA 3
Las fases del proceso de elaboración del presupuesto

I - Planificación del proceso. La dirección, en esta fase, confecciona y aprueba el calendario con las fases del proceso, transmite las líneas estratégicas, las políticas y el plan de acción de la organización y establece los criterios para el cálculo de las distintas partidas del presupuesto.

II - Previsión de actividad y propuesta de recursos de cada centro. Los responsables de los distintos centros de responsabilidad elaboran, en función del marco definido en la fase anterior, la previsión de actividad y el presupuesto de gastos de su área. Los departamentos del área administrativa (recursos humanos, economicofinanciero, servicios generales, etc.) colaboran prestando el apoyo técnico necesario para la elaboración de estos documentos.

III - Negociación. La dirección revisa y acuerda con el responsable de cada centro el presupuesto elaborado en la fase anterior basándose en los objetivos generales de la organización. Este proceso de negociación puede formalizarse a través de la firma de estos acuerdos mediante un compromiso de gestión interno, en el cual los profesionales se comprometen a la consecución de los objetivos de actividad y calidad pactados ajustándose al presupuesto asignado.

IV - Consolidación y aprobación del presupuesto. La dirección financiera elabora el presupuesto consolidado (presupuesto de operaciones, de inversión y de tesorería) y la cuenta de resultados previsional para su aprobación definitiva por el órgano competente.

V - Seguimiento y control presupuestario. Durante el ejercicio presupuestado, la dirección desarrolla las actividades de control y seguimiento presupuestario. De este análisis se obtiene la información necesaria para conocer la evolución real de la organización con respecto a los objetivos previstos. Facilita la toma de decisiones directivas y permite corregir las desviaciones detectadas anticipándose a sus consecuencias.

Esta guía desarrolla la metodología para la elaboración de un presupuesto desglosado por centros de responsabilidad siguiendo un modelo participativo. No obstante, la metodología descrita es susceptible de ser utilizada en el cálculo de un presupuesto que se elabore de forma centralizada. En este caso, las distintas fases del proceso se desarrollan sin considerar la participación de los centros. De este modo, la fase II (previsión de actividad y propuesta de recursos de cada centro) la lleva a cabo la dirección sin la participación de las áreas, y la fase III (negociación) no tendría lugar puesto que el presupuesto no se acuerda con los distintos responsables de área.

Por otra parte, si se decide elaborar el presupuesto de forma consolidada, sin desglose de la información por centro de responsabilidad, en la fase II (previsión de actividad y propuesta de recursos de cada centro) se formularía una previsión de actividad y un presupuesto global para toda la organización. Puesto que no se elabora una propuesta por centro, la fase III (negociación) dejaría de tener sentido. La fase IV (consolidación y aprobación del presupuesto) se reduciría al proceso de aprobación del presupuesto.

*La **metodología** en la elaboración del presupuesto está condicionada por dos elementos fundamentales:*

- *El nivel de desglose de la información (por centros de responsabilidad o consolidado)*
- *El nivel de participación que se dé en el proceso (centralizado o participativo)*

I - Planificación del proceso

La elaboración del presupuesto requiere de un proceso de planificación previo. Hay que tener en cuenta que es conveniente que ese documento esté aprobado antes del

ETAPAS EN LA PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

- *Elaboración y aprobación del calendario*
- *Transmisión de las líneas estratégicas*
- *Definición de las partidas y de los criterios para el cálculo del presupuesto*

inicio del periodo para el que se está presupuestando. Por ello, es necesario establecer un calendario en el cual se identifiquen las distintas fases del proceso, los responsables de su ejecución y las fechas en las que deben estar concluidas cada una de ellas.

Antes de poder elaborar el presupuesto, la dirección debe transmitir al resto de la organización las líneas estratégicas, las políticas y el plan de acción anual. Para ello establece las líneas generales de actuación en áreas tales como la actividad asistencial que se realizará en el periodo, la política de asignación de recursos, de inversiones, de personal, de calidad, economicofinanciera, de compras, etc. Finalmente, para que estas líneas generales se puedan concretar en un presupuesto, se definen los criterios que se deben aplicar en el cálculo de las distintas partidas presupuestarias.

Elaboración y aprobación del calendario

Es conveniente que el presupuesto esté aprobado antes del inicio del ejercicio. De otra forma, se iniciará éste sin un presupuesto de referencia y, por tanto, durante el periodo que transcurra hasta su aprobación definitiva no será posible llevar a cabo un seguimiento y control de la ejecución del gasto de acuerdo con un marco presupuestario de referencia, lo que limita la capacidad de análisis de la información y la toma de decisiones. Para evitar esta situación, el proceso de elaboración del presupuesto se debe programar en un calendario que asegure un desarrollo secuencial de cada una de las fases y que permita llegar a su aprobación definitiva en la fecha prevista. Este calendario recogería la duración de cada una de las fases, definiría las tareas por desarrollar y asignaría a los responsables de su ejecución.

El calendario debe ser aprobado conjuntamente por la dirección y los responsables de cada centro con un doble objetivo: reforzar el papel de liderazgo de la primera en todo el proceso y promover el compromiso de los profesionales en la confección del presupuesto.

Transmisión de las líneas estratégicas

En esta fase, la dirección informa a los responsables de cada centro de las líneas estratégicas del ejercicio, las cuales deberían haber sido previamente identificadas y aprobadas en el plan estratégico. Los esfuerzos y los recursos de toda la organización deben estar orientados a lograr implantar con éxito el plan estratégico.

El presupuesto es el documento central en el proceso de planificación y control, cuyo desarrollo y análisis no entran dentro del alcance de esta guía. No obstante, es importante enmarcar conceptualmente el presupuesto dentro del mismo. El proceso de planificación y control tiene tres componentes principales: planificación estratégica, planificación operativa y actividades de control.

Planificación estratégica - El propósito de la planificación estratégica es disponer de un instrumento (plan) con capacidad para orientar las acciones que se tienen que llevar a cabo (estrategias) para que el proveedor desarrolle con éxito las funciones que le son propias (misión), dentro de un futuro deseado y óptimo (el mejor futuro de entre los factibles y asumibles).

La misión sirve de guía para el posicionamiento de la organización y su desarrollo futuro identificando sus atributos: por qué existe y qué espera alcanzar. Para ello es necesario el análisis y la valoración de los factores tanto internos como externos que la influencian *(FIGURA 4)*.

Planificación operativa - El objeto de la planificación operativa es identificar las tareas, las actividades y los recursos necesarios para llevar a cabo el plan estratégico en un periodo de tiempo determinado. El impacto económico de estas actuaciones tiene su reflejo en las partidas que componen el presupuesto del proveedor.

Mientras que la planificación estratégica tiene un alcance de largo plazo (de tres a cinco años), la planificación operativa tiene un alcance más a corto plazo, normalmente periodos anuales, de modo que los objetivos estratégicos identificados puedan concretarse en acciones determinadas. Al mismo tiempo, la planificación estratégica es bastante

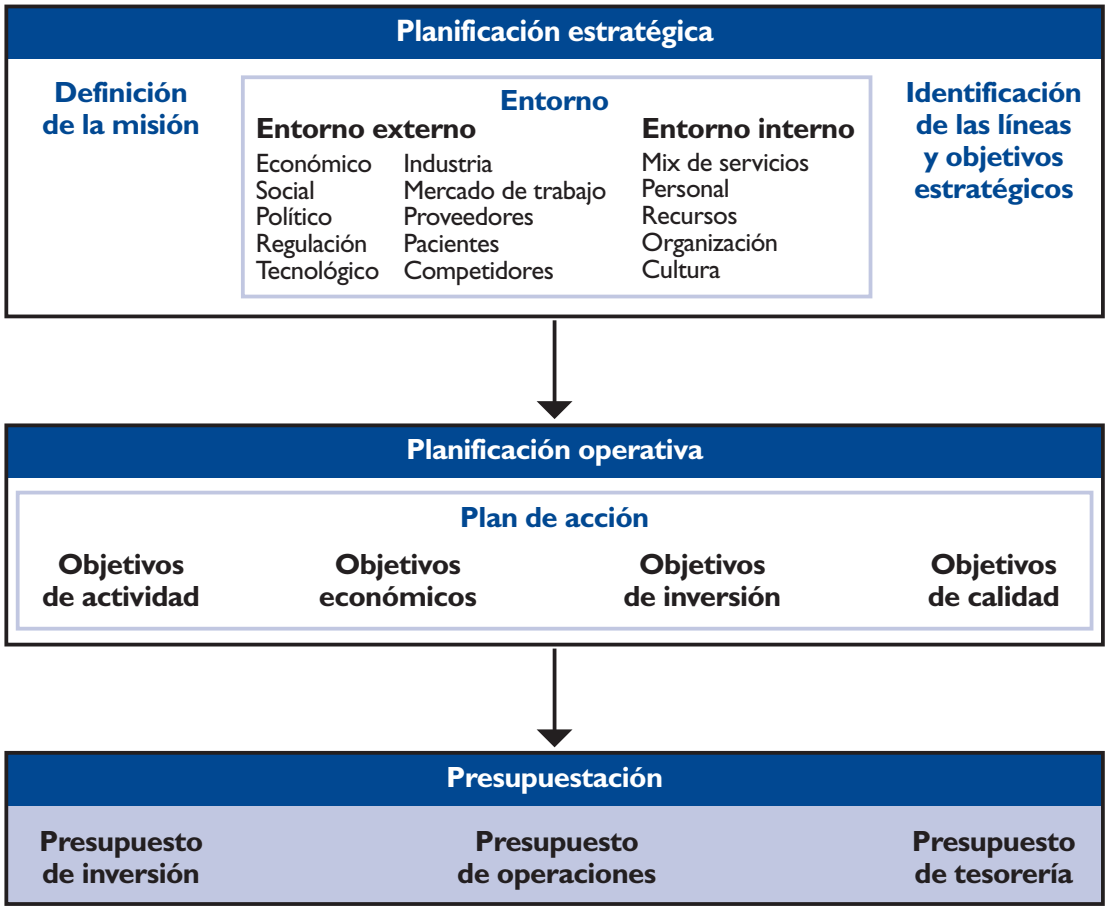


FIGURA 4
Proceso de planificación

generalista, mientras que el proceso de planificación operativo es más específico e identifica objetivos principalmente relativos a la actividad, económicos, de inversión y de calidad *(FIGURA 4)*.

Definidos los objetivos estratégicos del periodo, la dirección establece las políticas y el plan de acción anual que deben servir para la consecución de los mismos. El **plan de acción** es un instrumento de gestión que permite el desarrollo de las líneas estratégicas establecidas mediante la implantación de un plan de trabajo bien definido. El contenido del plan de acción tiene que mostrar con claridad cuáles son las actuaciones que se llevarán a cabo en referencia a cada uno de los objetivos estratégicos.

Los objetivos planteados en el plan de acción anual deben ser alcanzables y deben suponer un cierto reto que sirva

de estímulo y motivación al personal. El plan de acción recoge los objetivos globales de gestión del periodo:

El plan de acción de un proveedor de salud debe contener ***objetivos*** *de actividad, económicos, de inversión y de calidad*

- *Objetivos de actividad.* El plan de acción establece los criterios sobre los cuales se desarrollará la actividad asistencial a lo largo del periodo. Eso implica el conocimiento de esta actividad para el conjunto de las grandes líneas de producción del centro (hospitalización, área ambulatoria, urgencias…), así como para cada uno de los servicios-especialidades que componen su oferta asistencial.

- *Objetivos económicos.* El plan de acción establece los objetivos económicos que se deben lograr a lo largo del ejercicio y da cuenta de cómo deben evolucionar los ingresos y los gastos de explotación. Es necesario también realizar un análisis detallado de cuál es la situación financiera del proveedor al inicio del periodo e identificar las alternativas y las fuentes de financiación para poder afrontar económicamente los objetivos identificados.

- *Objetivos de inversión.* El plan de acción tiene que marcar los objetivos de inversión del ejercicio, diferenciando aquéllas destinadas a obras e instalaciones de las destinadas a equipamientos médicos, equipamientos informáticos y otros. Se hace necesaria una primera valoración económica que dé cuenta del total de gasto en inversión para su consideración en el plan de financiación del periodo.

- *Objetivos de calidad.* El plan de acción tiene que marcar los objetivos de calidad del periodo, como garantía del nivel de calidad de los servicios de salud que se prevén prestar.

Actividades de control - El proceso de planificación genera los *inputs* necesarios para la elaboración del presupuesto. Una vez el presupuesto ha sido aprobado e implementado, es necesario el desarrollo de actividades de control que permitan conocer el grado de avance de la organización con respecto al presupuesto. Este punto se analiza más detalladamente al final de este mismo capítulo.

Definición de partidas y criterios para el cálculo del presupuesto

En esta etapa del proceso la dirección establece las partidas del presupuesto que van a ser descentralizadas a las áreas y, por tanto, gestionadas por cada uno de los centros de responsabilidad. Al mismo tiempo, establece las guías y los criterios para el cálculo de las distintas partidas.

El presupuesto de gastos del centro recoge la valoración económica de las distintas partidas descentralizadas. Por ejemplo: personal (fijo –plantilla autorizada– y variable –sustituciones, refuerzos, bajas, etc.–); consumos (fármacos, material sanitario, otros); solicitud de pruebas interna o externamente (radiología, laboratorio, otros) y otras partidas.

Una vez la dirección ha identificado las partidas presupuestarias por descentralizar, el siguiente paso es definir los criterios que van a servir de guía para su cálculo, de modo que cada centro pueda valorar económicamente la actividad programada. Por ejemplo, para calcular la partida de fármacos, la dirección podría establecer como criterio que esta partida se valorase de acuerdo con los consumos previstos, a precios del año anterior y ajustados de acuerdo con un índice de revisión de precios establecido. Con esta información cada centro debería estimar cuál va a ser su consumo de fármacos basándose en la actividad prevista, los consumos históricos y los objetivos que se esperan alcanzar (disminuir el consumo en un porcentaje *x*). Esta previsión de consumos se valoraría finalmente según el criterio definido anteriormente.

A la hora de evaluar la gestión económica de un centro es necesario considerar la variabilidad del gasto con respecto a la actividad y la capacidad de control (Bisbe, 2000a). Ambos aspectos determinan la capacidad que tienen los distintos responsables de incidir en el consumo de recursos de su área.

Un centro al que se le delega la gestión de su presupuesto tiene mayor capacidad de influir con sus decisiones, positiva o negativamente, sobre las partidas correspondientes a los gastos variables. Los gastos fijos comprometidos (plantilla adscrita, pólizas de seguros, etc.), una vez autorizados, dejan poco margen para su gestión.

Por otra parte, es interesante diferenciar el concepto de gasto controlable y no controlable. Los gastos controlables son aquellos sobre los que un responsable tiene capacidad de influir mediante las decisiones que toma. Por ejemplo, un jefe de servicio médico tiene capacidad de influir en su unidad sobre el consumo de fármacos, número de pruebas solicitadas, etc. (efecto cantidad); sin embargo, probablemente no tendrá ninguna capacidad de decisión sobre el precio de compra de dichos fármacos o el coste de las pruebas solicitadas (efecto precio) (Bisbe, 2000a).

II - Previsión de actividad y propuesta de recursos de cada centro

Cada centro de responsabilidad elabora, basándose en el marco definido en la fase anterior por la dirección, la previsión de actividad y la propuesta de presupuesto de gastos del área.

Durante el desarrollo de esta fase es conveniente que exista un canal de comunicación abierto entre la dirección y los responsables de los distintos centros, de manera que se pueda orientar, clarificar y coordinar todo el proceso.

Previsión de actividad

Los centros de responsabilidad determinan la actividad que desarrollarán según los objetivos establecidos por la dirección y los datos históricos disponibles. Esta actividad se concreta en una serie de indicadores de producción para cada uno de los cuales se establece el valor objetivo que hay que alcanzar durante el periodo analizado. Para evitar una previsión conservadora que beneficie a los propios intereses de los centros, la dirección ha fijado previamente los objetivos globales de la organización.

Los responsables de cada centro tienen un mayor grado de conocimiento de su área. Su incorporación en el proceso de elaboración del presupuesto permite combinar la visión más estratégica de la dirección con su visión más operativa (Amat, 1998). Es en esta fase cuando deben recogerse todas aquellas propuestas de cambio al plan de acción presentado por la dirección.

ALGUNAS DEFINICIONES

***Gasto fijo** es aquel que no guarda relación con el volumen de producción, es decir, independientemente del nivel de actividad este gasto se mantiene constante (por ejemplo, el seguro de un inmueble)*

***Gasto variable**, por el contrario, es aquel que varía proporcionalmente al volumen de producción (por ejemplo, el gasto de farmacia)*

*En un nivel intermedio se encuentran los **gastos semifijos**, los cuales se mantienen constantes para un intervalo de producción dado; se incrementan una vez se alcanza un volumen de actividad que satura la capacidad instalada (por ejemplo, el gasto de personal)*

(Bisbe, 2000a)

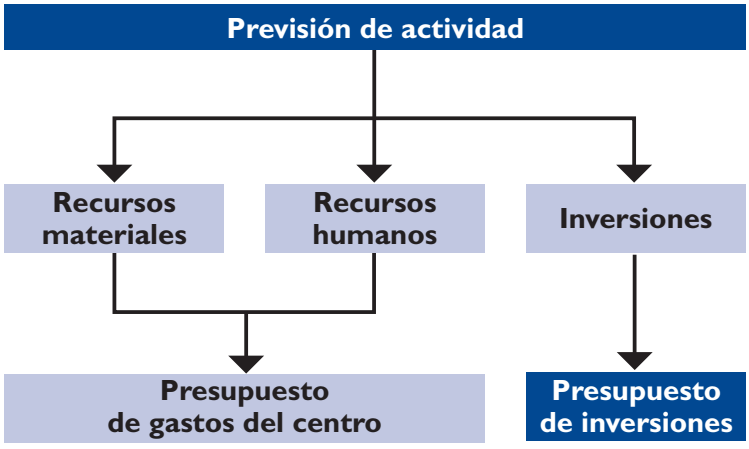
Propuesta de presupuesto de gastos del centro

De acuerdo con la previsión de actividad realizada, los responsables de cada centro identifican los recursos materiales, humanos e inversiones necesarios para llevar a cabo esta actividad *(FIGURA 5)*. Como se verá más adelante, las solicitudes de inversión, al no ser un gasto corriente, pasan a integrar el presupuesto de inversiones.

Para cada una de las actividades previstas se determinan y valoran económicamente los recursos materiales (medicamentos, material sanitario, etc.) y humanos (personal asistencial y no asistencial) necesarios para llevarlas a cabo. El presupuesto de gastos del centro es el consolidado de esta valoración económica de la actividad y se calcula de acuerdo con las partidas descentralizadas por la dirección.

El cálculo de las distintas partidas se hará teniendo en cuenta los criterios y las directrices definidos en la fase de planificación del proceso *(CUADRO 1)*. Los departamentos soporte (recursos humanos, financiero, servicios generales, etc.) proporcionan la información y el apoyo técnico necesario para la elaboración de dicho presupuesto.

FIGURA 5
Elaboración del presupuesto de un centro de responsabilidad



CUADRO 1
EJEMPLO DE CÁLCULO DE RECURSOS PARA UN VOLUMEN DE ACTIVIDAD

El servicio de medicina interna de un hospital se dispone a calcular la partida de fármacos del centro para el ejercicio siguiente. Este servicio tiene definidos los siguientes objetivos de actividad:

- *Altas previstas: 3.000 altas*
- *Estancia media prevista: 7 días por alta*

El consumo de fármacos por estancia del ejercicio anterior fue de:

- *Consumo medio por estancia: 5.000 u.m.*

El criterio de cálculo definido es:

- *Consumos previstos, valorados a precios del año anterior y ajustados en función de un índice de revisión de precios que para este ejercicio se ha fijado en un 4%.*

Por último, el centro se ha comprometido con la dirección a desarrollar un protocolo de consumos por patología, que se espera que tenga un impacto en la partida de fármacos de un 7,5% sobre el consumo medio del año anterior.

Con todos estos parámetros se calcularía la partida de fármacos:

- *Consumo medio previsto por estancia = consumo medio previsto del año anterior reducido en un 7,5% y ajustado en función de una previsión de crecimiento de precios de un 4% =*
  5.000 u.m x (1 - 0,075) x (1 + 0,04) = 4.810 u.m.

- *Estancias totales previstas = altas previstas x estancia media prevista = 3.000 altas x 7 días por alta = 21.000 estancias*

- *Partida de fármacos = total estancias x consumo medio previsto = 21. 000 estancias x 4.810 u.m = 101.010.000 u.m.*

Resultado de esta fase: previsión de actividad y presupuesto de gastos por área

Al finalizar esta fase cada centro habrá elaborado, a partir de la previsión de actividad del periodo para el que se está presupuestando, el presupuesto de gastos del área. Este documento recoge la valoración económica de las partidas que van a ser gestionadas de forma descentralizada.

Es importante considerar la capacidad de los responsables de los centros para influir con sus decisiones en la ejecución del presupuesto asignado (efecto cantidad y precio).

III - Negociación

Una vez elaborado el presupuesto de gastos de cada uno de los centros, la dirección debe revisarlos de forma individual con cada responsable y asegurar, así, la coherencia interna entre dichos presupuestos y los objetivos generales de la organización. El proceso de negociación contribuye a garantizar la consecución de los objetivos generales a partir de los logros de cada centro.

El presupuesto de gastos debe ajustarse a los recursos disponibles. Esta etapa del proceso es la más laboriosa por las tareas de revisión y negociación que conlleva (Amat, 1998). De esta fase pueden salir modificaciones a las propuestas originales presentadas por los distintos responsables. Debe ser un proceso dinámico en el que se alcance un consenso con respecto a los cambios que proponga la dirección, que deberán estar justificados y ser entendidos por cada responsable. Se garantiza con ello un compromiso efectivo en la gestión de los recursos de cada área.

Finalmente, este proceso de negociación entre la dirección y los distintos responsables puede instrumentalizarse mediante la firma final de estos acuerdos en un compromiso de gestión o acuerdo de gestión interno (Hospital Municipal de Badalona, 2000). En estos acuerdos, los profesionales se comprometen formalmente con la dirección a la consecución de unos objetivos pactados de actividad y calidad, ajustándose a un presupuesto previamente acordado. En el acuerdo se podría establecer además el sistema de incentivos que se aplicarán en el caso de que se logren los resultados previstos, de modo que los ahorros potenciales repercutan en las áreas que los generan en forma de complementos económicos, formación u otras fórmulas. Estos incentivos estarían supeditados lógicamente a que el resultado para el conjunto de la organización durante el periodo fuese positivo.

IV - Consolidación y aprobación del presupuesto

En la consolidación del presupuesto, a partir de los presupuestos de los centros, se elaboran los siguientes documentos:

Presupuesto corriente o de operación: ingresos y gastos

Presupuesto de inversiones

Presupuesto de tesorería

Cuenta de resultados previsional

Una vez se han elaborado y consensuado los presupuestos de gastos de los diferentes centros, se procederá a su integración para poder elaborar y aprobar el presupuesto consolidado del centro y la cuenta de resultados previsional.

Consolidación del presupuesto

Consensuados los presupuestos de cada uno de los centros, se realiza la integración de los mismos para obtener así los siguientes documentos: el presupuesto corriente o de operación del periodo (y a partir de éste la cuenta de resultados previsional), el presupuesto de inversiones y el presupuesto de tesorería. Esta integración la realiza normalmente la dirección financiera, puesto que es quien dispone del conocimiento técnico para ello.

Si el proceso se ha coordinado eficazmente, los ajustes en los presupuestos de los centros al finalizar este proceso deberían ser mínimos. En todo caso, habrán de ser consensuados de nuevo con cada responsable.

1 - Presupuesto corriente o de operación consolidado

El presupuesto corriente o de operación recoge, por un lado, los ingresos que un proveedor prevé obtener por la prestación de servicios de salud y otros ingresos no vinculados a la actividad (presupuesto de ingresos) y, por otro lado, como contrapartida, los recursos que va a necesitar para llevar a cabo la actividad prevista (presupuesto de gastos).

Presupuesto de ingresos - La dirección, a partir de la previsión de actividad, calcula el presupuesto de ingresos del periodo. Este documento recoge los ingresos que prevé recibir el proveedor como contrapartida a los servicios de salud que presta y aquellos otros ingresos no vinculados con la actividad (ingresos financieros, ingresos extraordinarios, etc.) y con los que debe financiar su actividad.

Al inicio del periodo de elaboración del presupuesto se simulan diferentes escenarios con la información disponi-

ble (datos históricos, previsión de tarifas, previsión de actividad, incorporación de nuevas actividades, etc.). Estos escenarios proporcionan información a la dirección para la negociación de la partida de ingresos con los diferentes compradores del sistema, y permiten establecer un marco de referencia para la definición de los criterios de cálculo con los que elaborar el presupuesto de gastos.

El cálculo de los ingresos correspondientes a la prestación de servicios de salud se realiza de forma diferente según el modelo de financiación del sistema de salud al que pertenezca el proveedor. En el supuesto de que el sistema de financiación establezca un modelo de compra de servicios de salud basado en el pago por actividad, el proveedor calcularía los ingresos totales por facturar según la previsión de actividad del periodo presupuestado. Esta previsión normalmente tendrá una proyección de un año, con una periodificación mensual. Para poder hacer una valoración económica, la actividad prevista se traduce en unidades monetarias estimando las tarifas aplicadas por los diferentes compradores del sistema (seguro social, mutuas, particulares, etc.). Si se recibe un presupuesto según la población atendida (asignación capitativa), ya sea de forma ajustada o no, se hará una previsión de los ingresos considerando los datos de población disponibles ajustados por las variables que procedan.

Cada modelo de financiación tiene sus propias particularidades; no procede, por tanto, profundizar más en su cálculo. Sí es necesario señalar, sin embargo, que los recursos deben ser suficientes para poder llevar a cabo la actividad prevista. En el supuesto de que los ingresos no permitan financiar los gastos de operación, es preciso renegociar con los diferentes compradores el volumen de financiación asignado o, en su caso, revisar el plan de acción recortando su alcance. El presupuesto de operación no debería ser deficitario de partida.

Las partidas del presupuesto de ingresos se encuentran normalmente definidas en el cuadro de cuentas correspondiente a la normativa contable a la que se encuentra sujeta el proveedor en función de su personalidad jurídica (contabilidad pública o mercantil). A modo de ejemplo, en la *TABLA 2* se muestra un resumen de las partidas más importantes correspondientes al presupuesto de ingresos según el

Cuenta (1)	Concepto (2)	Ingresos año t (3)	Presupuesto año (t+1) (4)	Presupuesto (t+1) / ingresos t (x100) (5)	Presupuesto (t+1) - ingresos t (6)
70	Ingresos por prestación de servicios				
700	Prestación servicios asistenciales – hospitalización				
7001	Sistema Nacional de Salud				
7002	Aseguradoras de asistencia sanitaria				
7003	Aseguradoras de tráfico				
...	...				
701	Prestación servicios asistenciales – ambulatorio				
702	Prestación servicios asistenciales – urgencias				
...	...				
...	...				
74	Subvenciones a la explotación				
...	...				
75	Otros ingresos de gestión corriente				
...	...				
76	Ingresos financieros				
...	...				
77	Beneficios procedentes de inmovilizado y otros ingresos excepcionales				
...	...				
79	Exceso y aplicación de provisiones				
...	...				
Total presupuesto ingresos					

1. Código en el plan de cuentas del PGC
2. Descripción de la cuenta contable
3. Ingresos del año en curso
4. Importe presupuestado del año siguiente
5. Diferencia porcentual entre ambos periodos
6. Diferencia en términos absolutos entre ambos periodos

TABLA 2
Presupuesto de ingresos

Fuente: elaborado a partir del PGC de 1990

plan de cuentas adaptado al sector salud del Plan General de Contabilidad en España (PGC, 1990).

Presupuesto de gastos - Para calcular el presupuesto de gastos consolidado se agregan los importes de las partidas correspondientes a los presupuestos de gastos de los centros y, después, se incluyen todas aquellas partidas que se gestionan y se calculan de forma centralizada.

Cuenta	Concepto	Gastos año t	Presupuesto año (t+1)	Presupuesto (t+1) / gastos t (x100)	Presupuesto (t+1) - gastos t
60	Compras, servicios y trabajos realizados por otras empresas				
600	Mercaderías (fármacos, material sanitario, instrumental...)				
602	Otros aprovisionamientos				
607	Trabajos realizados por otras empresas				
...	...				
61	Variación de existencias				
...	...				
62	Servicios exteriores				
621	Arrendamientos				
622	Reparaciones y conservación				
623	Servicios profesionales independientes				
624	Transportes				
625	Seguros				
...	...				
63	Tributos				
64	Personal				
640	Sueldos y salarios				
641	Indemnizaciones				
642	Seguridad Social a cargo de la empresa				
...	...				
65	Otros gastos de gestión corriente				
66	Gastos financieros				
67	Pérdidas por inmovilizado y excepcionales				
68	Dotación a las amortizaciones				
69	Dotación a las provisiones				
Total presupuesto gastos					

TABLA 3
Presupuesto de gastos

Fuente: elaborado a partir del PGC de 1990

Estas últimas corresponden a aquellos conceptos de gasto cuya imputación a los centros basándose en algún criterio de proporcionalidad más o menos subjetivo no tendría mucho sentido al no tener sus responsables capacidad de influir con sus decisiones sobre los mismos (62 – Servicios exteriores; 63 – Tributos; 66 – Gastos financieros; etc.). Estas partidas las calcula el departamento financiero integrándolas en el presupuesto consolidado. En la *TABLA 3* se muestra un ejemplo resumido de las partidas del presupuesto de gastos siguiendo el esquema del PGC español.

2 - Presupuesto de inversiones

Este documento cuantifica económicamente los recursos que se destinan a nuevas inversiones durante el periodo presupuestado (instalaciones, equipos, aparatos, mobiliario, tecnologías de la información, etc.).

Cada centro de responsabilidad, en el momento de establecer la previsión de actividad del periodo, debe identificar las distintas inversiones que se deben llevar a cabo *(FIGURA 5)*. Por otro lado, la dirección debe asegurar que estas inversiones sean coherentes con las líneas estratégicas y de actuación de la organización y con la disponibilidad de recursos.

Como regla general, al menos se debería reinvertir el valor de las amortizaciones, ya que de otra forma se estaría descapitalizando la estructura de la empresa (la amortización es un concepto contable que refleja la pérdida de valor de los inmuebles, equipos y otros activos fijos debido al desgaste que sufren por la producción de servicios, el paso del tiempo y la obsolescencia).

La dirección recoge y revisa las demandas de inversión procedentes de los diferentes centros. Es habitual que no existan recursos suficientes para atender todas las solicitudes y que se deban priorizar en función de los objetivos estratégicos de la organización. Para que la dirección pueda priorizar las solicitudes, los responsables de cada centro deben proporcionar datos relativos a la inversión que solicitan: descripción del elemento solicitado, motivo, justificación y valoración económica. Esta información será revisada por la dirección con el apoyo técnico correspondiente para juzgar su idoneidad.

La valoración económica debe recoger, además del precio de adquisición del elemento solicitado, el presupuesto de instalación, una estimación del coste anual de los consumibles y suministros necesarios, gastos de formación o coste del nuevo personal que se necesita incorporar, coste de los contratos de mantenimiento y otros gastos vinculados a la inversión. Además, en el caso de inversiones de reposición, este análisis se hace de forma comparativa teniendo en cuenta los ahorros y costes que se generan por la sustitución del elemento antiguo.

INFORMACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑAR LA SOLICITUD DE INVERSIONES

- *Descripción del elemento solicitado (datos técnicos, capacidades, etc.)*
- *Motivo de la inversión (reposición, nuevo equipamiento, etc.)*
- *Justificación de la necesidad (programa de diálisis, etc.)*
- *Valoración económica de la inversión*

Concepto	Inversiones año t	Presupuesto (t+1)	Presupuesto (t+1) / inversión t (x100)	Presupuesto (t+1) - inversión t
Obras e instalaciones				
Equipos y aparatos asistenciales				
Mobiliario asistencial				
Mobiliario				
Sistemas de información				
Otros				
Total				

TABLA 4
Presupuesto de inversiones

El presupuesto de inversiones resulta de consolidar todas las solicitudes aprobadas y podría resumirse en un documento como el que se muestra en la *TABLA 4*. En él se clasifican por grupos las inversiones previstas, relacionando el importe total presupuestado para cada capítulo con el importe de la inversión realizada el año anterior.

3 - Presupuesto de tesorería

Este presupuesto recoge, a través de una previsión periodificada de los cobros y los pagos del periodo, los flujos de entrada y salida de tesorería del ejercicio. Permite identificar el déficit y el superávit de fondos y el periodo en el que se van a producir. A partir de esta información, se puede determinar la política financiera más apropiada que se aplicará en cada momento. La previsión de flujos de entrada y salida de fondos requiere considerar el plan de financiación de las inversiones, la política de cobro acordada con los diferentes compradores de servicios de salud y la política de pago negociada con los distintos acreedores y suministradores (Amat, 1987).

- *Plan de financiación de las inversiones.* Determina la modalidad de pago con la que el proveedor va a hacer frente a los compromisos derivados del plan de inversiones (financiación a corto plazo, a largo plazo, con fondos propios, con fondos ajenos, etc.).

- *Política de cobros.* Determina el flujo de entrada de los pagos correspondientes a los ingresos que se prevén recibir como contraprestación a la prestación de servicios de salud y otros ingresos.

- *Política de pagos.* El proveedor establece mediante acuerdos la política de pago con la que va a hacer frente a los compromisos contraídos con terceros (suministros, servicios exteriores, nóminas, etc.).

El presupuesto de tesorería recoge no sólo las entradas o salidas de efectivo vinculadas a la producción de servicios de salud, sino también aquellas vinculadas a las operaciones de capital (venta de activos, devolución del principal de un préstamo, etc.). En la *TABLA 5* se presenta un modelo de presupuesto de tesorería periodificado por meses.

TABLA 5
Presupuesto de tesorería

Fuente: Hospital Municipal de Badalona, S. A.

	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Saldo anterior												
Prestación de servicios												
Sistema de salud												
Particulares												
Mutuas												
Otros												
Subvenciones de explotación												
Ingresos financieros												
Otros ingresos												
Cobros por oper. corrientes (I)												
Préstamos recibidos												
Venta de inversiones financieras												
Venta de inmovilizados												
Cobros por oper. capital (II)												
Total cobros (I + II)												
Compras												
Fármacos												
Material sanitario												
Instrumental												
Otros												
Servicios exteriores												
Personal												
Sueldos y salarios												
Otros												
Tributos												
Gastos financieros												
Otros gastos												
Pagos por oper. corrientes (III)												
Préstamos concedidos												
Compra de inmovilizado												
Amortización de préstamos												
Pagos por oper. capital (IV)												
Total pagos (III + IV)												
Saldo mes												

La primera fila de la tabla recoge el saldo inicial de tesorería del periodo. A este saldo se le deben sumar las entradas (total de cobros) y restar las salidas (total de pagos); de esta manera, se obtiene el saldo final de tesorería del periodo.

Saldo del mes = saldo final del mes anterior + total cobros - total pagos

Si el saldo del mes resultase negativo, indicaría un déficit de tesorería que habría que cubrir mediante financiación a corto o largo plazo para evitar problemas de liquidez que afecten a la operación del proveedor (por ejemplo, que un suministrador no entregue material por falta de pago).

Elaboración de la cuenta de resultados previsional

La cuenta de resultados previsional recoge los ingresos y gastos previstos del periodo clasificados según su naturaleza (compras, personal, servicios externos, etc.); informa sobre el desempeño económico de la organización, básicamente sobre si la actividad asistencial que va a llevar a cabo el proveedor está correctamente financiada, es decir, si los ingresos que se prevén recibir compensarán el gasto incurrido; pone de manifiesto el superávit o déficit previsto en el ejercicio y se confecciona a partir del presupuesto de operaciones consolidado, por diferencia entre el presupuesto de ingresos y gastos. La elaboración de la cuenta de resultados previsional va a permitir a la dirección del centro estimar el resultado económico del ejercicio y evaluar si concuerda con los objetivos establecidos.

La estructura de una cuenta de resultados previsional incluiría los siguientes apartados:

- *Resultado de explotación.* Se obtiene por diferencia entre los gastos y los ingresos directamente relacionados con la prestación de servicios de salud. Es el resultado de la actividad asistencial.

- *Resultado financiero.* Se obtiene por diferencia entre los ingresos financieros y los gastos financieros del periodo. Este resultado va a depender de la política de

financiación y crédito con la que se gestionan los pasivos y activos del proveedor. Una política inadecuada puede tener un impacto negativo importante sobre el resultado de explotación.

- *Resultado extraordinario.* Este resultado se obtiene por diferencia entre aquellos ingresos y gastos que por su naturaleza inusual y ocurrencia infrecuente se consideran extraordinarios a la actividad asistencial.

- *Resultado antes de impuestos.* Sumatorio de los tres conceptos anteriores.

- *Resultado del ejercicio.* Se obtiene restando al resultado anterior los impuestos del ejercicio previstos. Da una medida del superávit o el déficit económico del periodo.

La cuenta de resultados puede estructurarse según diversos formatos en función de la clasificación que se haga de las partidas de ingresos y gastos. Esta clasificación afectará a los distintos resultados intermedios, sin modificar el resultado final (Amat, 1995). Con independencia del distinto análisis que se haga de los resultados intermedios, que podrán ser positivos o negativos, lo importante es que el resultado del ejercicio sea igual o mayor que cero.

La *TABLA 6* muestra un modelo resumido de una cuenta de resultados ordenada según el formato expuesto en los ejemplos anteriores y atendiendo al cuadro de cuentas del PGC. La plantilla se ha preparado para poder hacer un análisis comparativo del resultado previsto del periodo para el que se está presupuestando (año t+1) y el resultado del ejercicio en curso (año t).

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LA CUENTA DE RESULTADOS PREVISIONAL

- *La estructura del documento debe mostrar totales significativos de ingresos y gastos de manera que se pueda analizar la información (resultado de explotación, resultado financiero, etc.)*

- *Los ingresos se deben consignar separadamente de los gastos. Al compensar partidas se perdería información*

- *Los ingresos y los gastos deben clasificarse en ordinarios y extraordinarios. Aquellos resultados cuya naturaleza es inusual y su ocurrencia infrecuente deben considerarse extraordinarios a la operación*

Aprobación del presupuesto y de la cuenta de resultados previsional

La aprobación del presupuesto por parte del órgano competente (consejo de administración, patronato, etc.) implica, por un lado, la autorización para el ejercicio de las diferentes partidas que componen el presupuesto según la previsión de actividad programada y, por otro, la validación

Cuenta	Concepto	Resultado año t	Resultado previsto año (t+1)	Resultado (t+1) / resultado t (x100)	Resultado (t+1) - resultado t
70	Ingresos por prestación de servicios				
74	Subvenciones a la explotación				
75	Otros ingresos de gestión corriente				
79	Exceso y aplicación de provisiones				
(60)	Compras, servicios y trabajos realizados por otras empresas				
(61)	Variación de existencias				
(62)	Servicios exteriores				
(63)	Tributos				
(64)	Personal				
(65)	Otros gastos de gestión corriente				
(68)	Dotación amortizaciones				
(69)	Dotación provisiones				
I	**Resultado de explotación**				
76	Ingresos financieros				
(66)	Gastos financieros				
II	**Resultado financiero**				
77	Beneficios procedentes de inmovilizado y otros ingresos excepcionales				
(67)	Pérdidas por inmovilizado y excepcionales				
III	**Resultado extraordinario**				
I + II + III	**Resultado antes de impuestos**				
(63)	Impuestos				
	Resultado del ejercicio				

TABLA 6
Cuenta de resultados previsional

Fuente: elaboración a partir del PGC de 1990

del presupuesto como instrumento de evaluación de la gestión de los recursos.

Una vez aprobado el presupuesto no es conveniente que sea revisado, salvo que existan razones que hagan variar sustancialmente el contenido del mismo. Con esto se trata de evitar que pierda valor como instrumento de control.

V - Seguimiento y control presupuestario

El seguimiento y control presupuestario permite a la dirección conocer el grado de avance de la organización con respecto a la ejecución del presupuesto y los objetivos previstos; identifica las variaciones que se producen en el ejercicio de las distintas partidas y analiza sus causas y suministra a la dirección información relevante para la toma de decisiones que permitan corregir las desviaciones no deseadas anticipándose a sus consecuencias.

El seguimiento presupuestario se realiza basándose en el presupuesto aprobado al inicio del periodo. Este análisis requiere de un continuo examen de la información presupuestaria y de los resultados obtenidos. Facilita las tareas de planificación al incorporar a dicho proceso la información que resulta del análisis de las desviaciones. De esta manera, este proceso se convierte en un ciclo que se va retroalimentando.

El análisis de las desviaciones debería profundizar en la explicación de las causas que las han provocado, verificar si éstas se deben al entorno (incremento generalizado de precios de medicamentos) o si son imputables a la gestión de los recursos (mala gestión de compras), y plantear las medidas correctivas necesarias.

A medida que se van obteniendo datos reales se realiza la comparación entre los resultados previstos y la realidad. Por diferencia entre los datos reales y los previstos se calculan las desviaciones tanto en unidades monetarias como en porcentaje.

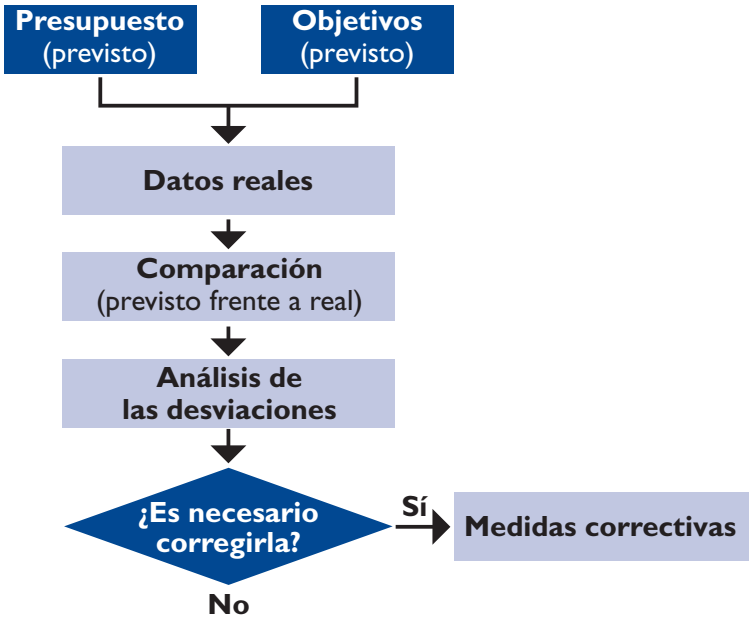
Desviación en unidades monetarias =
cantidad real - cantidad presupuestada

Desviación en porcentaje = desviación en unidades monetarias / cantidad presupuestada

El análisis y el seguimiento que se realicen a partir de estas desviaciones deberán discriminarse en función de la importancia económica de las distintas partidas.

La dirección analizará estas desviaciones a través de los informes de seguimiento presupuestario. Identificadas las causas, se valorarán las posibles alternativas de actuación conjuntamente con los centros implicados; se establecerán los objetivos y resultados que se deben conseguir y se definirá el método de evaluación que permita medir el impacto de las acciones a llevar a cabo *(FIGURA 6)*. Un ejemplo de este análisis se encuentra en el *ANEXO I* de la guía.

FIGURA 6
Proceso de control presupuestario



3 - La contabilidad financiera

La contabilidad financiera, también llamada contabilidad general, resume y analiza la información economicofinanciera de la actividad de un proveedor de servicios de salud. Recoge de forma sistemática esta información y la presenta ordenada mediante la elaboración de los estados financieros. El balance de situación, la cuenta de resultados y el cuadro de financiación son los estados financieros básicos a partir de los cuales se puede analizar la situación económica, financiera y patrimonial de una organización.

La cuenta de resultados previsional permite conocer el resultado económico esperado del periodo para el que se está presupuestando. Sin embargo, el objeto de la contabilidad financiera no consiste únicamente en estimar acontecimientos futuros (Temes y cols.,1997). Pretende fundamentalmente describir los hechos económicos pasados para conocer así la situación patrimonial, financiera y económica de una organización en un momento de tiempo determinado (al inicio del ejercicio, al cierre del mes, etc.).

La dirección de un proveedor necesita abundante información económica y financiera para poder tomar decisiones que permitan una gestión eficiente de los recursos. Esa información es demandada no sólo desde el ámbito interno de la organización, sino también por agentes externos vinculados a la misma (bancos, gobierno, sindicatos, usuarios, etc.). Para que esta información pueda ser entendida por todos los agentes interesados, la contabilidad financiera se encuentra sujeta normalmente a una estricta regulación legal. La legislación contable de cada país determina los principios que se deben observar a la hora de recoger, ordenar y clasificar esta información. Esto permite el análisis y la comparación de la información contable y facilita la toma de decisiones tanto de carácter interno como externo.

Cada país dispone de su propia legislación contable (en España, el Plan General de Contabilidad aprobado por el R.D. 1643/1990, de 20 de diciembre). Existen, además, adaptaciones sectoriales que tratan de recoger las características diferenciales de la actividad de una determinada rama de la actividad (por ejemplo, la adaptación del PGC para las empresas de asistencia sanitaria).

El PGC en España se estructura en los siguientes apartados (Plan General de Contabilidad, 1990):

- *Principios contables.* Son aquellos principios de observancia obligatoria que deben aplicarse en el registro de las operaciones para garantizar que las cuentas anuales reflejen la imagen fiel del patrimonio, la situación financiera y los resultados de la empresa.

- *Cuadro de cuentas.* Recoge los grupos de cuentas en los que se organiza el plan contable.

- *Definiciones y relaciones contables.* Describen el contenido y las características de las operaciones recogidas por cada una de las cuentas contables.

- *Cuentas anuales (estados financieros o estados contables).* Define el contenido y la estructura de los documentos que integran las cuentas anuales-balance de situación, cuenta de pérdidas y ganancias y memoria (el cuadro de financiación forma parte de la memoria).

- *Normas de valoración.* Establece las normas que con carácter obligatorio deben observarse en la elaboración de las cuentas anuales.

Como se ha comentado anteriormente, cada país dispone de su propia reglamentación, queda por tanto fuera del alcance de esta guía analizar la implantación de un sistema de contabilidad financiera, ya que la reglamentación al respecto delimita su desarrollo. Sin embargo, sí es interesante profundizar en el análisis y la interpretación de la información que se obtiene a partir de los estados financieros.

Con este objetivo se divide el capítulo en dos apartados. En el primero se describe la estructura y el tipo de información que se puede obtener del análisis de las cuentas anuales: balance de situación, cuenta de resultados y cuadro de financiación. El segundo apartado desarrolla una serie de técnicas que permiten analizar e interpretar dicha información.

Los estados financieros

El balance de situación, la cuenta de resultados (cuenta de pérdidas y ganancias) y el cuadro de financiación son los tres documentos básicos que se obtienen de la contabilidad financiera. Estas cuentas anuales o estados financieros forman una unidad y deben mostrar la imagen fiel del patrimonio, la situación financiera y el resultado económico de una organización (Plan General de Contabilidad, 1990).

Balance de situación

El balance de situación es un estado contable que refleja la situación patrimonial y financiera de un proveedor en una fecha determinada. Se compone del activo (conjunto de bienes y derechos) y del pasivo (obligaciones para con terceros y fondos propios) (Amat, 1987).

La información que brinda el balance debe permitir evaluar la liquidez y la solvencia de un proveedor de servicios de salud, que serán los criterios por los que se ordenen sus componentes *(FIGURA 7)*.

El **activo** se ordena en función de su liquidez, de menos a más, en:

- Activo fijo. Activos con voluntad de permanencia (más de 18 meses).
- Activo circulante. Activos relacionados con el ciclo de producción, tienen un carácter de permanencia menor (menos de 18 meses).

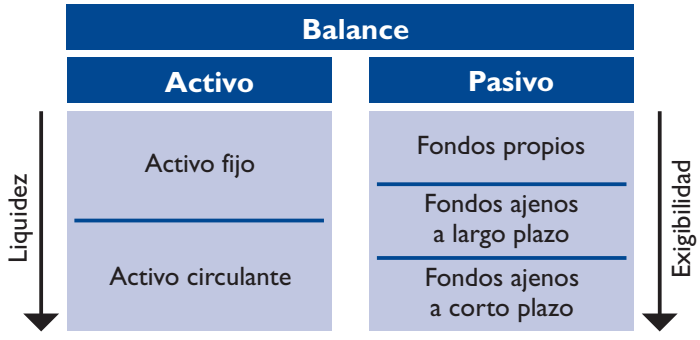


FIGURA 7
Ordenación de los componentes de un balance de situación

El **pasivo** se ordena en función de su exigibilidad, de menos a más, en los siguientes grupos:

- Fondos propios, capital propio o patrimonio neto. Se obtiene por diferencia entre los activos totales y los fondos ajenos.

- Pasivo exigible o fondos ajenos a largo plazo. Deudas con vencimiento superior a 12 meses.

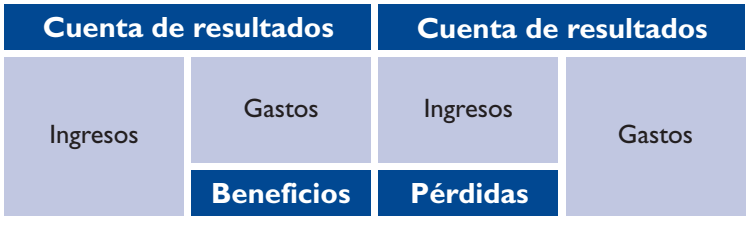
- Pasivo exigible o fondos ajenos a corto plazo o pasivo circulante. Deudas con vencimiento menor a 12 meses.

El *ANEXO 2* recoge un ejemplo de un modelo resumido de balance según el cuadro de cuentas del PGC español. En él se muestra, para cada una de las cuentas, su importe a fecha de cierre del año en curso y el importe del año anterior. De esta manera se puede analizar la evolución en el tiempo de las distintas partidas tomando como referencia dos periodos consecutivos. Siguiendo los criterios de ordenación explicados anteriormente, el activo aparece ordenado de menos a más liquidez y el pasivo de menos a más exigibilidad. El importe total del activo necesariamente debe coincidir con el importe total del pasivo.

Cuenta de resultados

La cuenta de resultados (cuenta de pérdidas y ganancias) es un estado contable que resume los ingresos y gastos de un periodo y, por diferencia, el resultado económico (Amat, 1987). Si los ingresos son superiores a los gastos se produce un beneficio y, en caso contrario, se incurre en pérdidas *(FIGURA 8)*. En el capítulo anterior se analiza la estructura de una cuenta de resultados según el cuadro de cuentas del PGC español *(TABLA 6)*.

FIGURA 8
Proporción de los elementos de una cuenta de resultados en situación de beneficios y pérdidas



Cuadro de financiación

El cuadro de financiación o estado de origen y aplicación de fondos es un estado contable que informa, por un lado, del origen de los fondos de un proveedor durante un periodo de tiempo determinado y, por otro lado, del empleo o aplicación dado a los mismos. Se elabora a partir de dos balances de situación de distinta fecha, integrando todas las variaciones producidas en el activo y en el pasivo a lo largo del periodo comprendido entre ambos (Amat, 1987).

Facilita el análisis del balance de situación, ya que proporciona información sobre las inversiones del proveedor (aplicación) durante el periodo analizado y los fondos con los que se han financiado esas inversiones (origen). De esta manera, se puede evaluar si se está llevando a cabo una adecuada política de financiación de las inversiones (activo). Como criterio general es recomendable que las inversiones en activo fijo (activos con mayor carácter de permanencia) se financien con fondos propios o exigibles a largo plazo (pasivos con una menor exigibilidad) y las inversiones en activo circulante (activos con menor carácter de permanencia), con exigible a corto plazo (pasivos con una mayor exigibilidad).

El cuadro de financiación muestra separadamente los distintos orígenes y aplicaciones de fondos. Se consideran aplicaciones los incrementos de activo (la compra de un inmueble) y las disminuciones de pasivo (la cancelación de una deuda de un proveedor). Por el contrario, son orígenes de fondos los incrementos de pasivo (la obtención de un préstamo) y las disminuciones de activo (la reducción del *stock* de existencias) *(FIGURA 9)*.

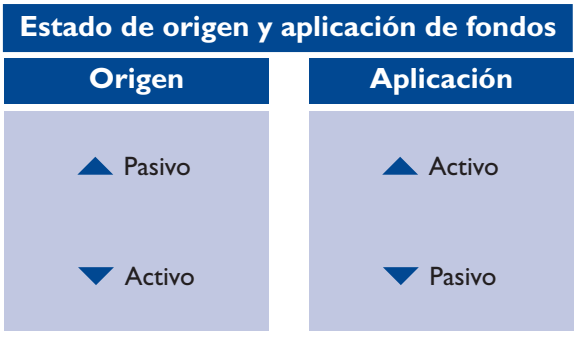


FIGURA 9
Estructura del cuadro de financiación

El análisis de los estados financieros

El análisis de los estados financieros tiene por objeto evaluar la situación financiera y patrimonial y el resultado económico de un proveedor a partir de la información que proporciona la contabilidad financiera. Este análisis tiene un doble alcance: análisis patrimonial y análisis económico.

Análisis patrimonial

El análisis patrimonial permite conocer, a partir del balance de situación, el mayor o menor equilibrio financiero y patrimonial de un proveedor mediante el estudio, entre otros, de los siguientes aspectos:

- *Estructura del activo y pasivo.* Se calcula mediante el análisis de las diferentes partidas que componen el activo (activo fijo y activo circulante) y el pasivo (capitales propios, exigible a largo plazo, exigible a corto plazo).

- *Nivel de solvencia.* Se entiende por solvencia la capacidad que tiene un proveedor de hacer frente a sus compromisos de pago. Se determina relacionando el activo circulante y el exigible a corto plazo. Es recomendable que el activo circulante sea mayor que el exigible a corto plazo como garantía de que el proveedor no tendrá problemas de liquidez.

- *Nivel de endeudamiento.* Se determina relacionando los fondos propios y los fondos ajenos o capital exigible. El exigible debería guardar una relación de proporcionalidad con respecto al capital aportado por los propietarios de la empresa proveedora.

Para llevar a cabo este análisis, se separa el patrimonio en sus partes integrantes: el activo, como relación de los bienes y derechos del proveedor, y el pasivo, como origen y fuente de financiación del activo. Además es necesario ordenarlos respectivamente, en función de su liquidez y su exigibilidad.

El análisis puede ser a su vez estático (situación patrimonial a una fecha determinada) o dinámico (evolución patrimonial a lo largo de un periodo), según se estudie un único balance o la evolución comparada de varios balances a lo largo del tiempo (Amat, 1995).

Dentro de los posibles análisis que se pueden hacer, se va a desarrollar el cálculo de porcentajes y el cálculo de ratios como dos de las técnicas que permiten analizar la estructura financiera de un proveedor, el nivel de solvencia y el nivel de endeudamiento (Amat, 1995).

Cálculo de porcentajes

Esta técnica consiste en dividir cada partida del balance entre el total del activo o pasivo (activo = pasivo) para calcular el porcentaje que representan en relación con el mismo (Amat, 1987).

Análisis de estructura - Una vez realizado el cálculo de porcentajes para todas las cuentas del balance, éste se puede representar de forma gráfica y a escala según el porcentaje de cada partida con respecto al total del activo o pasivo. A partir de este gráfico se obtiene una visión más clara de cuál es la estructura del activo o pasivo de un proveedor a una fecha determinada *(FIGURA 10)*.

Balance			
Activo		**Pasivo**	
Activo fijo	55%	Fondos propios	30%
Activo circulante	45%	Fondos ajenos a largo plazo	30%
		Fondos ajenos a corto plazo	40%
Total activo	100%	Total pasivo	100%

FIGURA 10
Balance de situación en porcentajes

FIGURA 11
Análisis dinámico en porcentajes de dos balances con distintas masas patrimoniales

Fuente: adaptado de Amat, 1995

Como se ha comentado anteriormente, el análisis se puede hacer a partir de dos o más balances (análisis dinámico), lo que permite estudiar la evolución del patrimonio a lo largo de un periodo de tiempo determinado. Se obtiene, así, información sobre el incremento o la disminución del patrimonio, el mayor o menor grado de endeudamiento, el mayor o menor nivel de solvencia, etc. *(FIGURA 11)*.

Activo año n-1	
Activo fijo	55%
Activo circulante	45%
Total activo	100%

Activo año n	
Activo fijo	65%
Activo circulante	35%
Total activo	100%

Pasivo año n-1	
Fondos propios	30%
Fondos ajenos a largo plazo	30%
Fondos ajenos a corto plazo	40%
Total pasivo	100%

Pasivo año n	
Fondos propios	20%
Fondos ajenos a largo plazo	40%
Fondos ajenos a corto plazo	40%
Total pasivo	100%

Cálculo de ratios

Este análisis se basa en el estudio de una serie de ratios definidos a partir de la información proporcionada por los estados financieros. Un ratio es un cociente entre dos valores escogidos que proporciona una información significativa para el análisis de una determinada situación (Amat, 1987). Puesto que existe un número suficientemente amplio, se deben seleccionar aquellos ratios que se consideren más interesantes, tanto desde el punto de vista de la información que proporcionan internamente como por la posibilidad de comparar esa información con otros proveedores de características similares.

Con respecto al valor óptimo o deseable de cada ratio, suelen existir estudios publicados por diferentes organismos en los que periódicamente se analizan los valores medios sectoriales que pueden servir de referencia. Para la dirección de un proveedor, además de esta comparación con organizaciones del mismo sector, es importante analizar la evolución de los valores a lo largo del tiempo de manera que se pueda identificar su tendencia (análisis dinámico).

Análisis de solvencia - Para determinar la solvencia de un proveedor se analiza el equilibrio entre la naturaleza de las inversiones del activo y su financiación a través del pasivo. Debe existir un paralelismo entre la liquidez de la inversión y la exigibilidad de los recursos con los que se financia. El análisis se puede hacer utilizando, entre otros los siguientes ratios: ratios del fondo de maniobra y ratios de liquidez.

- *Ratios del fondo de maniobra.* El estudio del fondo de maniobra del balance de situación resulta indispensable para conocer la estructura financiera de un proveedor. El fondo de maniobra se define como la diferencia entre los fondos con una menor exigibilidad –fondos propios y exigible a largo plazo– y los activos con una menor liquidez –activo fijo– *(FIGURA 12)*.

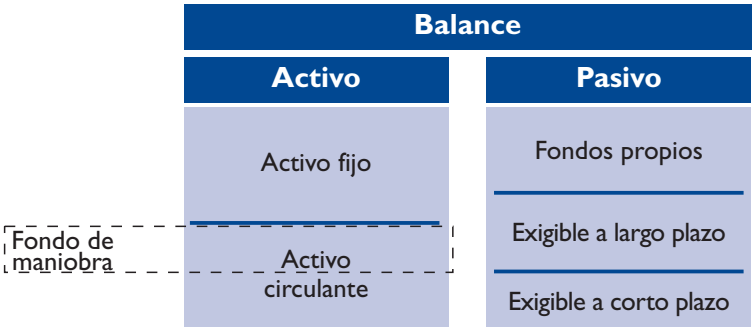


FIGURA 12
Fondo de maniobra

Fondo de maniobra = (fondos propios + exigible a largo plazo) - activo fijo

O lo que es lo mismo:

Fondo de maniobra = activo circulante - exigible a corto plazo

Un fondo de maniobra positivo es un indicador favorable referido a la solidez patrimonial. Significa que parte del activo circulante se está financiando con fondos a largo plazo, lo cual da una cierta garantía de la capacidad de pago. Un fondo de maniobra negativo aumentaría la probabilidad de suspender pagos, puesto que esta situación representa que se estarían financiando activos poco líquidos (activo fijo) con exigible a corto plazo (Amat, 1995).

A fin de analizar el fondo de maniobra, siempre que éste sea positivo, se pueden utilizar los siguientes ratios:

a - Fondo de maniobra / activo circulante

Compara el fondo de maniobra con el activo circulante. Informa sobre el porcentaje de activo circulante financiado con capitales permanentes. Cuanto mayor sea el fondo de maniobra respecto al circulante, mayor será la solvencia.

b - Fondo de maniobra / existencias

Relaciona el fondo de maniobra con el volumen de existencias. Si este ratio tuviera un valor igual a uno significaría que el fondo de maniobra se materializa en existencias. Un valor superior a uno indicaría que el fondo de maniobra cubre la totalidad de los *stocks* y parte de los activos más líquidos, lo que daría una mayor garantía de solvencia.

En este tipo de ratios no existe un valor objetivo. Es importante estudiar la evolución del valor a lo largo del tiempo teniendo en cuenta las características sectoriales de la empresa que se está analizando.

- *Ratios de liquidez*

a - Activo circulante / exigible a corto plazo

Relaciona el total de las deudas a corto plazo del proveedor con respecto a los activos que tienen una mayor liquidez. Este indicador debería tomar un valor mayor que uno como garantía de la capacidad de hacer frente al pago del exigible a corto plazo. Hay que tener en cuenta que el activo circulante está compuesto, entre otras partidas, por las existencias y los saldos de clientes con posible morosidad (Amat, 1995). Por tanto, un valor de este ratio igual a uno no garantiza el pago del exigible a corto plazo. Para profundizar en este análisis se puede utilizar el siguiente ratio:

b - (Activo circulante - existencias) / exigible a corto plazo

Relaciona el total de las deudas a corto plazo del proveedor con respecto a la parte del activo circulante que no son existencias (realizable + disponible). Como norma general, un valor igual o mayor que uno sería suficiente para no tener problemas de tesorería.

Análisis del endeudamiento - Este segundo análisis evalúa la idoneidad de la estructura financiera de un proveedor a través del estudio de su nivel de endeudamiento. El objetivo es poder llegar a determinar si las deudas son excesivas, si los capitales son suficientes, si existe un equilibrio entre las deudas a largo y a corto plazo, etc. Se pueden utilizar para ello los siguientes ratios:

a - (Exigible a largo plazo + exigible a corto plazo) / fondos propios

Relaciona el total de las deudas del proveedor con respecto a los fondos propios o capitales permanentes. Un valor mayor que uno representa que la empresa tiene una estructura financiera arriesgada (el importe total del exigible es mayor que el capital aportado por los propietarios). En ocasiones, esta situación puede ser rentable; sin embargo, habrá que considerar la pérdida de autonomía financiera que supone.

b - Exigible a largo plazo / total exigible

Indica el porcentaje que representa la deuda a largo plazo sobre el total de la deuda del proveedor. Desde el punto de vista de seguridad, se dice que el endeudamiento a largo plazo es de mayor calidad, puesto que su exigibilidad es menor. Por tanto, el endeudamiento será de mayor calidad cuanto mayor sea la proporción del exigible a largo plazo sobre el total de la deuda.

En el *ANEXO 3* (apartado 1 – Ratios de estructura y financiación) se incluyen los ratios utilizados por la Central de Balances del Servei Català de la Salut para el análisis de la información financiera de los proveedores de salud que integran la red hospitalaria de utilización pública de Cataluña.

Análisis económico

Este análisis evalúa el resultado económico de un proveedor tomando como base para su estudio la cuenta de resultados. Hay que tener en cuenta que cualquier empresa persigue generar un beneficio suficiente para retribuir a sus propietarios y que las empresas del sector público establecen objetivos respecto al resultado mínimo que pretenden conseguir (déficit cero, sostenibilidad financiera, etc.) (Amat, 1995).

Al igual que el análisis patrimonial, éste se puede realizar para un periodo concreto –análisis estático– o tomar como referencia la evolución del resultado a lo largo del tiempo –análisis dinámico– y utilizar el cálculo de porcentajes y el cálculo de ratios.

Cálculo de porcentajes

Esta técnica consiste en dividir cada una de las partidas de la cuenta de resultados entre el total de ingresos de explotación del periodo (relacionados con la prestación de servicios de salud). Se centra en el estudio del resultado de explotación, ya que los resultados extraordinarios no son significativos de la gestión desarrollada por el proveedor (Amat, 1995).

El primer paso de este análisis consiste en clasificar los gastos de explotación (gastos relacionados con la prestación de servicios de salud) en gastos fijos y gastos variables según su comportamiento con relación a la actividad *(TABLA 7)*.

TABLA 7
Cuenta de resultados en porcentajes

Fuente: adaptado de Amat, 1995

Concepto	Importe año t-1	% año t-1	Importe año t	% año t
(1) Ingresos de explotación				
(2) Gastos variables				
(i) Margen bruto = (1) - (2)				
(3) Gastos fijos				
(4) Amortización				
(ii) Resultado antes de intereses e impuestos = (i) - (3) - (4)				
(5) Gastos financieros				
(iii) Resultado antes de impuestos = (ii) - (5)				

Una vez clasificados los gastos, se procede a calcular los porcentajes que representan cada una de las partidas con respecto al volumen de ingresos de explotación.

En el ejemplo se han considerado los datos de dos periodos consecutivos (análisis dinámico) para poder comparar cuál ha sido la evolución de las distintas partidas a lo largo del tiempo. Estos resultados se pueden representar gráficamente para visualizar y analizar más fácilmente la estructura de la cuenta de resultados *(FIGURA 13)*.

A partir del análisis porcentual se pueden extraer conclusiones sobre la evolución de diversos conceptos: los ingresos obtenidos por prestación de servicios de salud, el margen bruto global, los gastos de estructura, los gastos financieros y otros aspectos (Amat, 1995).

Resultado año n		Resultado año n+1	
Gastos variables	50%	Gastos variables	45%
Gastos fijos + amortización	30%	Gastos fijos + amortización	30%
Gastos financieros	7%	Gastos financieros	5%
Resultado	13%	Resultado	20%

FIGURA 13
Análisis dinámico de dos cuentas de resultados en porcentajes

Fuente: adaptado de Amat, 1995

Cálculo de ratios

Tomando como base la información extraída de la cuenta de resultados, se definen un conjunto de ratios a partir de los cuales se analiza el resultado económico del ejercicio. En el *ANEXO 3* se recoge el detalle de los ratios utilizados por la Central de Balances del Servei Català de la Salut (apartados 2 y 3 – Ratios de rentabilidad y ratios económicos). A continuación se desarrollan una serie de ejemplos a modo ilustrativo.

a - Resultado de explotación / activo total

Se obtiene dividiendo el resultado de explotación entre el activo total. Informa sobre el rendimiento que está generando el activo y que debe ser suficiente para retribuir los fondos con los que se están financiando estos activos (fondos propios y fondos ajenos). Un rendimiento bajo muestra un resultado insuficiente; no sería un problema financiero, sino de gestión.

b - Resultado de ejercicio / fondos propios

Se obtiene dividiendo el resultado del ejercicio (resultado después de retribuir los fondos ajenos y después del pago de impuestos) entre los fondos propios. Informa sobre la rentabilidad que obtienen los propietarios de la empresa por su inversión.
A partir de aquí, estos dos ratios se pueden ir desglosando para profundizar más en el análisis de la información.

Resumen

Partiendo de la información proporcionada por la contabilidad financiera (balance de situación, cuenta de resultados y cuadro de financiación) se puede conocer y evaluar la situación patrimonial, la situación financiera y el resultado económico de un proveedor. Este análisis tiene un doble alcance:

- *Análisis patrimonial.* A partir del balance de situación, y mediante el cálculo de porcentajes y de ratios, analiza el mayor o menor equilibrio financiero y patrimonial de un proveedor y estudia aspectos tales como la estructura del activo y el pasivo, su nivel de solvencia (capacidad de hacer frente a los compromisos de pago) y el grado de endeudamiento.

- *Análisis económico.* Partiendo de la cuenta de resultados, y mediante el cálculo de porcentajes y ratios, analiza el resultado económico de un proveedor.

Este doble análisis facilita la toma de decisiones tanto interna como externa. Para que esta información sea homogénea y pueda ser entendida por todos los agentes implicados (organismos públicos, hacienda, bancos, acreedores, etc.), la legislación contable determina los principios que se deben observar a la hora de recoger, ordenar y clasificar la información financiera.

4 - La contabilidad de costes

La contabilidad de costes es una de las técnicas comprendidas dentro de la contabilidad de gestión. "La contabilidad de gestión 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 información relevante para la toma de decisiones" (Rosanas y Ballarin, 1990).

Como se ha comentado en el capítulo anterior, la información que proporciona la contabilidad financiera está destinada principalmente a agentes externos al proveedor (bancos, gobierno, etc.). Estos agentes pueden así tomar sus decisiones en relación con la organización. Los estados contables se presentan de forma estandarizada, según las normas establecidas, para facilitar su análisis.

Por el contrario, la contabilidad de gestión es fundamentalmente una herramienta de gestión interna y debe ser flexible para poder dar respuesta a las necesidades de información planteadas desde el interior de la organización y, de este modo, facilitar a la dirección la toma de decisiones. Por ello comprende un conjunto heterogéneo de técnicas; la contabilidad de costes o contabilidad analítica constituye una de estas técnicas. En el *ANEXO 4* se muestra un análisis comparativo de los fundamentos, instrumentos y objetivos de la contabilidad financiera y la contabilidad de costes (Guadalajara, 1994).

La contabilidad de costes se centra en el cálculo de los costes de los distintos productos o servicios, así como de los costes incurridos por los departamentos, centros o secciones que los han generado. El propósito de este análisis es conocer lo que está ocurriendo dentro de la organización. Se parte de la información proporcionada por la contabilidad financiera o presupuestaria y otras fuentes de información extracontables (actividad asistencial, recursos humanos, almacén, servicios generales, etc.). Relaciona la cantidad de factores empleados y los productos y servicios obtenidos.

La dirección, para poder gestionar los recursos, necesita conocer el impacto de sus decisiones. Teniendo en cuenta

ALGUNOS OBJETIVOS DE LA CONTABILIDAD DE COSTES

- *Informar sobre el resultado obtenido por producto o servicio y centro de coste*
- *Detectar y analizar las desviaciones en costes*
- *Proporcionar información para establecer precios y tarifas de venta acordes con la estructura de costes*
- *Comparar la estructura de costes de un proveedor con la de otros proveedores de características similares*

la gran diversidad de productos ofertados por un proveedor de salud, la contabilidad de costes se convierte en un instrumento de gestión indispensable. El objetivo es lograr que los recursos se asignen de la manera más eficiente posible, para garantizar la oportunidad y la calidad de los servicios de salud.

El desarrollo de un sistema de contabilidad de costes no es una tarea fácil. Se puede caer en la tentación de querer obtener mayor información de la que realmente se puede suministrar y analizar. El éxito de su implantación va a depender de una serie de factores clave:

- Diseño del sistema de contabilidad de acuerdo con las características de la organización y la información que necesita la dirección para tomar decisiones.

- Definición de una unidad de medida de la actividad asistencial que refleje correctamente la producción de servicios de salud.

- Capacidad del sistema de información para dar respuesta a los requerimientos de información identificados en el diseño del sistema de costes.

- Cultura de la organización. Es normal encontrar resistencia a la implantación de este tipo de contabilidad ya que se identifica el sistema de costes con un sistema de control.

Desarrollo de un sistema de contabilidad de costes

El desarrollo de un sistema de contabilidad de costes se divide en las siguientes etapas *(FIGURA 14):*

1 - Diseño del sistema de costes. Es la fase más importante del proceso. Se debe definir el sistema de costes teniendo en cuenta las características de la organización, los objetivos y necesidades de información de la dirección y la capacidad de desarrollo del sistema de información. Las tareas que hay que llevar a cabo son las siguientes:

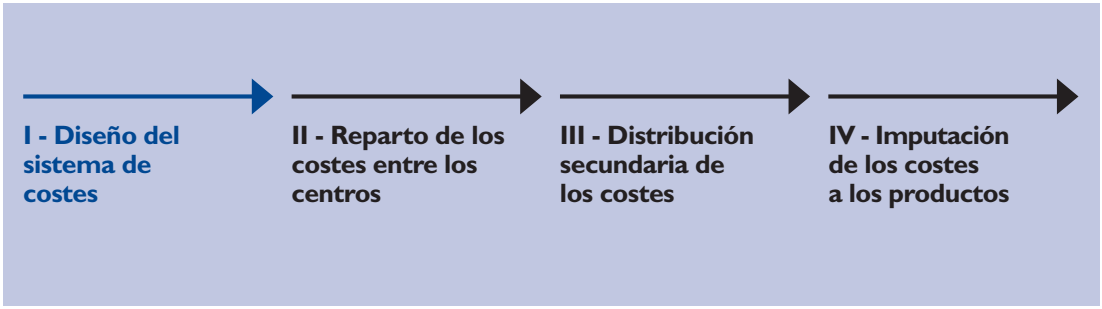


FIGURA 14
Fases del desarrollo de un sistema de contabilidad de costes

- *Definición de la unidad de producto asistencial.* Se establece la unidad de medida del producto asistencial que va a servir de base para calcular el coste por producto o servicio (productos intermedios, productos finales, etc.).

- *Definición y clasificación de los centros de coste.* Los centros de coste son las unidades de producción a las que se imputan los diferentes costes en los que se incurre durante el ejercicio. Un centro de coste es un centro de responsabilidad con capacidad de decisión sobre los recursos que utiliza y sobre los costes en los que incurre (Bisbe, 2000a). Se pueden clasificar, según la actividad que desarrollan, en centros de estructura, centros asistenciales, etc.

- *Definición de la estructura de costes.* Los costes se pueden clasificar de forma diferente según la información que se quiere obtener (costes por naturaleza, según el grado de imputabilidad con respecto al objeto de coste, etc.). La estructura de costes se determina en función del tipo de análisis de costes que se quiera realizar.

II - Reparto de los costes entre los centros. El primer paso consiste en imputar los costes del periodo a los centros de coste que los han generado (distribución primaria).

III - Distribución secundaria de los costes. El paso siguiente es distribuir a los centros de coste asistenciales finales (responsables de la prestación de los servicios de salud) los costes del resto de los centros.

IV - Imputación de los costes a los productos. Finalmente, se calcula el coste por producto o servicio a partir del coste

PASOS EN EL DISEÑO DEL SISTEMA DE COSTES

- *Definición de la unidad de producto asistencial para el cálculo del coste de productos o servicios*
- *Definición y clasificación de los centros de coste de acuerdo con la actividad que desarrollan*
- *Definición de la estructura de costes y criterios de aplicación*

de los centros asistenciales finales y la producción de servicios de salud llevada a cabo por cada uno.

I - Diseño del sistema de costes

Como ya se ha comentado, ésta es la fase más importante del proceso y a la que hay que dedicar mayores esfuerzos, ya que condiciona todo el desarrollo posterior.

El sistema de costes debe definirse teniendo en cuenta las características de la organización, los requerimientos de información de la dirección y la capacidad de los sistemas de información. La contabilidad de costes comprende un conjunto heterogéneo de técnicas; según el tipo de decisión que se quiera tomar habrá que seleccionar aquella técnica que desagregue la información a un nivel que permita analizar el resultado de la manera adecuada (Bisbe, 2000a).

Los centros de coste y los productos o servicios son los dos objetos que trata tradicionalmente la contabilidad de costes (quién ha incurrido en los costes y para qué) (Bisbe, 2000a). No son independientes entre sí: habrá costes que no se puedan imputar directamente a un producto o servicio y deban repartirse primero entre los distintos centros que los exigieron y de éstos a los productos.

Definición de la unidad de producto asistencial

El cálculo del coste por producto o servicio es uno de los objetivos principales de la contabilidad de costes. En empresas con un solo producto basta con dividir el total de costes del periodo entre el número de unidades producidas. Sin embargo, las organizaciones son normalmente empresas multiproducto o multiservicio, por lo que es necesario identificar los costes asociados a cada uno de los productos o servicios.

Los proveedores de salud se encuentran además con un problema añadido derivado de su condición de empresas de servicios, ya que la producción de servicios, en general, es más complicada de cuantificar debido a su carácter

menos tangible. No es fácil describir la actividad asistencial y poder definir una unidad de medida que refleje correctamente la producción de servicios de salud.

Tradicionalmente se han utilizado productos intermedios como unidad de medida de la actividad asistencial (número de urgencias, estancias hospitalarias, visitas, etc.). Estos productos intermedios representan una agregación del producto final y no diferencian los procesos clínicos que agrupan. Se contemplan actividades dispares en cuanto al consumo de recursos (una estancia de un paciente de hernia, una estancia de un paciente de apendicitis, etc.) (Guadalajara, 1994).

Las variaciones observadas en el consumo de recursos con relación al tipo de pacientes atendidos (la casuística o *case-mix*) y el grado de desarrollo alcanzado por los sistemas de información, entre otros factores, hicieron evidentes las carencias de los productos intermedios (estancias, visitas, etc.) como unidad de costeo de la actividad asistencial. La necesidad de establecer una unidad de producto manejable desde el punto de vista de la gestión ha llevado al desarrollo de los sistemas de clasificación de pacientes (SCP). Estos sistemas de clasificación tratan de reducir el número de productos (procesos atendidos) agrupándolos en clases. Cada una de estas clases recoge pacientes con características clínicas y procesos de atención similares y son homogéneas en cuanto al criterio de agrupación definido para su clasificación (por ejemplo, el isoconsumo de recursos) (Guadalajara, 1994).

Entre los SCP desarrollados, destacan los sistemas de clasificación de episodios de hospitalización, por ser los que más difusión han tenido en los últimos años –Patient Management Categories (PMC) y Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) (Guadalajara, 1994)–.

En la definición de la unidad de producto de la actividad asistencial hay que tener en cuenta los siguientes factores:

- La agrupación de los procesos asistenciales debe establecerse en términos de recursos consumidos (unidades de coste).

EJEMPLOS DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

Patient Management Categories (PMC) *agrupa a los pacientes relacionando los síntomas y el motivo de admisión con el diagnóstico y el tratamiento registrado en el momento del alta (práctica clínica deseable), en categorías de las que se espera que consuman una misma cantidad de recursos*

Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) *agrupa a los pacientes según los diagnósticos y procedimientos emitidos al dar de alta un paciente (práctica real), en categorías en las que se espera que consuman una misma cantidad de recursos*

(Guadalajara, 1994)

- Esta agrupación debe contar con un número reducido de clases con el fin de asegurar su manejabilidad.

- Las agrupaciones deben estar dotadas de significación clínica para facilitar la incorporación y participación de los profesionales en los procesos de gestión.

- El sistema de contabilidad de costes debe ser coherente con el desarrollo del sistema de información de la organización. La información debe estar disponible de manera que la actividad asistencial se pueda medir en función de la unidad seleccionada. Por ejemplo, no será posible obtener el coste por GRD si no se dispone de un sistema de clasificación de pacientes que traduzca la actividad de hospitalización según los GRD atendidos.

Definición y clasificación de los centros de coste

La contabilidad de costes aborda como segundo objetivo el cálculo de los costes en que han incurrido los distintos centros en los que se divide la organización. Desde el punto de vista contable, un centro de coste es un centro de responsabilidad con capacidad de decisión sobre los recursos que utiliza y sobre los costes en los que incurre (Bisbe, 2000a). Es la unidad contable con relación a la cual se recogen y se acumulan los datos de costes con una actividad que puede diferenciarse y medirse (Rosanas y Ballarin, 1990).

Cada proveedor puede establecer los centros de coste que considere oportuno en función de las necesidades de información, actividades que lleva a cabo, etc.; existen múltiples clasificaciones.

Los centros de coste no tienen por qué coincidir con las divisiones o departamentos reales de una organización. Éstos responden a un sistema organizativo que se plasma en un organigrama. Los centros de coste, por el contrario, deben facilitar el estudio y el control de costes respondiendo únicamente a las necesidades de información de gestión. Cuanto mayor sea el número de centros de coste

establecidos, mayor será el desglose necesitado. Se debe considerar y valorar el coste que tiene la obtención de esta información.

A continuación se propone una agrupación que identifica los centros de coste en función de la actividad que desarrollan y los distingue entre centros asistenciales y no asistenciales (Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas, 1997).

- *Centros asistenciales*. Centros vinculados directamente con la producción de servicios de salud. Se subdividen a su vez en centros finales y centros auxiliares.

  Centros finales. Aquellos centros responsables directamente de la producción de servicios de salud. Sus actividades están directamente relacionadas con el tipo de servicio que prestan. Facturan su actividad al exterior. Por ejemplo, medicina interna, cirugía, pediatría, traumatología y urgencias.

  Centros auxiliares. Desarrollan su actividad dando soporte a los centros asistenciales finales o a otros centros auxiliares. Pueden actuar como centros finales en el caso de que los servicios que prestan se vendan al exterior (pruebas de laboratorio o radiología para otros proveedores). Por ejemplo, farmacia, radiología, laboratorio, quirófanos, consultas externas y hospitalización.

- *Centros no asistenciales*. Centros cuya función es dar soporte a la estructura productiva asistencial. Se subdividen a su vez en centros de estructura y centros secundarios.

  Centros de estructura. Dan soporte a la estructura física y al resto de centros y son imprescindibles para un correcto funcionamiento y desarrollo de la actividad asistencial. Por ejemplo, dirección, finanzas, recursos humanos e informática.

  Centros secundarios. Aquellos centros de apoyo cuya actividad aun no siendo asistencial de alguna manera

está relacionada con el paciente. Por ejemplo, limpieza, hostelería, lavandería y seguridad.

Definición de la estructura de costes

La contabilidad de costes debe ser una herramienta de gestión flexible que sirva de apoyo a la dirección en el proceso de toma de decisiones. Según la decisión que se quiera tomar será necesario un tipo de información u otro. Por ejemplo, la información que le interesa a un directivo a la hora de establecer la tarifa de un determinado servicio probablemente no sea la misma que la que le interesa para decidir sobre la compra de un nuevo equipamiento.

Cada decisión lleva unos costes asociados que hay que identificar y clasificar según la información que sea relevante para la misma. El desarrollo de complejos sistemas de costes no siempre resulta necesario. Incorporar información que no es relevante para tomar una determinada decisión puede desvirtuar el análisis y las conclusiones que se obtengan (Bisbe, 2000a). En ocasiones bastará con incorporar una parte de los costes y otras veces será necesario considerar la totalidad.

Un mismo análisis se puede estructurar de diversas formas según la clasificación de costes que se considere. La manera de organizar la información determinará el resultado que se obtenga *(CUADRO 2)*.

El análisis de costes se puede hacer sobre un área concreta de la actividad (un centro de coste, un producto, una determinada inversión) o se puede referir al análisis del resultado global de gestión de un periodo; es este último el de mayor alcance.

Para analizar el resultado de un periodo se pueden diferenciar, entre otros, dos sistemas de costes: *full costing* y *direct costing*.

CUADRO 2
CLASIFICACIÓN DE COSTES *(Guadalajara, 1994)*

Según la ***imputabilidad*** *al objeto de coste (productos y servicios o centros de coste):*

- *Costes directos. Guardan una relación directa con el objeto de coste. Son fácilmente identificables y pueden ser afectados sin tener que recurrir a criterios de reparto subjetivos. Por ejemplo, medicamentos consumidos por un determinado servicio.*

- *Costes indirectos. Son comunes a dos o más objetos de coste y resultan difíciles de imputar a cada uno. Es necesario repartirlos empleando criterios más o menos subjetivos, pero nunca arbitrarios. Por ejemplo, costes del departamento de administración que se imputa a un determinado producto o servicio.*

De acuerdo con la ***capacidad de control****:*

- *Costes controlables. Costes sobre los cuales el responsable de un centro tiene capacidad de resolución, es decir, puede influirlos con sus decisiones. Por ejemplo, el consumo de fármacos en un servicio médico.*

- *Costes no controlables. Aquellos costes sobre los que un responsable no tiene capacidad de influir. Por ejemplo, el seguro de un equipo de radiología.*

Según el ***comportamiento*** *del coste en relación con la* ***actividad****:*

- *Costes variables. Aquellos que varían directa y proporcionalmente al volumen de actividad. Por ejemplo, la partida de material sanitario.*

- *Costes fijos. Se mantienen constantes, independientemente del volumen de actividad. Por ejemplo, la póliza del seguro de un edificio es un coste fijo.*

- *Costo semifijo (o escalón). Varía con el volumen de actividad pero no de manera proporcional. Se mantiene constante para un cierto intervalo de producción y varía al alcanzar un volumen de actividad que satura la capacidad instalada (Bisbe, 2000a). Por ejemplo, la partida de personal.*

Según el ***comportamiento*** *del coste respecto a una determinada* ***decisión*** *(Bisbe, 2000a):*

- *Costes relevantes. Varían en relación con la decisión que se está estudiando tomar. Por ejemplo, en la decisión entre comprar o reparar una instalación que no funciona correctamente, son relevantes los costes de reparación, de la compra de la nueva instalación y de mantenimiento.*

- *Costes no relevantes. No varían en relación con una determinada decisión. En el ejemplo anterior, si con la nueva instalación la plantilla de personal no se ve afectada, este coste no es relevante.*

- Sistema *full costing*. Se incorporan todos los costes del periodo analizados, independientemente de su condición de fijos, variables, directos o indirectos. Esto permite analizar, por ejemplo, el resultado obtenido por producto o servicio, comparando su tarifa o precio de venta con su coste medio unitario.

- Sistema *direct costing*. Incorpora únicamente los costes variables y los diferencia de los costes fijos. Permite analizar el margen bruto que genera cada producto o servicio (margen bruto = precio de venta - costes variables). Hay que tener en cuenta que, para que un servicio sea rentable, es necesario

que el precio mínimo de venta sea mayor que su coste variable unitario, de forma que deje margen para cubrir parte de los costes fijos.

Los dos sistemas de costes se podrán elaborar a partir de datos históricos o utilizando costes estándar (estimaciones del coste real). Combinando ambos sistemas la dirección podrá analizar las desviaciones que se produzcan y será de gran utilidad para el control de costes. Finalmente, es conveniente que el sistema de costes que se utilice se mantenga durante más de un periodo, de modo que se pueda estudiar la evolución de los resultados a lo largo del tiempo. La utilización del mismo sistema de costes por varios proveedores con características similares permite, además, hacer comparaciones *(benchmarking)*.

Resultado de la fase: parámetros básicos del sistema de coste

Al finalizar esta fase, el proveedor habrá definido su sistema de costes, mediante:

- La definición de la unidad de producto asistencial para calcular el coste de los distintos servicios o productos.

- La identificación y clasificación de los centros de coste. La información será más precisa cuanto mayor sea el número de centros definidos. Esto, a su vez, aumenta la complejidad y el coste de mantenimiento del sistema.

- La determinación del tipo de costes que se van a imputar a los distintos objetos de coste (centros de coste y productos o servicios) y su clasificación según el resultado que se quiere obtener.

La metodología que se desarrolla en la guía corresponde a un sistema *full costing*. En ese sistema, todos los costes del periodo se asignan a los objetos de coste identificados (centros de coste y productos o servicios). Primero se asignan los costes a los centros definidos para posteriormente proceder al cálculo del coste medio de los productos o servicios según la unidad de actividad definida.

II - Reparto de los costes entre los centros

En esta primera fase se afectan los costes del periodo (clasificados por naturaleza) a los centros de coste que los han generado. Para ello, primero se convierten los gastos en costes y luego se asignan los costes a los centros de coste.

Conversión de los gastos por naturaleza en costes

Es necesario diferenciar claramente los términos *gasto* y *coste*. Aunque ofrecen algunas similitudes son conceptos diferentes. Hay gastos que no tienen la consideración de costes al no estar vinculados al desarrollo de las actividades ordinarias (proceso productivo), como por ejemplo el impuesto de sociedades, los gastos financieros, etc. Por otro lado, hay costes que la contabilidad financiera no admite como gastos. Por ejemplo, en el caso de las amortizaciones de inmovilizado, el importe de la amortización calculada por la contabilidad de costes puede ser superior al admitido como gasto por la contabilidad financiera.

Para calcular los costes de un periodo, se parte de la información de la cuenta de resultados de la contabilidad financiera. En este documento contable estarán recogidos todos los gastos del periodo clasificados según su naturaleza, o lo que es lo mismo, por capítulo contable (personal, compras, servicios exteriores, amortizaciones, tributos, etc.). De la cuenta de resultados se extraen los costes del periodo realizando las siguientes operaciones (Guadalajara, 1994):

- *Eliminación de las cuentas que no procedan.*
  Se excluirán a efectos del cálculo de costes todos los gastos que no se relacionan de forma directa con el proceso productivo asistencial, es decir, gastos financieros, pérdidas procedentes del inmovilizado y gastos excepcionales, provisiones y gastos de ejercicios anteriores o posteriores.

  Como norma general, se considerarán los siguientes conceptos de gastos: personal, consumo de materiales (fármacos, material sanitario de consumo, material no sanitario, prótesis y otros consumos), consumo de

▪ ***Gasto*** *es un concepto de la contabilidad financiera y, por tanto, vinculado a la contabilidad externa. Se refiere básicamente a los flujos económicos relacionados con la adquisición de bienes y servicios inherentes a la actividad de la empresa*

▪ ***Coste*** *es un concepto vinculado a la contabilidad de costes. Se define como el consumo de bienes y servicios, valorado en unidades monetarias, necesario para obtener un determinado producto o servicio. Cualquier proceso de producción lleva consigo el consumo de factores productivos, materias primas, horas de trabajo, etc. Las cantidades de factores que se consumen para la obtención de un determinado producto constituyen el coste de este producto*

servicios (suministros exteriores, reparaciones y conservación, arrendamientos y otros servicios), amortizaciones y tributos.

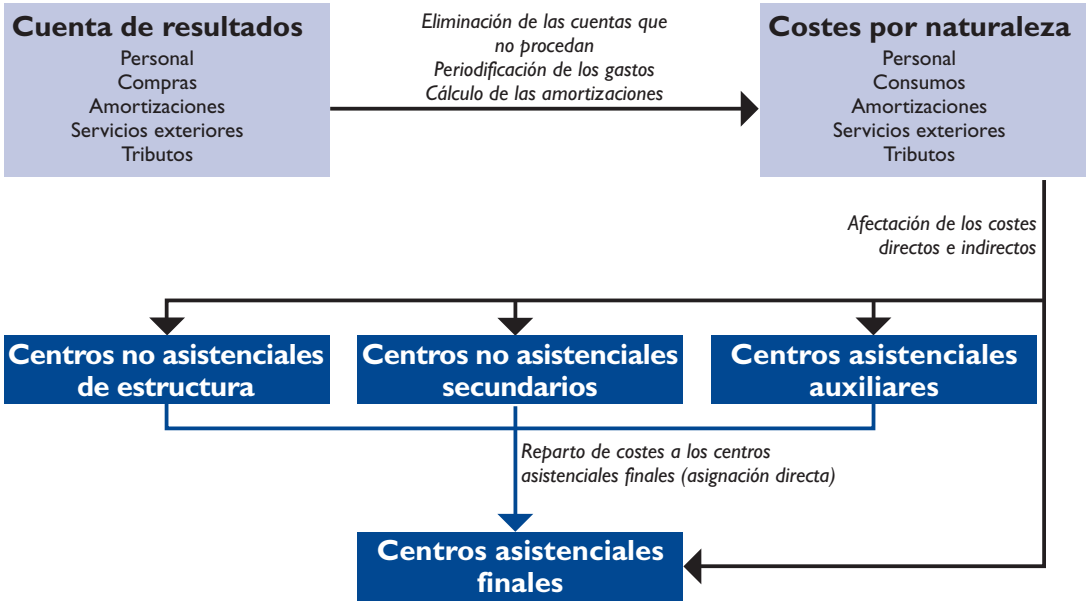
- *Periodificación de los gastos.* Se distinguirá entre los consumos del periodo objeto de estudio y aquellos que corresponden a periodos anteriores o posteriores. La razón de esta operación es que la fecha de registro contable de un gasto (devengo) no tiene por qué coincidir con el periodo de consumo.

- *Cálculo de las amortizaciones del inmovilizado.* En el caso de que el importe de la amortización real sea superior o inferior a la admitida por la contabilidad financiera.

Una vez se han depurado los gastos de la cuenta de resultados, tendremos calculados e identificados los costes por naturaleza del periodo *(FIGURA 15)*.

FIGURA 15
Asignación de los costes por naturaleza a los centros de coste

Fuente: adaptado de Guadalajara, 1994



Asignación de los costes por naturaleza a los centros de coste

Identificados los costes del periodo (clasificados por naturaleza), la siguiente tarea es asignarlos a los centros donde se han generado, de modo que se obtenga el coste sopor-

tado por cada uno. Todos los costes por naturaleza se imputan a los diferentes centros a partir de la información de las diferentes áreas de actividad del proveedor *(FIGURA 15)*.

El cálculo del coste de los centros comprende los siguientes pasos:

- *Clasificación de los costes* en directos e indirectos de acuerdo con la imputabilidad con respecto al centro de coste.

- *Asignación de los costes directos* a los centros correspondientes (el consumo de material de laboratorio se puede localizar directamente en el centro de *laboratorio*, el personal de radiología en *radiología*, etc.).

- *Imputación de los costes indirectos* a los centros *(distribución primaria)* mediante la definición de los criterios de asignación a partir de los cuales se van a localizar estos costes. Los costes comunes a varias secciones se reparten siguiendo estos criterios (el coste del agua, luz, seguros, etc.). Por ejemplo, para imputar el coste de un seguro se utiliza el valor contable del activo. Los criterios de asignación son los métodos de cálculo que se van a utilizar para localizar los costes indirectos entre los distintos centros –distribución primaria–.

Resultado

Al finalizar esta fase se habrán asignado todos los costes del periodo (directos e indirectos, fijos y variables) entre los centros de coste que los han generado.

III - Distribución secundaria de los costes

En esta fase se distribuyen a los centros asistenciales finales –medicina interna, traumatología, urgencias, etc.– los costes del resto de centros –no asistenciales y auxiliares– *(FIGURA 15)*. Así se obtiene el coste total de los centros fina-

les, responsables directos de la prestación de servicios, como paso previo para poder obtener el coste por producto o servicio.

El reparto de costes entre centros se realiza según la prestación de servicios ofrecida y recibida por cada uno. En este punto es necesario tratar dos cuestiones: la selección de la unidad de obra y del método de imputación.

Selección de la unidad de obra

Se selecciona una unidad de obra para medir la actividad de un centro y valorar la prestación de servicios ofrecida. La unidad de obra permite imputar al resto de las secciones los costes asignados a cada centro y debe representar alguna de las principales causas de variación de los costes variables (Bisbe, 2000a).

A partir del coste total imputado a cada centro en la fase anterior y la actividad desarrollada, se obtiene el coste medio unitario por unidad de obra. El coste repercutido al resto de los centros se calcula valorando la prestación de servicios recibida por cada uno a partir de las unidades de obra *(CUADRO 3)*.

En el caso de que no se pueda identificar una unidad de obra representativa de la actividad de un centro se utilizan las unidades relativas de valor para el reparto de costes (Bisbe, 2000a). Estas unidades tienen en cuenta el consumo de recursos para cada una de las actividades que se desarrollan en un centro y se les asigna un peso relativo en función de este consumo. Es el caso de las secciones de

CUADRO 3
EJEMPLO DE CÁLCULO DE COSTES A PARTIR DE LA UNIDAD DE OBRA

El total de costes imputados al centro de archivo de un hospital es de 1.000.000 u.m.

La unidad de obra definida como medida de la actividad de este centro es el número de historias clínicas solicitadas. Se han solicitado 16.000 historias clínicas durante el periodo objeto de estudio.

El servicio de traumatología del hospital ha solicitado a archivo 1.000 historias clínicas.

El coste de la sección de archivo distribuido al servicio de traumatología se calcularía:

Coste medio de una solicitud = 1.000.000 u.m. / 16.000 historias clínicas = 635 u.m.
Coste archivo distribuido a traumatología = 1.000 historias clínicas x 635 u.m. = 635.000 u.m.

CUADRO 4 - EJEMPLO DE CÁLCULO DE COSTES A PARTIR DE UNIDADES RELATIVAS DE VALOR (URV)

La sección de laboratorio de un proveedor ha acumulado un coste total durante el periodo objeto de análisis de 750.000 u.m. Este laboratorio realiza cuatro tipo de pruebas diferentes –pruebas 1,2, 3 y 4– a las que se ha asignado respectivamente 5, 15, 20 y 40 unidades relativas de valor, según la cantidad de recursos consumidos.

La actividad del periodo medida en número de pruebas y URV es la siguiente:

Tipo de prueba	Unidad relativa de valor	Actividad	Total URV
Prueba 1	5	300 pruebas	1.500 URV
Prueba 2	15	200 pruebas	3.000 URV
Prueba 3	20	250 pruebas	5.000 URV
Prueba 4	40	100 pruebas	4.000 URV
		850 pruebas	13.500 URV

El coste unitario de una URV se calcula dividiendo el coste total de la sección (750.000 u.m.) entre la actividad del periodo medida en URV (13.500 URV).

Calculo del coste unitario de las pruebas: Coste unitario prueba n = URV n x coste unitario URV

Tipo de prueba	Unidad relativa de valor	Actividad	Coste unitario	Coste total
Prueba 1	5	300 pruebas	278 u.m.	83.333 u.m.
Prueba 2	15	200 pruebas	833 u.m.	166.667 u.m.
Prueba 3	20	250 pruebas	1.111 u.m.	277.778 u.m.
Prueba 4	40	100 pruebas	2.222 u.m.	222.222 u.m.
		850 pruebas		750.000 u.m.

Si un centro solicita durante el periodo 100 pruebas de tipo 1 y 150 de tipo 3, los costes de la sección de laboratorio que se deberán imputar a dicho centro serían:

Tipo de prueba	Unidad relativa de valor	Actividad	Coste unitario	Coste total
Prueba 1	5	100 pruebas	278 u.m.	27.800 u.m.
Prueba 2	15	0 pruebas	833 u.m.	0 u.m.
Prueba 3	20	150 pruebas	1.111 u.m.	166.650 u.m.
Prueba 4	40	0 pruebas	2.222 u.m.	0 u.m.
		250 pruebas		194.450 u.m.

laboratorio o radiodiagnóstico, en las cuales los distintos tipos de pruebas que realizan tienen un consumo de recursos poco homogéneo. A cada tipo de prueba se le asigna un peso relativo basándose en un estudio de costes previo. El coste del centro se reparte así en función del número y el tipo de pruebas solicitadas ponderadas según el peso relativo de cada una *(CUADRO 4)*.

Selección del método de imputación

El reparto de costes se complica en el caso de centros con prestaciones recíprocas (un centro recibe prestaciones de otro y éste a su vez le presta también soporte) (Bisbe, 2000a). Tres son los métodos comúnmente utilizados para resolver este problema:

- *Reparto directo.* Los costes se asignan directamente a los centros finales sin tener en cuenta las prestaciones recíprocas entre centros. Es el método más simple, ya que requiere menos trabajo administrativo y poca estadística. Sin embargo, es cuestionable la precisión y distorsión de los resultados que ofrece *(FIGURA 16)*.

- *Reparto en cascada (método de bajada).* Es el más utilizado. Este método tiene en cuenta las prestaciones recíprocas. Una vez que el coste de un centro ha sido asignado a otros centros (finales o no) queda cerrado. Eso significa que no puede recibir ninguna parte del coste de otro centro que todavía no haya sido imputado. Basándose en esta lógica, el primer centro que se cierra debería ser el que ha prestado servicios a un mayor número de centros y, por el contrario, el que ha recibido menor soporte por parte de éstos. El último que se cierra debería ser el que ha prestado la menor cantidad de servicios habiendo recibido la mayor cantidad de prestaciones *(FIGURA 16)*.

- *El doble reparto (método de proporción doble).* Es el método más complejo. La diferencia significativa entre este método y el anterior es que los centros permanecen abiertos durante más de una iteración, a través de un sistema de ecuaciones múltiples que refleja la reciprocidad de las prestaciones. Se resuelve así el problema de imputación de las prestaciones recíprocas. Es un sistema complejo de mantener sin un soporte informático adecuado *(FIGURA 16)*.

Una vez definidas las unidades de obra de cada centro y el método de imputación, se distribuyen los costes de los centros soporte (estructura, secundarios y auxiliares) a los centros asistenciales finales –distribución secundaria–.

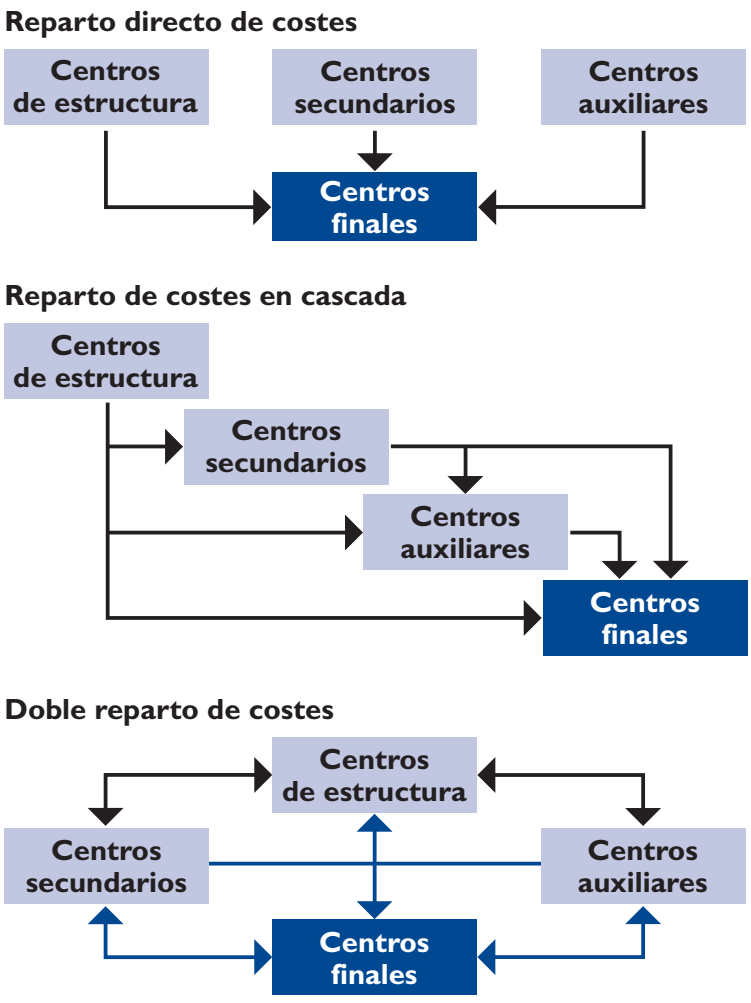


FIGURA 16
Diferentes métodos de reparto de costes

En el *ANEXO 5* se muestran una serie de ejemplos de las unidades de obras habitualmente utilizadas. Esas unidades son válidas con independencia del método de imputación elegido (directo, en cascada o doble reparto).

Resultado: determinación del coste por servicio

Una vez distribuidos a los centros asistenciales finales la totalidad de los costes del periodo, la dirección podrá analizar cuál ha sido el coste total incurrido por cada uno de los servicios (medicina interna, traumatología, cirugía, etc.) que configuran la oferta asistencial del proveedor. Se obtiene un nivel de desagregación de la información por línea de servicio. Comparando los ingresos facturados con

relación a los recursos consumidos se podrá analizar la rentabilidad de cada uno de los centros asistenciales finales (qué centros generan un margen positivo y cuáles incurren en pérdidas).

IV - Imputación de los costes a los productos o servicios

A partir del coste total de los centros asistenciales finales se calcula el coste medio de cada uno de los productos o servicios prestados. Para ello previamente se habrá medido la actividad de estos centros de acuerdo con la unidad de producto asistencial definida en la fase de diseño del sistema.

Si un centro asistencial final presta un único servicio, el coste medio unitario del servicio se obtiene dividiendo el coste total del centro entre la producción realizada. La realidad, sin embargo, no es ésta. No todos los pacientes reciben el mismo tipo de tratamiento y, por lo tanto, el mismo tipo de servicios.

Una manera de solucionar la cuestión de la multiplicidad de servicios es a través de los pesos relativos (PR). Antes hemos utilizado el término *unidad relativa de valor* para hablar del cálculo de la proporcionalidad en el consumo de recursos referido a productos intermedios (laboratorio, radiología, etc.). En el caso de productos finales, se habla de *pesos relativos*, aunque el concepto es el mismo (Bisbe, 2000b).

Tal y como se ha visto en el punto anterior, en el cálculo de los PR se tiene en cuenta el diferente consumo de recursos de cada uno de los servicios producidos. Este cálculo se realiza de forma exhaustiva puntualmente (por ejemplo, al inicio del ejercicio) y se asume su validez como método fiable de asignación durante un periodo de tiempo determinado. El análisis continuado de los costes correspondientes a los recursos consumidos por cada tipo de servicio requeriría de un gran esfuerzo administrativo y, por lo tanto, no sería operativo. Otra posibilidad es utilizar los PR de otros proveedores o sistemas de salud ya contrastados (pesos relativos de los GRD ameri-

canos), considerando y aceptando sus limitaciones como una medida aproximada de las proporciones teóricas de coste.

Una vez calculados los pesos relativos, el coste medio unitario de cada producto o servicio se obtendría distribuyendo el coste de los centros responsables de su producción de forma proporcional a la actividad generada ponderada por los pesos relativos.

Según este método, el coste medio por GRD de un centro de hospitalización se calcularía a partir de la siguiente fórmula:

$$\textit{Coste medio GRD (i)} = \frac{\textit{Costes centro hospitalización x PR GRD (i)}}{\sum_{i=1}^{N} \textit{Altas GRD (i) x PR GRD (i)}}$$

Por tanto, para el cálculo del coste medio por GRD de un centro de hospitalización es necesario conocer la actividad medida en función del número de altas por GRD y los pesos relativos de cada proceso.

Un sistema de costes medios tiene como ventaja la simplicidad de su cálculo pero como contrapartida, no permite analizar las variaciones en el coste de cada uno de los procesos atendidos (Bisbe, 2000b). Se conoce el coste medio de un determinado GRD pero no es posible obtener, a partir de éste, el coste de cada uno de los episodios que agrupa (coste del alta de un paciente individual correspondiente a ese GRD).

La alternativa sería un sistema que imputase primero de forma individual los costes a cada uno de los procesos atendidos (alta de un paciente), para posteriormente obtener el coste medio de cada episodio (coste medio por GRD) por agregación de la información. En este segundo modelo, se podrían analizar las desviaciones en coste dentro de un mismo proceso o GRD, lo que permitiría conocer el impacto en costes de las diferentes prácticas clínicas aplicadas y la heterogeneidad de los casos atendidos. De nuevo surge la necesidad de decidir el grado de exhaustividad de la información que se quie-

re obtener con relación al coste de mantenimiento e implantación del sistema.

Resultado: determinación del coste por producto o servicio

A partir del cálculo del coste medio de cada uno de los servicios la dirección dispondrá, por ejemplo, de información para el establecimiento de los precios y tarifas con las que negociar con los distintos compradores del sistema. Además, podrá conocer y analizar el resultado por producto o servicio e identificar cuánto se gana o se pierde en un determinado proceso.

Con toda esa información se podrá evaluar la gestión de un proveedor a través del análisis de los resultados obtenidos y su comparación con otros proveedores de características similares.

El análisis de la demanda, la comparación en términos de coste con otros proveedores y el análisis de los costes por proceso van a ayudar a identificar cuáles deberían ser las estrategias de futuro y qué iniciativas será necesario poner en marcha. Se definirá qué procesos son susceptibles de ser ajustados (desarrollo de protocolos, aumento de productividad, disminución de costes, etc.), se renegociarán las tarifas de aquellos procesos en los que haya una divergencia entre el precio y su coste, y se ajustará la oferta a la actividad requerida de acuerdo con la estrategia definida.

Bibliografía

Álvarez López J. Contabilidad Analítica. San Sebastián: Ediciones Donostiarra, S. A. 1985.

Amat JM. Control presupuestario. Barcelona: Gestión 2000.1998.

Amat O. Análisis de estados financieros. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S. A. 1995.

Amat O. Comptabilitat i finances per a no financers. Barcelona: EADA Gestión. 1987.

Asenjo M. Las claves de la gestión hospitalaria. Barcelona: Gestión 2000. 1999.

Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA). Principios de contabilidad de gestión. La contabilidad de gestión en los centros sanitarios. Madrid: Ortega Ediciones Gráficas, S. L. 1997.

Bisbe J. Introducción a la contabilidad analítica en el sector sanitario. México D. F.: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2000a.

Bisbe J. Sistemas de costes y bases de datos: opciones para el cálculo del consumo de recursos por GRD. México D. F.: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2000b.

CHC Consultoria i Gestió, S.A. Manual de contabilidad analítica para hospitales. Caracas: Ministerio de Salud de Venezuela. 1998.

Guadalajara N. Análisis de costes en los hospitales-M/C/Q. Valencia: Ediciones S. L. 1994.

Hospital Municipal de Badalona, S. A. Modelo de elaboración presupuestario. Badalona. 2000.

Plan General de Contabilidad. Real Decreto 1643, de 27/12/1990.

Rosanas JM. y Ballarin E. Contabilidad de costes para la toma de decisiones. Madrid: DDB Biblioteca de Gestión.1990.

Temes JL. Díaz JL. y Parrra B. El coste por proceso hospitalario. Madrid: Interamericana McGraw-Hill. 1994.

Temes JL. Pastor V. y Díaz JL. Manual de gestión hospitalaria. McGraw-Hill. Madrid: Interamericana. 1997.

Zelman WN. McCue MJ. y Millikan AR. Financial Management of Health Care Organizations. Malden: Blackwell Business. 1998.

Anexos

Anexo 1 - Seguimiento presupuestario

El ejemplo siguiente ilustra de forma práctica el modo de instrumentar el seguimiento presupuestario en un proveedor de servicios de salud. Este ejemplo, a pesar de simplificar la realidad, muestra cómo se pueden llegar a incorporar gran parte de los conceptos revisados hasta ahora. El análisis parte de la información que normalmente está disponible en la mayoría de los sistemas de información de los centros. Para extraer conclusiones que faciliten la toma de decisiones será necesario organizar y analizar esta información.

Periodo abril					
Partida	**Concepto**	**Gasto real**	**Presupuesto**	**Gasto real - presupuesto**	**Diferencia %**
6000	Fármacos	181.630	163.897	17.733	10,82
Acumulado abril					
Partida	**Concepto**	**Gasto real**	**Presupuesto**	**Gasto real - presupuesto**	**Diferencia %**
6000	Fármacos	679.765	649.678	30.087	4,63

Control presupuestario. Desviación en la partida de fármacos

A cierre de mes, al analizar el presupuesto, la dirección de un proveedor detecta una desviación en el mes de abril de un 10,82% en la partida de fármacos.
Esta desviación representa un 60% del total acumulado durante el ejercicio para esa partida (17.733 u.m. sobre un acumulado de 30.087 u.m.). Decide, por tanto, investigar las causas que han provocado este consumo no presupuestado, por ser una partida de peso dentro del presupuesto.

Como primer paso, la dirección analiza qué partida o partidas han provocado la desviación. Para ello examina el desglose de la partida de fármacos tal como se muestra en el cuadro que sigue.

En este segundo análisis se detecta que la partida que ha provocado la desviación ha sido la de citostáticos (explica un 81,3% de la desviación –14.420 u.m. sobre un total de 17.733 u.m.–). Además se observa que el consumo en esta

Periodo abril					
Partida	**Concepto**	**Gasto real**	**Presupuesto**	**Gasto real - presupuesto**	**Diferencia %**
600010	Sueros	10.678	11.876	-1.198	-10,09
600020	Analgésicos	2.876	2.345	531	22,64
600030	Citostáticos	57.876	43.456	14.420	33,18
...	...				
Total fármacos		**181.630**	**163.897**	**17.733**	**10,82**
Acumulado abril					
Partida	**Concepto**	**Gasto real**	**Presupuesto**	**Gasto real - presupuesto**	**Diferencia %**
600010	Sueros	33.102	35.628	-2.526	-7,09
600020	Analgésicos	8.254	7.679	575	7,49
600030	Citostáticos	154.840	143.678	11.162	7,77
...	...				
Total fármacos		**679.765**	**649.678**	**30.087**	**7,77**

Análisis del desglose de la partida de fármacos

partida se ha disparado durante el mes de abril, ya que hasta entonces esta partida presentaba un saldo favorable (la desviación acumulada es de 11.162 u.m.).

Análisis del consumo de citostáticos por centro

Seguidamente se analiza qué centro o centros son responsables del consumo de citostáticos. Según este análisis, el total del consumo de citostáticos corresponde al servicio de oncología.

Periodo abril				
Partida	**Gasto real**	**Presupuesto**	**Gasto real - presupuesto**	**Diferencia %**
Traumatología				
Oncología	57.876	43.456	14.420	33,18
Cirugía				
...				
Total citostáticos	**57.876**	**43.456**	**14.420**	**33,18**
Acumulado abril				
Partida	**Gasto real**	**Presupuesto**	**Gasto real - presupuesto**	**Diferencia %**
Traumatología				
Oncología	174.840	163.678	11.162	6,82
Cirugía				
...				
Total citostáticos	**154.840**	**143.678**	**11.162**	**6,82**

El resumen de conclusiones hasta ahora es el siguiente:

- Durante el mes de abril se ha producido una desviación de 17.733 u.m. –10,82%– en la partida de fármacos.

- Dentro del capítulo de fármacos, la partida de citostáticos presenta una desviación de 14.420 u.m., un 81% del total de la desviación.

- El centro de oncología es el que tiene presupuestada la partida de citostáticos en su totalidad.

El análisis presupuestal nos permite llegar hasta este punto. Sin embargo, se debe profundizar en la explicación incorporando al estudio las variables de actividad recogidas en los sistemas de información. Se trata de relacionar el consumo de citostáticos con la actividad realizada.

A continuación se analiza el consumo de citostáticos por unidad de actividad. El objetivo es determinar si el mayor consumo se debe a un incremento en la actividad o a un mayor consumo unitario por paciente. Para ello vamos a utilizar el número de altas de oncología como unidad de actividad al ser ésta la información disponible.

Altas anuales previstas del servicio de oncología = 800
Presupuesto anual de citostáticos = 573.415 u.m.
Presupuesto anual / altas anuales previstas = 573.415 / 800 = 717 u.m. / alta
Media de gasto por alta del año anterior = 690 u.m. / alta

Altas del mes de abril = 85 altas
Altas del mes de abril previstas = 70 altas
Gasto real abril = 57.876 u.m.
Gasto real / altas abril = 57.876 / 85 = 681 u.m. / alta

% desviación presupuesto = (desviación en unidades monetarias / presupuesto por alta) = (681 - 717) / 717 = - 5,0%
% desviación media año anterior = (desviación en unidades monetarias / coste medio por alta año anterior) = (681 - 690) / 690 = - 1,3%

Conclusiones

El consumo de citostáticos por alta no sólo se ha mantenido dentro de los niveles previstos, sino que además ha disminuido un 5% con respecto a lo presupuestado al inicio del periodo y un 1,3% con respecto al año anterior.

La explicación de la desviación en esta partida se debe a un incremento en la actividad no prevista (85 altas frente a las 70 previstas). En el caso de que se facture por actividad, este incremento tendrá su contrapartida en la partida de ingresos. Sin embargo, si el presupuesto es cerrado, será el proveedor quien en un principio deba asumir el impacto económico de esta desviación. En ambos casos, es necesario analizar las causas que han provocado ese incremento no previsto en la actividad de oncología (derivación de pacientes, mala previsión...), adoptar las medidas oportunas e incorporar esta información al proceso de planificación.

Anexo 2 - Modelo de balance según el cuadro de cuentas del Plan General de Contabilidad en España

Activo

Cuenta	Concepto	Año t	Año t-1
A	Accionistas desembolsos no exigidos		
B	Inmovilizado		
II	Inmovilizado inmaterial		
III	Inmovilizado material		
IV	Inmovilizado financiero		
C	Gastos a distribuir en varios ejercicios		
D	Activo circulante		
II	Existencias		
III	Deudores		
IV	Inversiones financieras temporales		
VI	Tesorería		
Total activo			

Pasivo

Cuenta	Concepto	Año t	Año t-1
A	Fondos propios		
I	Capital suscrito		
IV	Reservas		
V	Resultados de ejercicios anteriores		
VI	Perdidas y ganancias		
B	Ingresos a distribuir en varios ejercicios		
C	Provisiones para riesgos y gastos		
D	Acreedores a largo plazo		
E	Acreedores a corto plazo		
F	Provisiones para riesgos y gastos a corto plazo		
Total pasivo			

Anexo 3 - Ratios de la Central de Balances del Servei Català de la Salut

1) Ratios de estructura y financiación

Concepto	Fórmula
Endeudamiento	Exigible / total pasivo
Recursos propios	No exigible / total pasivo
Autonomía financiera	No exigible / total deudas
Composición de la deuda (1)	Entidades financieras / exigible
Composición de la deuda (2)	Proveedores y créditos / exigible
Composición de la deuda (3)	Administración pública / exigible
Calidad de la deuda	Exigible a corto / exigible
Calidad de los recursos propios	Ingresos a distribuir en diverso ejercicios / no exigible
Capacidad de crédito	No exigible / recursos permanentes
Coeficiente de garantía	Activo real / total de deudas
Financiamiento del activo fijo	Recursos permanentes / activo fijo
Financiamiento del activo circulante	Pasivo circulante / activo circulante
Disponibilidad	Disponible / exigible a corto plazo
Liquidez	Activo circulante / pasivo circulante
Solvencia	Activo total / recursos ajenos
Tasa de amortización de inmovilizado	Amortización acumulada de inmovilizado / coste de inmovilizado
Tasa de amortización anual de inmovilizado	Dotación a la amortización de inmovilizado / coste de inmovilizado
Autofinanciamiento de inversiones materiales	Recursos generales / compras de inmovilizado material
Incremento de inmovilizado material bruto	(IMB año x - IMB año (x-1)) / IMB año x

2) Ratios de rentabilidad

Concepto	Fórmula
Rentabilidad financiera	Resultado neto total / no exigible
Rentabilidad económica	Resultado de explotación / activo - terrenos
Rentabilidad de los ingresos	Resultado de explotación / ingresos totales
Valor añadido	Valor añadido / valor de producción
Margen bruto de explotación	Resultado económico bruto de explotación / importe neto de la cifra de facturación
Margen neto de explotación	Resultado neto de explotación / importe neto de la cifra de facturación
Autofinanciamiento general	Recursos generales / importe neto de la cifra de facturación
Rotación del activo circulante	Importe neto de la cifra de facturación / activo circulante
Rotación del activo fijo	Importe neto de la cifra de facturación / activo fijo - terrenos
Rotación del activo	Importe neto de la cifra de facturación / activo - terrenos

3) Ratios económicos

Concepto	Fórmula
Distribución de los gastos de explotación	Personal / total gastos de explotación
	Consumos farmacia / total gastos de explotación
	Consumos material sanitario / total gastos de explotación
	Consumos de otros aprovisionamientos / total gastos de explotación
	Trabajos de otras empresas / total gastos de explotación
	Servicios exteriores / total gastos de explotación
	Total de gastos de explotación / total gastos
Distribución de los ingresos de explotación	Prestación de servicios al Servei Català de la Salut (SCS) / total de ingresos prestaciones servicios asistenciales
	Prestación de servicios al SCS / total ingresos de explotación
	Otras prestaciones de servicios asistenciales / total ingresos de explotación
	Subvenciones a la explotación / total ingresos de explotación
	Total ingresos de explotación / total de ingresos
Cobertura de los ingresos	Gastos de personal / importe de la cifra de facturación
	Aprovisionamientos / importe de la cifra de facturación
Rentabilidad de los ingresos	Resultado de explotación / ingresos de explotación

Anexo 4 - Análisis comparativo de contabilidad financiera frente a contabilidad de costes

Fundamento	Contabilidad financiera	Contabilidad de costes
Datos	Economicofinancieros Reales Exactos	Economicoestadísticos Estimados Calculados
Política	Situación	Gestión
Instrumentos		
Documentos empleados	Balance Cuentas de pérdidas y ganancias Origen y aplicación de fondos	Estadística de actividad Cuentas de pérdidas y ganancias
Resultado obtenido	Ganancia = ingresos - gastos	Beneficio = ingresos - costes
Carácter	Externo	Interno
Periodificación	Según exigencias temporales de accionistas, acreedores y Hacienda	En función de las necesidades internas de información
Reglamentación	Plan General de Contabilidad	No existe
Objetivos		
Pretende informar	A directivos y terceros ajenos: Hacienda, acreedores y accionistas	A directivos y a los que participan en la gestión de la organización
Pretende analizar y obtener	Situación patrimonial Resultado de explotación global	Precios de coste por servicio o sección Análisis de desviaciones y control de costes Análisis de la evolución de costes Comparación de costes entre empresas

Fuente: Guadalajara, 1994

Anexo 5 - Unidades de obra utilizadas para el reparto de costes entre centros

Unidades de obra utilizadas para el reparto de costes de centros de estructura

Centro de coste	Unidad de obra
Dirección	Número de empleados o coste de personal
Administración	Número de empleados o coste de personal
Personal	Número de empleados o coste de personal
Informática	Número de ordenadores o terminales instalados
Compras	Consumo de bienes y servicios

Unidades de obra utilizadas para el reparto de costes de centros secundarios

Centro de coste	Unidad de obra
Archivo clínico	Número de historias solicitadas
Hostelería	Número de dietas
Limpieza	Metros cuadrados / tiempo de dedicación
Lavandería	Kilogramos de ropa lavada

Unidades de obra utilizadas para el reparto de costes de centros auxiliares

Centro de coste	Unidad de obra
Anestesia	Tiempo de utilización de quirófanos
Quirófanos	Tiempo de utilización de quirófanos
Paritorios	Número de partos
Unidades de hospitalización	Número de estancias
Unidades de consultas externas	Número de consultas externas / tiempo de utilización
Unidades de urgencias	Número de urgencias
Rehabilitación	Número de sesiones
Farmacia	Consumo de farmacia / número de peticiones

Fuente: AECA, 1997