

# Guías integradas asistenciales

Metodología para  
la estandarización  
de actividades  
basadas en la calidad  
y en los sistemas de  
clasificación de  
pacientes GRD



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO



**Metodología para  
la estandarización  
de actividades  
basadas en la calidad  
y en los sistemas de  
clasificación de  
pacientes GRD**



Edita: © Instituto Nacional de la Salud  
Subdirección General de Coordinación Administrativa  
Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa  
C/ Alcalá, 56  
28014 Madrid

Depósito Legal: M-53.457-2001  
ISBN: 84-351-0374-9  
NIPO: 352-01-067-7  
N.º pub. INSALUD 1818

Imprime: **ARTEGRAF, S.A.**  
Sebastián Gómez, 5  
Telf. 91 475 42 12

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD  
Subdirección General de Desarrollo

# **Guías integradas asistenciales**

**Metodología para  
la estandarización  
de actividades  
basadas en la calidad  
y en los sistemas de  
clasificación de  
pacientes GRD**

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD  
Subdirección General de Coordinación Administrativa  
Madrid, 2001

## Elaboración y Coordinación

Coordinación del proyecto y elaboración del presente documento:

- ◆ D. Francisco de Asís Jove. Subdirector General de Desarrollo. Subdirección General de Asistencia Sanitaria.
- ◆ D<sup>a</sup> Matilde Cortés Sanz. Subdirección General de Desarrollo. Subdirección General de Asistencia Sanitaria.

El trabajo de validación de la metodología, se realizó en los hospitales:

- Hospital Clínico San Carlos
- Hospital Universitario Puerta de Hierro
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias
- Fundación Hospital Alcorcón

En cada uno de los hospitales se nombró un responsable del proyecto y un responsable del Servicio de Cirugía y otro del Servicio de Oftalmología, además de la participación de personal facultativo, enfermería, técnicos, admisión, personal de áreas de gestión y celadores de las distintas áreas involucradas en cada proceso. No se relacionan todas ellas aquí por el elevado número de personas que han participado, por prolijo, y por miedo a olvidar alguna.

Con la metodología elaborada se realizaron otros 17 GDRs, en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares de Madrid, con la participación de los Servicios de Ginecología, Cardiología, Otorrino, Cuidados Intensivos, Pediatría, Digestivo, Neurocirugía, Medicina Interna, Cirugía General, Neumología, Oncología, Traumatología.

## PRÓLOGO

Los centros sanitarios son organizaciones de alta complejidad. La atención integral a las necesidades de los pacientes requiere la coordinación de numerosas decisiones, actividades y tareas que realizan profesionales en un orden lógico y armónico para producir un resultado. Las actividades que se realizan son directas sobre el paciente o indirectas, son clínicas, de cuidados, de apoyo o gestoras, pero todas son necesarias para lograr la atención del paciente. De la adecuada sincronización y coordinación de las actividades depende la eficiencia de la atención del proceso y su resultado en términos de satisfacción del ciudadano.

La gestión por procesos se considera hoy en el entorno sanitario un instrumento importante para la gestión de los centros sanitarios. Responde claramente a una visión horizontal de la organización, donde el paciente se convierte en eje esencial entorno al cual se planifican las actuaciones, se toman las decisiones, y se organizan las actividades.

El INSALUD, con el fin de definir un modelo de estandarización de procesos, comenzó un proyecto que se validó en cuatro de sus hospitales, y en el cual han participado numerosos profesionales de todas las categorías profesionales, ya que la herramienta que se diseñó fue la “Guía Integrada Asistencia”, teniendo no solo en cuenta las actividades asistenciales que se desarrollan a lo largo de cada proceso, sino también las no asistenciales. Se buscaba una metodología que permitiera integrar, analizar y visualizar todos los aspectos y que estuviera basada en los sistemas de clasificación de pacientes y orientados a la Calidad Total.

Quisiera agradecer a los profesionales de los cuatro hospitales (Hospital Clínico San Carlos, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Hospital Universitario Puerta de Hierro y a la Fundación Hospital Alcorcón), su esfuerzo y valioso trabajo para poder brindar hoy esta metodología de gestión de procesos. Asimismo a cuantos han trabajado en su desarrollo, y elaboración a lo largo de estos años y especialmente a la Subdirección General de Desarrollo que ha coordinado el proyecto y dado forma a este documento.

D. JOSÉ LUIS DE SANCHO  
*Subdirector General de Asistencia Sanitaria*

## INTRODUCCIÓN

Cada vez los retos de la sanidad pública son mayores para satisfacer las necesidades de los ciudadanos, y asegurar que las prestaciones que se dan consigan altas cotas de eficiencia, productividad y mayor efectividad, y en definitiva mayor satisfacción de los ciudadanos con el servicio que reciben.

Para adaptarse a estas exigencias, los centros públicos han comenzado a explorar nuevas formas de organización, donde la consecución de una mayor autonomía de gestión, se considera una estrategia básica para que los centros y los profesionales se hagan cada vez más responsables de sus resultados.

En esta búsqueda de la excelencia, los centros sanitarios están explorando las prácticas de la Gestión de la Calidad Total como modelo de gestión, que permite mejorar de forma continua, la gestión de todas sus actividades y como instrumento para enfocar los esfuerzos de la organización, hacia la satisfacción de las necesidades de los pacientes y el personal con el uso más óptimo de los recursos (mejora de la eficiencia y efectividad de las actividades).

Los modelos de gestión clínica, son en este sentido, un esfuerzo organizativo para acercar la organización y la toma de decisiones a las necesidades de los pacientes y orientarlas hacia modelos de eficiencia en la toma de decisiones y en el consumo de recursos para la asistencia por parte de los profesionales, logrando el compromiso y la implicación de estos. Son, por tanto, experiencias con un nuevo concepto de la organización hospitalaria, el hospital centrado en el paciente y el profesional como responsable de la relación.

El INSALUD, ha desarrollado y potenciado estas nuevas formas de organización hospitalaria con experiencias en varios centros (12 Institutos y 12 Unidades de Gestión Clínica), y ha elaborado y difundido un documento marco de referencia, donde define su concepto de gestión clínica, las formas organizativas en las que se concreta la gestión clínica, los Institutos y las Unidades de Gestión Clínica y el marco funcional y operativo. En el marco funcional y operativo se determina la creación, la estructura organizativa, la gestión del proceso asistencial, la gestión de los recursos, la gestión económica, compras y logística, el plan de calidad total y la formación e investigación, y el contrato de gestión del Instituto o Unidades de gestión Clínica con el hospital.

Entre los objetivos básicos de la gestión clínica para el INSALUD está garantizar la atención integral al paciente, por lo que su actividad se focaliza en la gestión por procesos, donde el punto de atención es el enfermo y sus nece-

## INTRODUCCIÓN

sidades, procurando una atención en las mejores condiciones, dentro del menor tiempo posible, así como mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad, por estandarización de tareas y protocolización de procedimientos basados en la evidencia científica.

La gestión por procesos se considera un elemento clave para el funcionamiento de las organizaciones sanitarias; este modelo asegura la atención integral al paciente de manera más adecuada que las organizaciones por funciones, o áreas, donde es muy difícil percibir e identificar de forma integrada las necesidades de los pacientes y coordinar las respuestas de atención y cuidados. La visión horizontal de la organización, donde el proceso (paciente), es el eje alrededor del que se producen las decisiones y las actuaciones de todos los profesionales, nos permite conocer de una forma más precisa qué actuaciones y cuál es el profesional responsable de esa actividad.

La dificultad estriba en conseguir una metodología para estandarizar las actividades, que permita una visión de la cadena asistencial, con el fin de servir de guía de práctica clínica a toda la organización y poder identificar los costes de la actividad y la calidad con que estas actividades se realizan.

El hecho de que en todo proceso asistencial intervengan diversos profesionales, unidades y niveles asistenciales, determina que todas las personas que trabajan conjuntamente en el proceso se deben comunicar y coordinar entre sí, de manera que la información fluya y entre todos se asegure la mejor atención al paciente; para gestionar esta variable de integración de forma adecuada debemos conocer cómo son las relaciones internas que se establecen dentro de la organización para cada proceso.

Con el fin de definir un modelo integrado de gestión de procesos, el INSALUD ha trabajado en una metodología basada en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes (GRD). Se buscaba una metodología que permitiera analizar e integrar con la misma intensidad los aspectos clínicos y las actividades no asistenciales, y que estuviera basada en los modelos de gestión de actividades ABM y de contabilidad basada en actividades ABC, y orientados a la Calidad total.

Se define una metodología y se valida en cuatro hospitales de la red de INSALUD. A continuación se expone el trabajo realizado, con la metodología ABQ Calidad basada en la gestión de las actividades y la herramienta para la gestión de un proceso integrado **Guías integrales asistenciales**.

## INTRODUCCIÓN

### ELABORACIÓN DEL PROYECTO

El objetivo del proyecto era diseñar un modelo metodológico de estandarización de actividades, basado en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes.

El objetivo del trabajo quedó definido como:

*diseñar un modelo integrado de gestión de procesos que permita la utilización de la metodología ABQ (ABM-ABC) para la estandarización de actividades basada en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes, tomando como base guías integradas asistenciales de práctica asistencial estandarizadas, con el fin de establecer un modelo funcional, flexible, eficiente, y que tienda a la mayor calidad en la prestación de servicios sanitarios.*

Para ello fue necesario: definir un modelo conceptual de actividades basado en la calidad, implantación de algunos prototipos y concreción de una metodología.

El proyecto de “Estandarización de actividades basada en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD”, se ha desarrollado en cuatro Hospitales de la red INSALUD, seleccionados en base a criterios de disponibilidad en la información y nivel de complejidad. Para el desarrollo del proyecto, se contó con el apoyo de la consultora PriceWaterhouseCoopers.

Los Hospitales seleccionados fueron:

- Hospital Clínico San Carlos
- Hospital Puerta de Hierro
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias
- Fundación Hospital Alcorcón

## INTRODUCCIÓN

- ◆ Los GRD seleccionados para la estandarización fueron:

- GRD 167: Apendicetomía sin diagnóstico principal complicado sin CC.
- GRD 39: Procedimiento sobre cristalino con/sin vitrectomía

- ◆ El siguiente paso consistió en impartir un curso de formación al equipo directivo de cada Hospital en conceptos de mejora continua de la calidad y gestión por procesos haciendo especial énfasis en la importancia de la participación activa de los jefes de los Servicios/Áreas Funcionales, y de todas las personas implicadas en las actividades hospitalarias que participan en los procesos seleccionados.
- ◆ Posteriormente, se procedió a la formación de los mandos intermedios de cada Hospital en esta nueva forma de gestión, así como en la metodología a emplear para la estandarización de los procesos.
- ◆ Cada uno de los Hospitales del estudio, elaboró la información relativa a las actividades que se realizan para cada proceso seleccionado, en primer lugar un mapa global del proceso, en el que quedan perfectamente identificados los diferentes Servicios Funcionales que intervienen realizando actividades a lo largo del mismo, y las interrelaciones entre ellas. Esta primera aproximación al estándar el proceso es realizada por el responsable del diseño, previamente designado.
- ◆ A continuación, se hace el flujograma del proceso que nos da un mayor nivel de detalle de las actividades, al estar definido el Grupo Funcional Homogéneo responsable de cada actividad así como la categoría profesional que la lleva a cabo. Esta información es suministrada por los responsables designados de cada Servicio que interviene en el proceso.

## INTRODUCCIÓN

- ◆ Después de haber realizado el flujograma de cada proceso, los responsables designados de cada Servicio Funcional interviniente han definido las tareas que realizan con los recursos empleados para ello (materiales). De esta manera cada actividad que se realiza en el proceso está asociada a una categoría profesional determinada y lleva asociados unos recursos, tiempo y materiales, conocidos. A este nivel de detalle en la descripción de las tareas realizadas en cada proceso, desde el inicio al fin del mismo, se conoce con el nombre de Guía Integrada Asistencial.
- ◆ Una vez conocidos los recursos que se emplean, se ha procedido a imputar los costes para así obtener el coste por proceso. Los costes directos (personal, materiales y medicamentos) han sido imputados a través de la G.I.A. (Guía integrada asistencial) y el resto de costes (constes indirectos) se han imputado en base a unos criterios de reparto seleccionados en una reunión de consenso con los responsables implicados en los procesos, así como con los responsables de gestión de cada Hospital.
- ◆ Finalmente, se ha llegado al coste por proceso en cada Hospital seleccionado sumando los costes imputados a través de actividades y los costes imputados a través de los criterios de reparto.
- ◆ Una vez validada la metodología, se han realizado en uno de los hospitales, 17 procesos más con esta misma metodología.
  - ◆ 373 Parto sin complicaciones
  - ◆ 127 Insuficiencia cardíaca y shock
  - ◆ 88 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
  - ◆ 14 Trastorno cerebrovascular específicos excepto AIT
  - ◆ 209 Reimplantación de articulación mayor y miembro de extremidad inferior sin infección
  - ◆ 775 Bronquitis y asma edad < 18 sin complicaciones
  - ◆ 364 Dilatación y legrado, conización excepto por neoplasia maligna
  - ◆ 140 Angina de pecho

- ◆ 175 Hemorragia gastrointestinal sin complicaciones
- ◆ 371 Cesárea, sin complicaciones
- ◆ 122 Trastornos circulatorios con IAM sin complicaciones cardiovasculares. Alta con vida
- ◆ 70 Otitis media e infección respiratoria superior, edad < 18
- ◆ 211 Procedimiento sobre cadera y fémur excepto articulación mayor > 17 sin complicaciones
- ◆ 82 Neoplasias respiratorias
- ◆ 60 Amigdalectomía y/o adenoidectomía. Edad < 18
- ◆ 90 Neumonía simple y pleuritis edad > 17 sin complicaciones
- ◆ 208 Trastornos del tracto biliar sin complicaciones

## ÍNDICE

|                                                                                                    | <i>Página</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>1. LA ORGANIZACIÓN SANITARIA ORIENTADA A LOS PROCESOS .....</b>                                 | <b>23</b>     |
| 1.1. LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS.....                                                    | 24            |
| 1.2. LAS ACTIVIDADES INTEGRADAS COMO ELEMENTOS DE LOS PROCESOS INTEGRADOS.....                     | 28            |
| 1.3. LA REPRESENTACIÓN DE LOS PROCESOS .....                                                       | 30            |
| 1.4. LA VARIABILIDAD DE LOS PROCESOS.....                                                          | 33            |
| <b>2. ABQ COMO MÉTODO DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES.....</b>                            | <b>41</b>     |
| 2.1. LA CALIDAD BASADA EN LA GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES ABQ.....                                   | 42            |
| 2.1.1. GESTIÓN BASADA EN LAS ACTIVIDADES (ABM).....                                                | 49            |
| 2.1.2. EL SISTEMA DE COSTES BASADO EN LAS ACTIVIDADES (ABC).....                                   | 56            |
| 2.2. VINCULACIÓN DEL SISTEMA DE COSTES BASADO EN LAS ACTIVIDADES Y CÁLCULO DE COSTES DE G.R.D..... | 67            |
| <b>3. LA GUÍA INTEGRADA ASISTENCIAL (G.I.A.) COMO HERRAMIENTA DEL ABQ.....</b>                     | <b>75</b>     |
| 3.1 INTRODUCCION .....                                                                             | 75            |
| 3.2 METODOLOGÍA EMPLEADA PARA LA ELABORACIÓN DE UNA G. I A.....                                    | 79            |
| <b>4. INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE IMPUTACION DE COSTES.....</b>                               | <b>137</b>    |
| 4.1 CONCEPTOS PREVIOS .....                                                                        | 139           |
| 4.2 ANÁLISIS ESTRUCTURA FUNCIONAL DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS..                                   | 141           |
| 4.3 ANÁLISIS ESTRUCTURA DE COSTES.....                                                             | 143           |
| <b>5. METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES .....</b>                                                | <b>151</b>    |
| 5.1 ANÁLISIS MÉTODO EMPLEADO .....                                                                 | 151           |
| 5.2 SISTEMA DE IMPUTACIÓN DE COSTES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS                                   | 153           |
| <b>6. DESARROLLO METODOLÓGICO.....</b>                                                             | <b>159</b>    |
| 6.1 OBJETIVO.....                                                                                  | 159           |
| 6.2 FASES.....                                                                                     | 161           |
| 6.2.1 Imputación Costes Directos.....                                                              | 162           |
| 6.2.2 Clasificación de Costes. Análisis.....                                                       | 167           |
| 6.2.3 Imputación Costes Indirectos .....                                                           | 178           |
| 6.2.4 Costes del Proceso según Demanda.....                                                        | 188           |

1

---

# LA ORGANIZACIÓN SANITARIA ORIENTADA A LOS PROCESOS

---

**1**

**LA ORGANIZACIÓN SANITARIA ORIENTADA A LOS PROCESOS**

1.1 LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

1.2. LAS ACTIVIDADES INTEGRADAS COMO ELEMENTOS DE LOS PROCESOS INTEGRADOS

1.3. LA REPRESENTACIÓN DE LOS PROCESOS

1.4. LA VARIABILIDAD DE LOS PROCESOS

1.5. REDISEÑO DE PROCESOS

**2. ABQ COMO MÉTODO DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES**

**3. LA GUÍA INTEGRADA ASISTENCIAL COMO HERRAMIENTA DEL ABQ**

**4. INTRODUCCION A LA METODOLOGIA DE IMPUTACION DE COSTES**

**5. METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES**

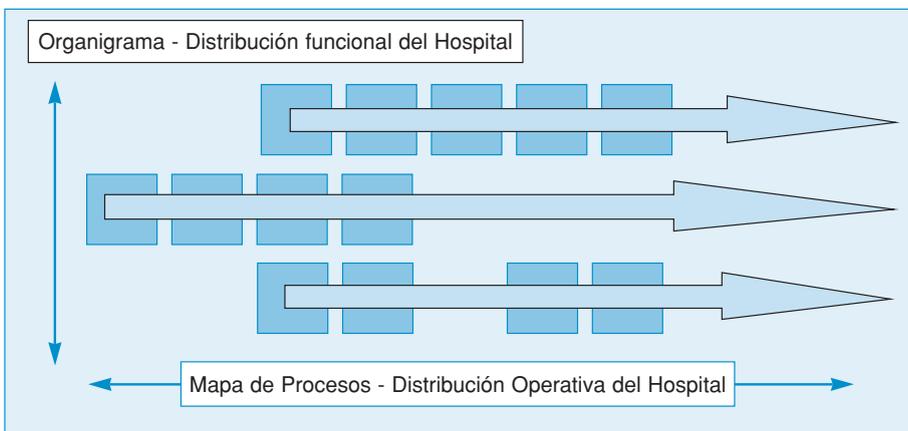
**6. DESARROLLO METODOLOGICO**

## 1. LA ORGANIZACIÓN SANITARIA ORIENTADA A LOS PROCESOS

Las organizaciones sanitarias se han caracterizado históricamente por tener una estructura vertical, es decir, una estructura organizativa diseñada siguiendo un esquema funcional basado en una visión compartimental, especializada y orientada hacia las unidades y servicios, buscando una mayor eficiencia y efectividad en el desarrollo de sus tareas y actividades.

Esta estructura vertical no permite tener una visión integradora de la organización de la asistencia hospitalaria. Además, en algunos casos, origina problemas de demoras, duplicidades y diferentes formas de abordar un mismo proceso que genera desconcierto en los propios usuarios a los que van dirigidos los mismos. Esta falta de visión integradora de la organización hace que, aunque los gestores conozcan muy bien cuál es la cartera de servicios y cuáles son sus usuarios, no conocen con el suficiente nivel de detalle cómo su centro sanitario desarrolla su actividad asistencial o si el flujo de pacientes está correctamente dirigido al servicio más apropiado, es decir, puede desconocer en gran medida cómo se diseña y ejecuta la cadena asistencial dentro de la organización.

Cada proceso-paciente, que ingresa en un centro sanitario, precisa de las actuaciones coordinadas de muchos profesionales, muchas de las cuales son actividades o tareas directas, pero otras muchas son indirectas y las realizan profesionales que no se encuentran en relación directa con el paciente, pero sin embargo son absolutamente imprescindibles, para asegurar la atención del proceso. La descoordinación de cualquiera de estas actividades necesarias, crea ineficiencias o menoscabos de la calidad del servicio.



Las organizaciones sanitarias se encuentran con la necesidad de reestructurarse, desarrollándose una nueva forma de pensar: la organización entendida como un sistema, denominada también organización horizontal u **organización por procesos**.

Esta visión horizontal de la organización en contraposición a la vertical, permite conocer cómo se desarrollan los procesos y las relaciones internas cliente-proveedor a través de las cuales se producen los productos y servicios.

En definitiva, la organización sanitaria debe ser entendida como un conjunto de procesos que producen resultados de valor para los pacientes, en vez de como un conjunto de funciones separadas entre sí que intentan optimizar sus resultados sin tener en cuenta los objetivos finales de la organización y del sistema sanitario.

### 1.1. Los procesos Asistenciales integrados

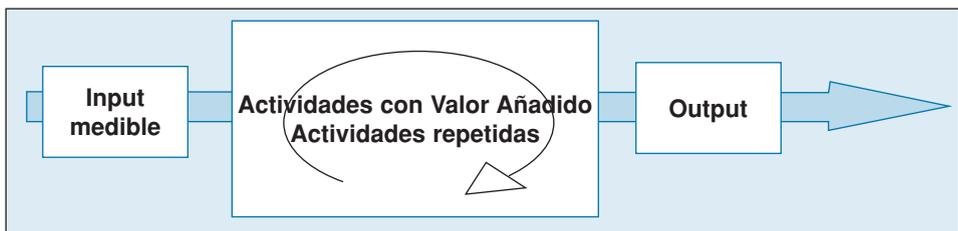
En la visión horizontal o de sistema, se incluyen los tres factores olvidados en la vertical: el cliente, el resultado del servicio y el flujo de actividades o proceso. Con la denominación de sistema, podemos comprender el conjunto de componentes o elementos, que están directa o indirectamente relacionados entre sí, o que son interdependientes y que forman un todo complejo, con una meta común. Cada componente dentro del sistema está al menos relacionado con otros componentes en una forma más o menos estable dentro de un periodo de tiempo.

Dentro de la visión de la organización como sistema hay que destacar la interacción de cada una de las partes, la estructura del propio sistema y de sus componentes, cómo están organizados de acuerdo al flujo de enfermos y las personas que participan en los procesos de asistencia, las funciones de cada componente y los objetivos, el entorno en el que actúan, y las metas que se desean alcanzar. Los elementos o componentes de este sistema, su estructura y funciones son importantes, sin embargo, es aún mayor la importancia de los procesos que se realizan para alcanzar las metas que han sido establecidas.

Un proceso puede ser definido como un conjunto de actividades lógicamente interrelacionadas y ordenadas que actúan sobre unas entradas y que van a generar un resultado preestablecido para unos usuarios identificados. Consiste en unas entradas, unas tareas que se realizan sobre esas entradas, a las que añaden valor y producen un resultado.

Dentro de una organización sanitaria los procesos que se desarrollan, pueden ser diferenciados en los siguientes:

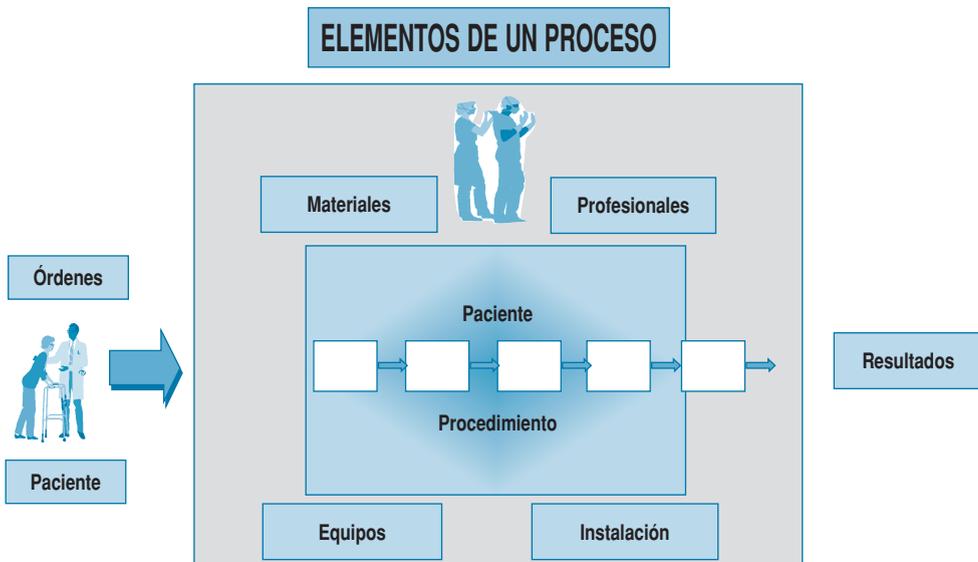
- *Proceso primarios:* son las actividades asistenciales que se realizan directamente sobre el enfermo con el propósito de prevención, promoción o mantenimiento de la salud: diagnóstico, cuidados, tratamiento, rehabilitación, etc.
- *Proceso de apoyo:* son aquellos esenciales para una gestión efectiva de la organización, presupuestación, reclutamiento de personal, mantenimiento, etc
- *Procesos de gestión:* son aquellas actividades realizadas por los gestores para mantener los proceso de apoyo, distribución de recursos, establecimiento de objetivos, auditorias, controles, est.



En cualquier organización sanitaria los procesos básicos los constituyen los servicios de asistencia sobre los enfermos. En torno a él se debe mover toda la estructura organizativa, siendo los elementos agrupados que constituyen estos procesos los siguientes:

- ❖ **los pacientes**, que constituyen la entrada que inicia el proceso, así como el elemento donde se realizan las actividades, además de ser el cliente que va a valorar el resultado.
- ❖ **el proceso**, la secuencia de etapas en el proceso, el flujo de actividades para diagnosticar, cuidar o tratar una enfermedad. Todas las actividades que se realizan sobre el proceso deben añadir valor, es decir, deben ser necesarias para conseguir el resultado deseado.
- ❖ **tecnología, instalaciones, equipos** y materiales y otros recursos necesarios para conseguir el resultado deseado.

- ❖ **los profesionales** que realizan las actividades que proveen la asistencia. Cuando se incrementa el número de personas y unidades que participan en el proceso, este se va haciendo más complejo
- ❖ **los resultados** del proceso en términos de estado de salud, satisfacción y costes.
- ❖ **Otros clientes:** familias, gestores y otros grupos interesados en los resultados.



## Propiedades y componentes de los procesos

La finalidad del proceso es conseguir un resultado que coincida con los objetivos previstos. Por ello, las propiedades de todo proceso son:

- 1 El poder ser **definible**. Para ello, todo proceso debe ser documentado. La documentación del proceso incluye entre otros
  - La secuencia de actividades (el flujo del proceso).
  - Los métodos para realizar las actividades, denominados protocolos, procedimientos e instrucciones de trabajo.
  - El plan de inspección y control de la calidad.
  - Las metas a conseguir.
  - Los clientes del proceso.
  - Las necesidades que intenta satisfacer.
  - Las especificaciones de las entradas, de las actividades y de los resultados.
  - Quién ostenta la autoridad para modificar el proceso.
  - Las conexiones con otros procesos.
- 2 El poder ser **reproducido**, tanto en su secuencia como en los resultados que genera.
- 3 El ser **predecible** en cuanto a los resultados finales.

## 1.2. Las Actividades integradas como elementos de los procesos integrados

Para que la organización sanitaria satisfaga la visión horizontal o de sistema con el fin de que sea posible identificar y conocer cómo se diseña y ejecuta la cadena asistencial, es necesario que los procesos asistenciales se encuentren integrados.

Para ello, se deben eliminar las barreras existentes entre los distintos niveles asistenciales, dentro de cada nivel asistencial, dentro de cada servicio y entre las categorías profesionales que participan en la cadena asistencial. Todo esto, deberá realizarse teniendo siempre como objetivo que todas las actuaciones que se realicen sobre el usuario sean cada vez más efectivas y eficientes.

En las organizaciones sanitarias la mayoría de los procesos asistenciales, se caracterizan por ser interfuncionales, al intervenir en el proceso la función médica, la de enfermería, los servicios de apoyo y la de gestión. Además en el caso de enfermos que son ingresados en una unidad de hospitalización, son numerosos los servicios asistenciales que participan dentro del proceso de asistencia. A estos procesos se les denomina procesos interfuncionales o también macroprocesos. Al contrario un microproceso, se caracterizaría por ser llevado a cabo dentro de una sola división funcional, y un único servicio asistencial.

Para gestionar esta variable de integración de forma correcta y eliminar así las barreras existentes, es necesario conocer las relaciones internas que se establecen dentro de la organización para cada proceso debiéndose consensuar y definir los requisitos y estándares que deben regir todas las interacciones que se producen a nivel de la organización, con el fin de que el resultado final sea el previsto

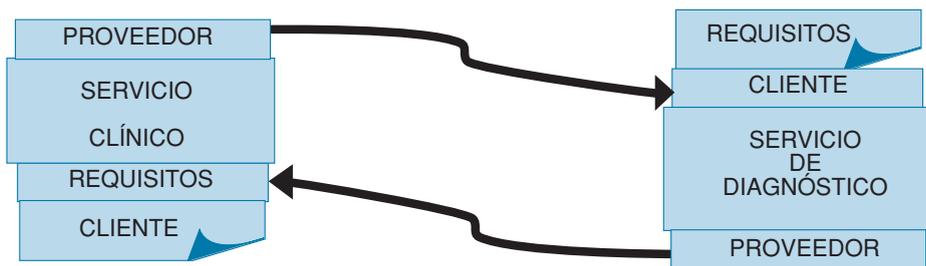
Así, para cada proceso se establece una cadena de proveedores y clientes donde cada participante del proceso puede jugar un doble papel dependiendo del momento del proceso, es decir, que un mismo profesional interviene en ocasiones como proveedor y en otras como cliente.

El hecho de que en todo proceso de asistencia intervengan diversos profesionales, unidades y niveles asistenciales, determina que todas las personas que trabajan conjuntamente en el proceso se deben comunicar y coordinar entre sí, de manera que la información (elemento vital en el proceso), fluya libremente. A esta coordinación y comunicación se la conoce como variable de integración de la organización.

La realización de actividades integradas, suprimiendo las barreras entre los diversos Servicios / Unidades, va a generar información e ideas por parte de todo los profesionales, independientemente del Servicio o Unidad al que pertenezcan

La experiencia enseña que la variable “**integración organizacional/comunicación**” suele tender a estar fuera de control, a medida que el proceso se hace más complejo o se extiende a través de otras funciones del centro debido a que la comunicación falla, entre esta y otras organizaciones, y dentro de la organización. La comunicación es considerada en la mayoría de las organizaciones como un proceso clave, sobre el que hay que realizar planes de mejora.

Para gestionar esta variable de **integración organizacional** de forma correcta, debemos conocer como son las relaciones internas que se establecen dentro de la organización para cada proceso. Para esto es clave volver a la definición de procesos como conjunto de actividades que se realizan para conseguir un resultado. Dentro del proceso, cada una de estas actividades singulares va a tener un resultado, y este resultado va a condicionar la realización de la siguiente actividad. Cada actividad, tiene un responsable de llevarla a cabo y el resultado de su trabajo, va ser utilizado por la siguiente actividad con la que está relacionada. De esta manera dentro de un proceso complejo, se establece una cadena de proveedores y clientes internos. Como ejemplo que permite visualizar esta relación interna podemos tomar las actividades que están relacionadas con el diagnóstico de un enfermo. El clínico responsable del enfermo pide a un servicio de análisis la realización de una prueba. En esta situación este médico actúa como proveedor del servicio de análisis que es su cliente. En esta dinámica el servicio de análisis le informa de los requisitos que debe cumplir la petición, con el fin de que el resultado de su actividad sea de acuerdo con lo que está previsto. A su vez, una vez realizada la prueba, el servicio de análisis envía al clínico los resultados. En esta última situación el servicio de análisis es el proveedor y el clínico el cliente. El clínico como cliente espera que el informe de los resultados de la prueba cumplan con unos requisitos en cuanto a certeza, precisión, tiempo, claridad, etc.



Del ejemplo anterior podemos concluir que el papel que juega cada participante en el proceso casi siempre es doble: unas veces es proveedor y otras veces es cliente. Para que las actividades se realicen de forma correcta, se deben consensuar y definir los requisitos y estándares que deben regir todas las interacciones que se producen a nivel de la organización, con el fin de que el resultado final sea el que se tenía previsto. Cuando esta situación funciona de forma correcta, se dice que **el proceso está integrado**.

*Por tanto, un proceso se dice que es integrado, cuando todas las variables incluyendo la de integración organizacional (en particular la comunicación) pueden ser colocadas bajo control, de manera que los resultados son predecibles en el sentido estadístico.*

### 1.3. La Representación de los Procesos

Para representar la secuencia de las actividades dentro del proceso y sus interrelaciones, se utilizan como herramientas el diagrama de flujo y el mapa de proceso. El flujograma es el primer nivel de información del proceso y a menudo constituye un buen instrumento para que el equipo de trabajo llegue a un consenso sobre los diversos elementos del flujo. El flujograma debe ser elaborado para todos los procesos y a todos los niveles de jerarquía del proceso.

Los elementos clave a introducir en un flujograma son:

- La secuencia de actividades que se realizan.
- Los equipos que realizan estas actividades.

El mapa de un proceso es una representación del flujograma del proceso, al que se le añaden los servicios o unidades participantes, y las metas e indicadores a medir y conseguir en cada uno de los puntos críticos del proceso.

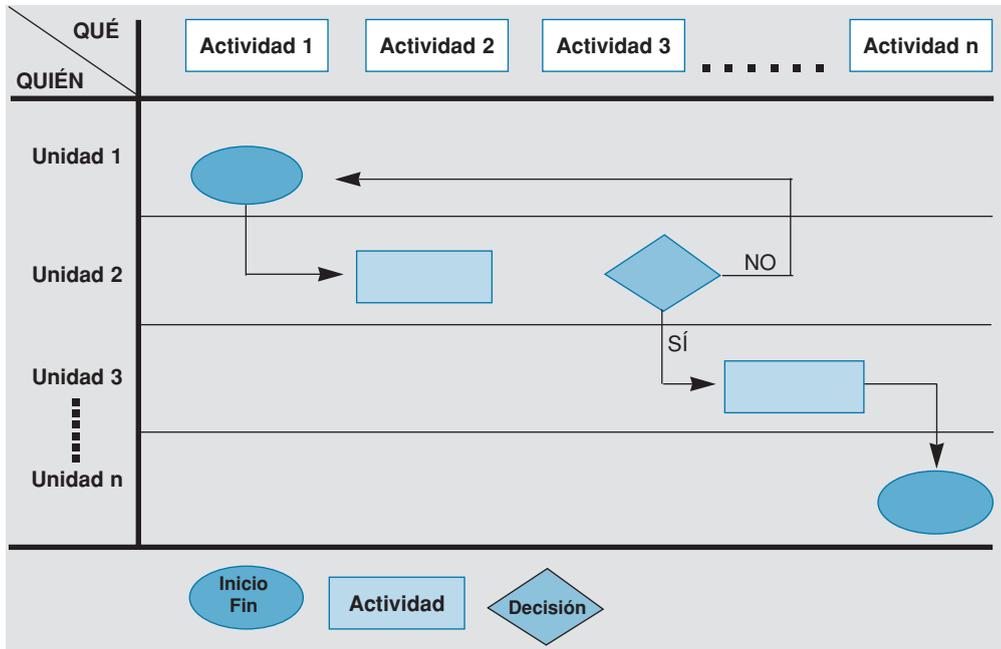
Para la construcción del mapa del proceso, se siguen las siguientes etapas:

- Identificación de las entidades que participan (servicios o unidades). Por ejemplo en un hospital y para un proceso asistencial, debemos incluir todas las divisiones (médica, enfermería y de gestión), servicios y personas. Las entradas y salidas del proceso.
- La secuencia temporal de las actividades de actividades, y la entidad que la realiza.

- Los puntos de inspección y medición, junto con los indicadores a construir y las metas a alcanzar.
- El nombre del proceso, elaborar un breve descripción de lo que hace el proceso (su meta), y quien es el responsable o “propietario” del proceso.
- Cuando se inicia, que incluye, y cuando finaliza.
- Las relaciones con otros procesos, y con otros clientes.

Con todos estos datos se construye una matriz, colocándose en las filas las entidades que participan y en las columnas las etapas o los tiempos de realización. Dentro de esta matriz, se representan las actividades a llevar a cabo por cada entidad y el flujo de dichas actividades.

### MAPA DEL PROCESO (QUÉ, QUIÉN, DÓNDE, CÓMO)



El mapa del proceso, es un instrumento muy útil para analizar la denominada física del proceso, con el objetivo de su mejora. Para ello debemos:

- identificar desconexiones e interfases.
- transformar el “cómo es” en “cómo debería ser” (rediseño).
- eliminación de etapas innecesarias.
- realización de actividades en orden diferente, sobre todo analizar aquellas que pueden ser realizadas en paralelo.
- posibilidades de automatización.
- etapas en donde pueden utilizarse ordenadores para transmitir información.

Dentro del sector sanitario se utilizan ambas técnicas cuando se quieren documentar los procesos de asistencia. Actualmente el mapa de proceso es similar a lo que se conoce como “vías clínicas”, o “mapas de asistencia”.

Una vía clínica determina el conjunto de actividades diagnósticas, de tratamiento y organizativas que son específicas para un conjunto homogéneo de pacientes que presentan la misma condición clínica. En la vía clínica se especifican la unidad asistencial que es responsable en la realización de cada actividad, la duración de las actividades y los resultados que se desean conseguir.

En estos mapas del proceso asistencial, para la definición de la cohorte de pacientes cuya asistencia viene definida en la “vía”, se seleccionan a través de los GRDs, o a un diagnóstico del ICD 9-CM. Los mejores resultados se obtienen con procedimientos no complicados, repetibles y con resultados previsibles: cesárea, prótesis de cadera, etc. Así mismo, algunas organizaciones encuentran útil aplicar estas guías a pacientes con condiciones fisiológicas crónicas y en donde se requiere gestionar diversos parámetros a la vez (diabetes, fracaso cardíaco congestivo) sin embargo, a veces estas aplicaciones son conflictivas.

El grado de detalle que debe contener el diagrama de flujo, o el mapa del proceso asistencial, va a depender de la complejidad e importancia del proceso y del objetivo que se persiga en su elaboración. De entre los objetivos más frecuentes que se tienen en mente cuando se prepara el flujo del proceso están entre otros:

- Que todos los participantes dispongan de una idea general acerca de como es el proceso, y la importancia que tiene su actividad para conseguir el resultado deseado.

- Para visualizar la necesidad de cooperación entre todos los participantes del proceso.

Para una correcta gestión del proceso, además de la representación del flujo del proceso, se deben incluir los procedimientos, protocolos, e instrucciones de trabajo, que nos indican como tenemos que hacer las tareas, que son necesarias para llevar a cabo el proceso en la forma que ha sido diseñado.

#### 1.4. La variabilidad en los Procesos

El hecho sobre el que se fundamenta el estudio de la variabilidad, se basa en que un proceso no puede producir dos resultados que sean exactamente iguales, es necesario no sólo localizar y segregar los items defectuosos, sino además controlar la variación. Los métodos estadísticos son muy efectivos para controlar la variabilidad. Sin embargo, el énfasis que se debe poner en todos los métodos que utilicemos, es el de utilizarlos para establecer acciones preventivas y de mejora..

En cualquier proceso por sencillo o simple que sea, siempre intervienen los siguientes componentes:

- personas con sus capacidades, habilidades, conocimientos, motivación, etcétera.
- equipos, instalaciones y recursos materiales.
- información.
- métodos para la realización de las actividades y tareas: protocolos, procedimientos e instrucciones de trabajo.
- condiciones de trabajo.

Cada una de estas categorías están sujetos a un determinado grado de variabilidad. El problema a resolver en el control de procesos, es conseguir que la variabilidad de cada categoría esté dentro de un límite, de forma que la variabilidad de los resultados, esté situada también dentro de unos límites definidos estadísticamente. La tarea del sistema de control del proceso, es vigilar la variabilidad y activar elementos de retroalimentación cuando el proceso excede de las tolerancias permitidas.

En principio el sistema de control monitoriza las variables dominantes, esto es aquellas que tienen mayor efecto sobre la variabilidad en los resultados.

De acuerdo con el concepto de dominancia, la variación en determinadas características de la calidad de un producto puede ser agrupada en:

- Dominancia de la tecnología: equipos que se utilizan.
- Dominancia del conjunto formado por los equipos, personas y entorno de trabajo.
- Dominancia del profesional: las personas que realizan las actividades, sus capacidades y habilidades.
- Dominancia del proveedor: los proveedores de los materiales al proceso.
- Dominancia de la gestión: como está diseñado el proceso.
- Dominancia de los enfermos: las personas que van a entrar en el proceso de asistencia.

Los fundamentos de los estudios de variabilidad son dobles. Por un lado debemos conocer que elemento incide de forma dominante en su valor, para así poder instrumentar acciones correctivas. Por otro lado, debemos poder conocer si la variabilidad presente en el proceso es algo inherente al proceso o proviene de la presencia de un hecho circunstancial. Para especificar esta última se ha introducido una clasificación del origen de la variabilidad dentro de las dos categorías siguientes:

1. Variaciones aleatorias. Su ocurrencia no es predecible y es inherente al proceso, por lo que su mejora precisa la modificación de alguno de los componentes del proceso.
2. Variaciones asignables. Presenta una variación mayor que la aleatoria y puede ser conocida la causa que lo genera, estudiando lo que ha ocurrido durante la ejecución del proceso.

En un proceso bajo control estadístico, las variaciones que ocurren son debidas únicamente a causas aleatorias. Un proceso que está operando sin evidencia de causas asignables de variación, se dice que está en estado de control estadístico y por tanto, las causas asignables si existe alguna, han sido eliminadas. En este sistema, todos los datos que corresponden a una determinada característica de la calidad siguen una distribución normal y están situados dentro de los límites de control.

La importancia de que un proceso sea estable reside en que entonces el resultado va a ser siempre predecible, siempre y cuando no se modifiquen las condiciones de ejecución. La herramienta que se ha diseñado para el estudio de la variabilidad son las gráficas de control.

El análisis de la variación en la práctica clínica es fundamental para la gestión de la calidad. Esta variación a veces es defendida como el arte de la medicina o como autonomía profesional. Sin embargo, la variación sin justificación (variación en la práctica sin un claro propósito en la asistencia al enfermo), suelen ser el origen de los costes de no calidad. Esta variabilidad se expresa en los diferentes enfoques, que se tienen sobre pacientes que presentan la misma condición clínica (uso de medicamentos, tipo de intervenciones, utilización de medios diagnósticos, etc.).

Actualmente los enfermos y los gestores desean asegurar los resultados, los patrones de práctica y el uso de recursos, mediante la implantación de normas o estándares, protocolos, etc., de forma que únicamente se realicen aquellas actuaciones que estén apoyadas por la evidencia científica.

Para poder actuar sobre la variabilidad en los resultados del proceso asistencial, debemos diseñarlo y ejecutarlo de forma correcta, y registrar todo aquello que nos permita después explicar las variaciones no deseadas.

Relacionado con el concepto de variabilidad, está el de capacidad del proceso. La capacidad del proceso, nos permite disponer de una medida cuantitativa de su adecuación. Existen numerosas razones que justifican su importancia:

- Sirve como base para especificar las características de la calidad de los equipos, materiales, etc. que debemos adquirir.
- Permite realizar predicciones sobre la extensión en que el proceso es capaz de mantener los resultados en el tiempo y como mejorarlos.
- Permite realizar decisiones fiables sobre las posibilidades de cumplir las especificaciones del cliente para dicho proceso.
- Permite comparar procesos entre aquellos que permiten una mayor capacidad para conseguir los resultados deseadas.
- Sirve para planificar futuras secuencias de producción bajo la perspectiva de cumplir los requerimientos de los clientes.

Si las capacidades de unos procesos son conocidas, es más fácil planificar con dichos datos, tanto en términos de reproducibilidad y variación y por tanto conocer el resultado de una manera precisa.

Podemos definir este concepto como el rediseño de los procesos hospitalarios desde el punto de vista del paciente, para mejorar drásticamente la calidad y/o los costes, utilizando una variedad de habilidades y herramientas.

Hammer y Champy definen la reingeniería como “la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos de negocios para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas de rendimiento tales como calidad, costos, servicio y rapidez”. Esta definición contiene cuatro palabras clave: Fundamental, Radical, Espectacular y Procesos.

- Fundamental, es decir, por qué se hacen las cosas que se hacen. Ello obliga a analizar reglas consagradas por la costumbre, no siempre las más adecuadas y convenientes.
- Radical. Se trata de ir a la raíz de los procesos y no de modificaciones con cambios superficiales.
- Espectacular. Se trata de cambiar lo existente por algo nuevo y mejor.
- Procesos, como el conjunto de actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto o servicio de valor para el cliente.

La reingeniería difiere de otros enfoques en la creación de un modelo dinámico en lugar de reestructurar, con ligeras variantes, un modelo estático actual. Los modelos así generados permiten evaluar los cambios por anticipado y mediante procesos de simulación seleccionar las mejores alternativas.

Como reflexiones importantes a la hora de hablar de la reingeniería debemos comentar las siguientes:

- La reingeniería la hacen los profesionales de una organización que, en definitiva, son los promotores, facilitadores y agentes del cambio.
- La reingeniería debe concentrarse en procesos “clave”, con mayores oportunidades de mejora radical y debe tener un alcance limitado de procesos y subprocesos y una duración suficiente en el tiempo.
- La reingeniería va ligada con la tecnología. El diagnóstico de oportunidades de mejora y el rediseño van ligados a la utilización/optimización de los sistemas de información.
- La reingeniería sigue en la implantación: mejora continua.

---

## ABQ COMO MÉTODO DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

---

1. **LA ORGANIZACIÓN SANITARIA ORIENTADA A LOS PROCESOS**

2

**ABQ COMO MÉTODO DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES**

2.2. CALIDAD BASADA EN LA GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES ABQ

2.2.1. GESTIÓN BASADA EN LAS ACTIVIDADES (ABQ)

2.1.2. EL SISTEMA DE COSTES BASADO EN LAS ACTIVIDADES (ABC)

2.2. VINCULACIÓN DEL SISTEMA DE COSTES BASADO EN LAS ACTIVIDADES Y CÁLCULO DE COSTES DE G.R.D.

3. **LA GUÍA INTEGRADA ASISTENCIAL COMO HERRAMIENTA DEL ABQ**

4. **INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES**

5. **METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES**

6. **DESARROLLO METODOLOGICO**

## 2. ABQ COMO MÉTODO DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

La gestión por procesos constituye un instrumento importante para visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de las organizaciones sanitarias, que van dirigidos a satisfacer las necesidades y las expectativas de los usuarios.

Esta “visión proceso” supone la perfecta concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio. Es decir, el proceso comprende o aglutina todos los subprocesos de gestión de pacientes (programación, admisión, alta, etc.), los subprocesos de diagnóstico y terapéutica clínica (protocolos médicos, cuidados estandarizados de enfermería, etc.), los subprocesos hosteleros (alimentación, lavandería, limpieza, etc.), los subprocesos relativos a la documentación clínica (confección de la historia, informe de alta, etc.) e incluso otros de tipo administrativo como la facturación, etc. Estos subprocesos se concretan en multitud de actividades y tareas de cuya perfecta sincronización y coordinación, depende la eficiencia del conjunto del proceso y su resultado en términos de satisfacción del cliente.

Todo lo mencionado anteriormente, conforma un escenario complejo pero enormemente estimulante que justifica la utilización de la gestión y mejora de los procesos como una valiosa oportunidad para remover las “culturas” y “estructuras” tradicionales, para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos, en definitiva, para alcanzar la excelencia en las organizaciones sanitarias. La excelencia se debe mantener en la Organización a lo largo del tiempo mediante la mejora continua de todas las actividades de la misma, incluyendo, no solo la actividad asistencial y de investigación y docencia sino también otras no asistenciales que deben ser igualmente analizadas. La gestión de cada uno de los procesos asistenciales de la organización sanitaria incluye, la realización de un diseño, la ejecución del mismo y su evaluación y mejora. Como metodología que puede ser utilizada para este fin está lo que se denomina ABQ (*Activity Based Quality*): **Calidad Basada en la Gestión de las Actividades** .

## 2.1. La Calidad Basada en la Gestión de las Actividades (ABQ)

Consiste en la optimización de cada una de las actividades que componen el proceso con el fin de conseguir un resultado óptimo, tanto para el usuario, como para los profesionales implicados y los restantes grupos interesados en el servicio. Para ello, se analiza cada una de las actividades que componen el proceso y se seleccionan aquellas que son críticas o claves para la obtención de resultados, expresados estos como características de salud, de satisfacción y de coste.

El análisis de las actividades permite identificar aquellas que son significativas de una organización para establecer de forma clara, concisa y descriptiva las tareas que se llevan a cabo en la misma, determinando además los costes afectos a las mismas y evaluar la forma en que éstas se ejecutan.

**La excelencia** es la integración eficaz de las actividades dentro de todas las unidades de una Organización, que conduce a mejorar continuamente la oferta de productos y/o servicios que satisfagan al cliente interno y externo.

La excelencia se debe mantener en la Organización a lo largo del tiempo mediante la mejora continua de todas las actividades de la misma, incluyendo, no solo la actividad asistencial y de investigación y docencia sino también otras no asistenciales que deben ser igualmente analizadas.

El **ABQ Calidad Basada en la Gestión de las Actividades**, debe ser entendido como un entorno dentro del cual se analizan dos vertientes o dimensiones:

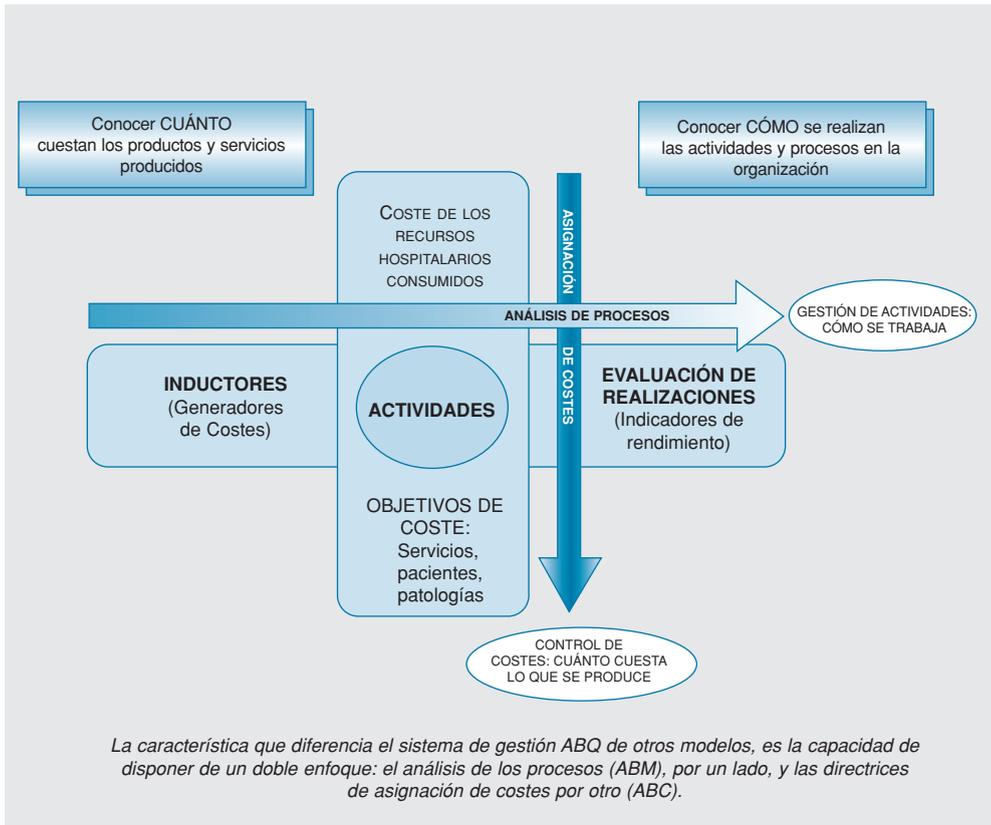
- evaluación y gestión de las propias actividades **ABM**
- y costes de las mismas **ABC**

### ① Gestión Basada en las Actividades. ABM (Activity Based Management)

La evaluación y gestión de las actividades permite valorar si el trabajo está hecho y cómo se ha llevado a cabo y sirve de base para aplicar la mejora continua. La gestión de actividades puede ser entendida como un sistema de gestión global de los procesos que orientan el contenido general de la organización sanitaria, teniendo como objetivo conseguir la Excelencia de la misma. Esta forma de gestión a través de las actividades que tienen lugar en la organización para cada proceso, recibe la denominación de ABM (*Activity Based Management*): **Gestión Basada en las Actividades**. Se trata de analizar el porqué, es decir, identificar la causa o el origen que determina la existencia de cada actividad y el cómo se realiza.

## ② Contabilidad Basada en Actividades. ABC (Activity Based Costing)

La dimensión coste contiene información sobre recursos, actividades y objetos de coste identificando las actividades que suponen consumo de recursos y el valor que añaden al producto. Permite conocer los costes en los que se incurre para desarrollar las actividades necesarias hasta producir un servicio o producto, sirviendo de apoyo a la evaluación económica de las operaciones que se llevan a cabo en una organización sanitaria. Esta forma de conocer los costes en los que incurre la organización sanitaria se denomina ABC (*Activity Based Costing*): **Contabilidad Basada en Actividades.**



En el ámbito de los distintos sectores de la economía, incluido el sector sanitario, se vienen desarrollando en estos últimos tiempos importantes cambios tecnológicos, con espectaculares avances, por ejemplo, en la utilización de la informática, todo lo cual ha originado modificaciones sustanciales en los procesos productivos y de servicios dentro de las organizaciones. Estos avances tecnológicos vienen a suponer cambios de todo tipo, tanto en el diseño como incluso en la filosofía de las actividades de las organizaciones, y en la práctica están dando lugar a importantes *cambios* en la generación de la *información* relativa a los procesos internos de producción o de generación de valor por parte de las unidades económicas. Los anteriores factores han originado por tanto, una renovación y modernización de la *contabilidad interna* de las distintas entidades y organizaciones, incluidas las de carácter *hospitalario*.

En entidades como los centros hospitalarios es realmente difícil desarrollar procesos simples y ampliamente repetitivos, y uniformes, de ahí la dificultad que puede entrañar el diseño de modelos de cálculo de costes en base exclusivamente a los centros o servicios de un centro hospitalario.

Es por ello por lo que se va progresivamente imponiendo la conveniencia de generar una información sobre costes basada en las actividades. En este contexto se puede generar una información más amplia, de cara a una delimitación del nivel de excelencia alcanzado, por ejemplo, en relación con el nivel de calidad, flexibilidad y rapidez de las actividades operativas y servicios relacionados con el centro hospitalario; este tipo de información resulta especialmente útil para identificar las actividades operativas eficientes que aportan valor a los usuarios, es decir, aquellas tareas que el *cliente* o paciente es capaz de reconocer y, en consecuencia, valorar.

**Los factores clave de la excelencia que definen la Gestión de Actividades Basada en la Calidad (ABQ) son:**

- |                                                                                                      |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Actividades integradas                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Cadena cliente/proveedor                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Coherencia entre todas las unidades/servicios de la organización | <input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción del paciente/usuario/cliente                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mejora continua                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Asignación precisa y eficiencia en la utilización de recursos |

### **1. Actividades integradas**

La Organización está gestionada generalmente en unidades o Servicios individuales como si estas fueran totalmente independientes. Los objetivos de la Organización y de los diferentes Servicios deben ser comunicados en la Institución. Los consumos de recursos de una actividad de un departamento o servicio están afectados por las decisiones o salidas de otros departamentos.

Esta separación de funciones y de responsabilidades de los servicios de la Organización va a favorecer la competencia entre los servicios entorpeciendo el rendimiento de los mismos. Por ello la interdependencia de las actividades entre los servicios es una realidad. La realización de actividades integradas, suprimiendo la frontera entre los diversos Servicios/Departamentos, van a generar información e ideas por parte de todo el personal, independientemente del Servicio/Departamento al que pertenece, teniendo en cuenta la actividad integrada desde el punto de vista del cliente/usuario/paciente.

### **2. Coherencia entre todas las Unidades/Servicios/Departamentos de toda la Organización**

La Excelencia necesita el compromiso de todas las unidades o Servicios de la organización, no solo en el cuadro de mando, es decir en jerarquías. La función de un departamento administrativo, de recursos humanos, de hostelería, de compras o cualquier otro departamento es tan importante o trascendental como las funciones de los Servicios o Departamentos Clínicos para la Excelencia de la Organización.

### **3. Mejora continua**

La excelencia necesita una búsqueda de la mejora continua en todas las actividades de la Organización con el fin de disminuir las ineficiencias y las actividades que no añaden valor al servicio o producto.

### **4. Cadena Cliente/Proveedor**

**Cliente interno** es aquel a quién se entrega el trabajo y que debe ejecutar la fase siguiente del mismo y **proveedor interno** es aquel que ha ejecutado la fase anterior de su trabajo. Cada persona que trabaja en la Organización es a la vez cliente y proveedor estableciéndose un sistema de interrelaciones. La Organización se beneficiará, si cada persona intenta satisfacer las necesidades de su cliente interno realizando el trabajo con la máxima rapidez, sin fallos y eficientemente. Ello se denomina cadena de cliente-proveedor y el último eslabón es el cliente externo, principalmente el paciente usuario, aunque existen otros (familiares,....).

Con este concepto se facilita la calidad y se mejora la actuación de todas las áreas de la Organización. Los clientes internos deben cubrir sus requerimientos en las necesidades, las condiciones y especificaciones determinadas del producto o servicio.

### **5. Satisfacción del Paciente/Usuario/Cliente**

Actualmente el éxito de la Organización y el punto fuerte de la misma es la satisfacción del cliente.

### **6. Asignación precisa y eficiencia en la utilización de los recursos**

La introducción de elementos de gestión económica ha determinado que el esquema de trabajo de hacerlo bien a la primera se ha convertido en deseable y necesario. La asignación precisa de los recursos requiere el conocimiento y la gestión de las actividades del producto/servicio. El consumo de los recursos debe estar relacionado con los productos/servicios y los clientes específicos. En caso de que la aplicación sea de forma convencional, es decir, sin tener en cuenta las diferencias que existen entre productos y los clientes específicos, algunos costes son sobrestimados, mientras que otros son infraestimados, desvirtuando la información real. El consumo de recursos en la consecución de las actividades debe realizarse lo más eficazmente posible, ya que cualquier otra forma de utilización dará lugar a un gasto, innecesario, aunque esto no quiere decir que la Organización que consume mas recursos o tiene unos costes más bajos sea necesariamente mejor.

La gestión de costes por actividad debe ayudar a identificar como una actividad en la Organización contribuye a mejorar la eficacia en el proceso y a promover la mejora continua con el fin de buscar permanentemente la Calidad Total. Para alcanzar la Excelencia de la organización, los nuevos sistemas de gestión deben de dar la información acerca de:

- Forma de realización de las actividades.
- La aportación de las actividades a la realización de los objetivos de la organización.
- Cuáles son los inductores de las actividades.
- Los incentivos para la mejora de la eficacia.

La filosofía de un sistema ABQ permite lograr los objetivos básicos pretendidos con los sistemas de gestión actuales, al abordar las dos dimensiones que se consideran fundamentales en toda actuación, es decir, ¿cómo se realiza una actividad?, ¿qué costes suponen para la organización dicha actividad?, o lo que es lo mismo, un enfoque cualitativo y cuantitativo de los procesos, actividades y tareas que acomete la empresa. Este método de gestión permite establecer las relaciones existentes entre las características de los procesos y el coste de las actividades, pudiendo llegar a disponer de una información de costes bastante precisa, tanto en relación al producto o servicio sanitario como a los procesos, como veremos mas adelante.

La implantación del ABQ exige un cambio de cultura dentro de la organización, que debe ser liderado por los gestores y los responsables de los servicios asistenciales. Los factores que van a condicionar este cambio son entre otros:

- ✓ El nivel de compromiso de los gestores.
- ✓ El grado de participación de todos los profesionales.
- ✓ El nivel de formación que se disponga sobre el diseño, análisis y gestión de los procesos.
- ✓ La capacidad de trabajo en equipo.
- ✓ El grado de coordinación y comunicación que se consiga entre los diversos niveles asistenciales y dentro de cada nivel.
- ✓ Los recursos que sean empleados.
- ✓ La idoneidad del sistema de información.

### 2.1.1. Gestión Basada en las Actividades (ABM)

Una de las cuestiones básicas, o hipótesis de partida, de la que arranca la filosofía de las actividades, es que en cada organización, y por tanto, igualmente en un centro hospitalario, existe un cierto grado de *actuaciones superfluas*, o lo que es lo mismo, de *derroche*, lo cual viene a determinar la existencia de un importante potencial de mejora, que se podrá conseguir en la medida en que se puedan ir reduciendo o ahorrando todas esas actuaciones superfluas e innecesarias, pero siempre costosas, en las organizaciones hospitalarias. La condición de *superflua* en una actuación, o de una actividad, la determina el hecho -según esta filosofía- de que no genera valor añadido para el output o servicio sanitario que ofrece el centro a sus clientes, esto es, son actividades que no contribuyen a mejorar la calidad del servicio prestado, y que por lo tanto, al no generar valor y sí generar costes (puesto que son actividades que en todo caso consumen recursos) se han de eliminar, con el consiguiente aumento tanto de la rentabilidad como de la eficiencia y la calidad del centro hospitalario.

Un objetivo importante de la filosofía de las actividades, es, en este sentido, la orientación hacia la *gestión de las actividades* en lugar de la *gestión de los costes*. Si se llega a generar una información adecuada y fiable, relativa a los trabajos o actividades superfluas en la organización, se podrá conseguir una importante reducción de las actividades, que en todo caso acarreará en mayor o menor medida una reducción de los costes.

Dentro del contexto de la filosofía de las actividades, vamos a hacer mención seguidamente, a la terminología que se viene utilizando en relación a esta materia.

A través de los términos y las denominaciones que se vienen utilizando, con algunas diferencias en función de los países, los idiomas y las diversas traducciones realizadas (diferencias que muchas veces no son simplemente terminológicas sino asimismo conceptuales), se ha venido distinguiendo, por lo general, entre los términos *ABM (Activity-Based-Management)* y *ABC (Activity-Based-Costing)*. Aunque ambas concepciones o modelos son similares en su concepción inicial y en sus objetivos, hay que reseñar -tal como su denominación viene a indicar- que *el sistema ABM o de Gestión basada en las actividades* tiene una dimensión más genérica que *el sistema ABC o Sistema de costes basado en las actividades*, dado que aquel tiene una proyección orientada a la gestión de la organización en general, con el objetivo de conseguir, la *excelencia*.

Por su parte, al sistema ABC se le otorga una dimensión eminentemente contable que, en función de esta nueva filosofía, suministra una información bastante renovada respecto a los métodos convencionales, a la vez que viene a complementar y apoyar los objetivos generales adscritos al denominado ABM.

Según esta dicotomía terminológica, el ABM se articula consecuentemente, tanto en función del sistema ABC, como de las decisiones técnicas dirigidas a conseguir la calidad total y a disminuir el ciclo de duración de los productos o servicios. Es por tanto por lo que el ABM se desarrolla y consigue sus objetivos a través de esos tres pilares, tendiendo a incrementar la competitividad de las organizaciones, y persiguiendo, consecuentemente, el logro de tres objetivos claros: a) la reducción de costes, b) el incremento de la calidad y c) la optimización de los tiempos en la organización.

En lo que respecta al Sistema de costes por actividades (ABC), cabe señalar que la estructura de medición de los costes se proyecta sobre todos los ámbitos de la entidad, y no solamente sobre el área de producción, esto es, se proyecta sobre áreas como la administración, limpieza, mantenimiento, restauración, lavandería, etc.

El proceso de Gestión Basada en Actividades (ABM) se resume en:

- Desagregar la Organización en sus procesos de negocios (Mapa de Procesos).
- Comprender en profundidad estos procesos (Análisis de actividades).
- Utilizar esta información para mejorar la Gestión (Gestión por Actividades).

Es por esto por lo que se hace imprescindible definir muy claramente los conceptos de Proceso, Actividad y Tarea.

### **Proceso**

Es un grupo de actividades interrelacionadas y que están caracterizadas por un número de tareas específicas que dan valor añadido al mismo, para producir un resultado óptimo.

### **Tareas**

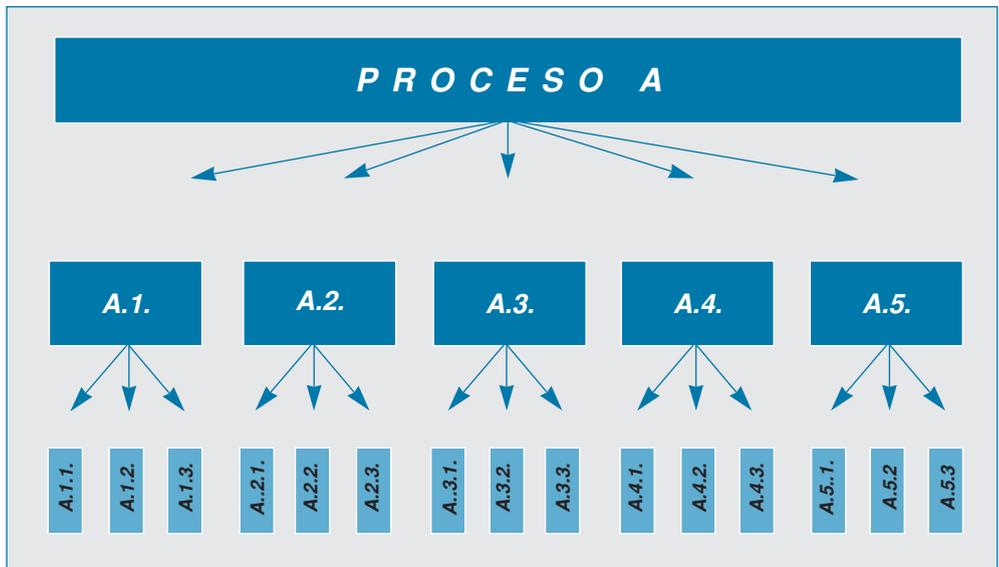
Una tarea es la combinación de elementos de trabajo u operaciones que componen una actividad, en otras palabras una tarea es la forma en que se realiza una actividad.

### Actividades

Es el conjunto de tareas necesarias para la realización eficaz e integradora de los procesos, dentro de todas las unidades de la organización sanitaria, encaminadas a mejorar continuamente la entrega de los servicios que satisfagan las necesidades del paciente/usuario.

Una actividad describe lo que hace la Organización, es decir, la forma en que emplea el tiempo y los recursos para alcanzar sus objetivos. Su función principal es convertir los recursos (materiales, mano de obra y tecnología) en productos/servicios.

Las actividades se emplean para descomponer los procesos en estructuras sencillas para que estos sean comprensibles y tratables. Las actividades, bien definidas, tienen el tamaño adecuado para su gestión desde el punto de vista del rendimiento para alcanzar la excelencia de la Institución.



Las actividades garantizan la Calidad y se caracterizan por:

- Facilitar la evaluación con otras organizaciones que realizan la misma actividad.
- Mejorar la precisión del consumo de los recursos de los productos/servicios.
- Garantizar que los planes sean transmitidos a nivel de que la acción sea tomada. Las actividades son lo que la Organización hace
- Ser generadoras de consumo de recursos
- El conocimiento de los fines corporativos permite a la organización determinar las actividades (lo que está haciendo) y como se relacionan con estos fines.
- Complementan la mejora continua cumpliendo varios objetivos como la eliminación de las actividades sin valor añadido, mejora del rendimiento de las actividades que añaden valor, mejora la calidad, elimina la variabilidad en los procesos, simplifica las actividades.
- Son comprendidas fácilmente por los usuarios o el personal de la Organización por lo que proporcionan un medio efectivo para la comunicación entre el personal de apoyo y el personal operativo.
- Se vinculan a las funciones de planificación y evaluación. La gestión por actividades, el sistema de apoyo a las decisiones de la Organización y la gestión de los costes están basados en las actividades, como punto del lenguaje común para realizar los ajustes necesarios para lograr la realización del plan o sus modificaciones.
- Integrar las medidas de rendimiento, ya sea financieras o no. El sistema de gestión de actividades va a proporcionar una evaluación del rendimiento total de una actividad, incluyendo el tiempo, calidad y flexibilidad
- Estar interrelacionadas
- Facilitar la gestión del ciclo de vida del producto o servicio.
- Mejorar el apoyo a la toma de decisiones.

## **Análisis de la calidad en los procesos asistenciales**

La gestión de la calidad es la coordinación de todos los procesos y recursos con el fin de obtener la satisfacción del cliente y del proveedor optimizando el coste. En el enfoque de la gestión de la calidad total tiene dos objetivos: hacer las cosas bien la primera vez y trabajar para la mejora continua. Comprende tres fases según Juran: planificación, control y mejora de la calidad.

### **a) Planificación de la calidad en los procesos asistenciales**

Es el desarrollo requerido que debe seguir el proceso para satisfacer las necesidades de los clientes. Se establece como centro del proceso al paciente.

Esta planificación de la calidad en los procesos debe ser utilizada para diseñar un proceso nuevo o rediseñar uno ya existente. Consta de varias fases:

- Establecer una estructura organizativa o grupo de trabajo que soporte las funciones de la gestión de la Calidad Total.
- Identificar a los pacientes/usuarios actuales y futuros.
- Determinar las necesidades y expectativas de los pacientes/usuarios.
- Desarrollar el servicio capaz de cubrir las necesidades de los pacientes/usuarios.
- Diseñar los procesos capaces de producir las características de dichos servicios.

### **b) Control de calidad en los procesos**

Es el proceso mediante el cual se establecen y cumplen unos estándares. Se deben examinar los procesos claves para disminuir las variaciones no deseadas de los parámetros de la práctica clínica.

Las etapas a seguir en esta fase son las siguientes:

- Identificar los parámetros susceptibles de medición.
- Especificar las características de calidad.
- Elegir una unidad de medida.
- Establecer el valor normal o estándar

- Crear el sensor
- Realizar la mediación real
- Interpretar la diferencia entre la medida real y el estándar.
- Tomar una decisión
- Actuar sobre las diferencias

### c) Mejora de la calidad en los procesos

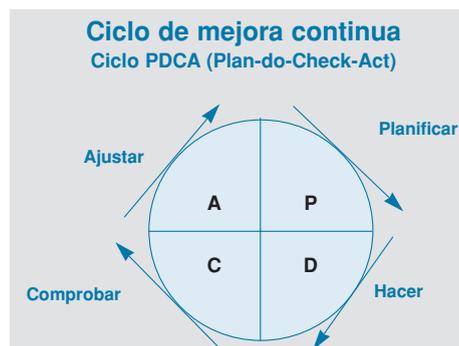
Su objetivo es descubrir y eliminar los errores y pasar así a un proceso mejor, considerando como mejorable cualquier desempeño habitual. Según Juran la mejora de la calidad cumple que el nuevo nivel de realización no había sido alcanzado con anterioridad y el resultado obtenido es consecuencia de una decisión<sup>1</sup>.

Para obtener la mejora de la calidad se debe eliminar en lo posible la no-calidad en el desarrollo de las actividades, revisar los procesos (asistenciales, administrativos, de compras, de mantenimiento, etc.) para reducir los índices de errores y fallos, desarrollar nuevos productos y procesos sustitutos de los antiguos, adoptar nuevas tecnologías que mejoran la producción tales como la automatización y la informática.

Las actividades a realizar son:

- Establecer una infraestructura necesaria para mejorar la calidad
- Buscar las necesidades concretas o los proyectos de mejora
- Establecer un grupo de trabajo para cada proyecto
- Identificar las causas de los problemas
- Establecer una acción correctora

El ciclo de Deming o ciclo de mejora continua se basa en acciones de planificar, hacer, comprobar y ajustar continuamente con el fin de obtener la mejora de la Calidad continua.



La garantía o aseguramiento de la calidad proporciona a todos los directivos e interesados la evidencia que la calidad se está realizando adecuadamente. Es el control ejercido sobre los servicios de asistencia sanitaria procurando evitar, en la medida de lo posible, la aparición de desviaciones en el servicio a lo largo del proceso. Asegura que los requerimientos del diseño se cumplen y que la calidad, la eficacia y eficiencia son mejorados continuamente. El aseguramiento o garantía de calidad es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de la calidad, demostrables si es necesario, para proporcionar la confianza adecuada de que una organización cumplirá los requisitos para la calidad.

Los procesos claves deben estar continuamente monitorizados y mejorados, gracias a la gestión de los procesos. Las actividades para la gestión de los procesos comprende:

- La obtención de los datos.
- La evaluación de los procesos.
- Identificación e implantación de las mejoras.

Con el fin de asegurar los procesos se debe:

- Establecer indicadores y mecanismos de evaluación para controlar la calidad y el rendimiento de los mismos.
- Identificar las variaciones de los procesos y establecer las medidas correctoras y verificar los resultados
- Trabajar en el entorno de la mejora continua con el fin de obtener el mayor rendimiento posible.

Las actividades han sido elegidas como base de gestión de la calidad porque constituyen el nivel más apropiado para apoyar un sistema de garantía de calidad.

### 2.1.2. El Sistema de Costes Basado en las Actividades (ABC)

El sistema ABC constituye, un sistema en cierto modo “perpendicular” a los sistemas tradicionales, y que surge de la filosofía inherente a la *gestión de las actividades*, en lugar de la gestión de los costes, que es la orientación adoptada por los sistemas contables tradicionales. Esta afirmación en absoluto pretende invalidar los sistemas de costes convencionales, sino que pretende mostrar que los sistemas basados en actividades en ocasiones incrementan de forma muy significativa la fiabilidad de la información. Se trata con ello, en definitiva, de conseguir nuevas formas en la concepción y utilización de la información, más acordes con las características externas e internas de las organizaciones actuales.

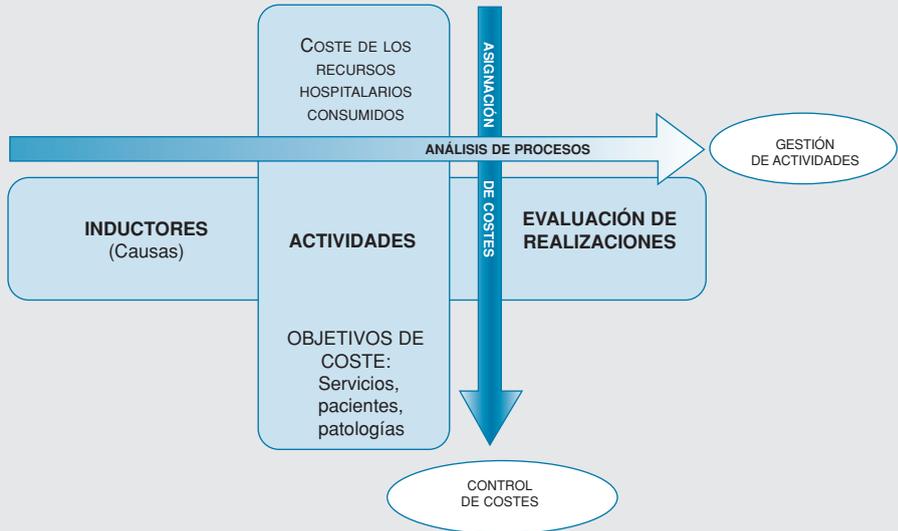
Es por ello que si se desea hacer una presentación *dual* del modelo de las actividades, a través de una diferenciación entre los *submodelos* ABM y ABC, se podría optar, bien por una presentación previa del ABM, para pasar después al ABC, o viceversa: hablar primero del ABC, para pasar a explicar posteriormente el ABM. En definitiva, es una cuestión inherente a la perspectiva que se quiere dar a la explicación.

Así, si se desea seguir un *razonamiento “deductivo”* habría que comenzar hablando por el sistema ABM, que es el más amplio y general dentro del área de la dirección y la gestión, para pasar luego a concretar una de las parcelas relacionadas, que es la de la información contable relativa a las actividades, de la cual se ocupa el ABC

Por tanto, la filosofía de un sistema ABM permite lograr los objetivos básicos pretendidos con los sistemas de gestión actuales, al abordar las dos dimensiones que se consideran fundamentales en toda actuación, es decir, ¿cómo se realiza una actividad?, ¿qué costes acarrea a la empresa dicha actividad?, o lo que es lo mismo, un enfoque cualitativo y cuantitativo de los procesos o tareas que acomete la empresa.

En la siguiente figura se recoge de forma esquemática el análisis integral que el modelo de las actividades aporta a los sistemas actuales de información para la gestión. Este enfoque centra su atención en los procesos o conjuntos de actividades que deben acometerse para obtener un output; ahora bien, el análisis puede centrarse en términos de *costes* (análisis vertical), o bien orientarse hacia la propia *ejecución* de las actividades (análisis horizontal), en donde el coste pierde relevancia, pasando a primer plano el concepto de gestión de actividades, que

tiene como objetivo prioritario la mejora continua de las actuaciones de la organización. Con esta perspectiva se trata de obtener información acerca de las causas que motivan la realización de un trabajo o actividad (inductor de actividad), así como analizar la forma en la que éste se lleva a cabo (medidas de ejecución).



El sistema de costes basado en las actividades, en este contexto aplica el concepto de análisis de las actividades para obtener un coste *orientado al proceso* y una información sobre las actuaciones que posibilite la mejora continua de tales procesos. A través de esta metodología se pretende distribuir los costes de las actividades en función de la demanda que los diversos servicios, pacientes, o patologías han generado dentro del sistema hospitalario.

La metodología de esta herramienta puede proporcionar de esta forma a los decisores una visión clara al captar el coste de las actividades y asociar estos costes a nivel del proceso con criterios de ejecución; se apoya, así, la gestión de los procesos de cara a una mejora continua, puesto que la información de los costes está integrada en las actividades que integran dichos procesos sanitarios. Esta metodología permite establecer las relaciones existentes entre el coste de las actividades y las características de los procesos, pudiendo llegar a disponer de una información de costes bastante precisa, tanto en relación al producto o servicio sanitario como a los procesos.

La metodología del sistema ABC implica un análisis integral de las características del centro hospitalario, y de los diversos procesos y servicios que se realizan, efectuando un seguimiento en la asignación de los costes desde las actividades a los servicios finales. Posteriormente se puede llevar a cabo una investigación de los escenarios alternativos que permitan una optimización de la gestión de los costes y de los esfuerzos de mejora de los procesos.

El análisis de costes basado en las actividades se podría resumir y sistematizar, a un nivel muy primario, en tres fases distintas:

- A. En una primera fase el análisis determina la estructura o vertebración de las actividades existentes en una organización; esta estructura o *arquitectura* viene a configurar, de alguna forma, las unidades de responsabilidad de la organización, los trabajos individuales que se enmarcan en las actividades y los procesos por el cual se obtienen los productos y servicios. También incluye un análisis detallado de las actividades con el fin de determinar sus características.
- B. Una segunda fase genérica implicará la definición de las líneas maestras del modelo; esto requiere la asignación de los costes a aquellas actividades y procesos que los han consumido; esta fase permite, asimismo, identificar aquellas que no aportan valor añadido distinguiéndolas netamente de las actividades que realizan una sustantiva aportación a los objetivos de mejora.
- C. En la tercera fase se modelizará y sistematizarán los costes del proceso de forma detallada. Esta fase puede servir de apoyo para generar estimaciones de costes que apoyan el proceso de adopción de las decisiones operativas.

El sistema de información de costes basado en actividades tiende a proporcionar una visión clara de cómo la combinación de los diversos servicios que ofrece el centro hospitalario, y de cada una de sus actividades, contribuyen a largo plazo a su mejora progresiva.

Si se desarrollan en los centros sanitarios modelos de costes con una concepción basada en las actividades, el personal se orientará a responsabilizarse y a mejorar las propias actividades, con el objetivo de controlar y mejorar la eficiencia. Los efectos que se derivan de un control de las actividades, pueden ser claramente beneficiosos; no quiere decirse con ello que no se deban calcular costes, sino todo lo contrario; ahora bien, se impone una necesaria reorientación inicial de dichos costes hacia las actividades, para, posteriormente, agregarlos a nivel de procesos, servicios, y en última instancia a nivel de clientes o pacientes, los cuales se convierten en sujetos finales de referencia para evaluar la eficiencia y la calidad de los centros hospitalarios.

Se trata, en resumen, de concebir un sistema de costes que permite vincular cada concepto de coste a una única actividad, puesto que lo que determina el consumo de los recursos son las tareas que deben acometerse y la forma en la que éstas se ejecutan. Los costes, por tanto, son consecuencia de la realización de determinadas actividades, las cuales, a su vez, son consecuencia de la obtención de los productos o servicios sanitarios.

Se trata, en definitiva, de evitar una vinculación rígida, directa o automática con los elementos que constituyen el objetivo final de la operación. Bajo esta perspectiva de las actividades lo verdaderamente importante es llegar a determinar cuáles son las causas que motivan la aparición de los costes, para poder así suprimir los costes vinculados a actividades “estériles”. El problema de la vinculación de los costes con el objeto de coste final es realmente secundario en la mayoría de los casos.

Cabe señalar, en primer lugar, que el sistema ABC, a diferencia de un sistema basado en el volumen, es un modelo basado en el propio consumo de los factores, más que en los gastos derivados de dicho consumo, si bien puede afirmarse que un sistema ABC constituye, en su base conceptual, un modelo de consumo de recursos organizacionales. En todo caso, algunos factores tales como los materiales o la energía, muestran una correlación entre el consumo del factor y el gasto vinculado al mismo. Así, la energía que consume una determinado quirófano, depende de la actividad desarrollada por éste; a medida que se incrementa la actividad del quirófano, aumenta el consumo de energía y, por tanto, el gasto en energía también se incrementa. Al mismo tiempo, el factor humano, cuya retribución puede establecerse en función de las horas o los turnos trabajados, también muestra una correspondencia entre el consumo del factor (horas trabajadas), y la cantidad gastada (el equivalente monetario correspondiente a dicho consumo).

La mayoría de los sistemas de costes convencionales tratan los costes de personal como un coste variable; pero aquellos trabajadores que periódicamente perciben una retribución prefijada, no tienen la consideración de coste variable, dado que serán retribuidos independientemente de si realizan o no la actividad pactada. En este caso, la cantidad de tiempo que éstos emplean (consumen) para fabricar un producto, no se corresponde con la cantidad de dinero que estos percibirán al final de la semana o al final del mes.

La diferencia entre consumo de factores y gasto viene a sustantivar la distinción entre un sistema de costes convencional y un sistema ABC/ABM.

Los sistemas de costes convencionales identifican los costes vinculados a factores tales como la energía, los suministros y el personal, que varían, a corto plazo, con el volumen de producción y con la combinación, asignando estos costes directamente a los productos o servicios; en relación a los costes vinculados a los restantes recursos, la organización puede, o bien proceder a su reparto entre los distintos productos o servicios mediante la aplicación de unas claves de distribución (horas de personal, consumo de materiales, etc.), o bien no tomarlos en cuenta, sobre todo cuando se pretenden adoptar decisiones relativas a los outputs.

Sin embargo, un sistema ABC/ABM no pretende sustancialmente distribuir los costes entre los productos o servicios, ni siquiera establecer o predecir la tendencia de los costes a corto plazo; su objetivo se orienta hacia la medición de los factores que se precisan, a nivel global, para obtener un determinado output. Bajo esta concepción se asume que los cambios en el consumo de los factores, implican generalmente un cambio en el volumen de gasto de esos factores, por lo que la tendencia de los gastos futuros, en el sistema ABC/ABM se establece en función de la cantidad de factores que deben consumir todas y cada una de las actividades acometidas por la organización, procediendo a su posterior valoración mediante la correspondiente previsión de la evolución de los precios futuros, o bien estableciendo los cálculos en términos de costes de oportunidad, lo cual permitirá igualmente medir el nivel futuro de los costes.

Por otra parte, el sistema ABC/ABM cuando se utiliza con fines de valoración de los productos o servicios, supone un sistema de contabilidad de costes que asigna los costes indirectos a los productos utilizando múltiples bases de distribución, algunas de las cuales están relacionadas con el volumen y otras no. Esto entra, por tanto, en confrontación con los sistemas de costes convencionales aplicados en la práctica, en los cuales muy a menudo todos los costes indirectos son distribuidos en base a la mano de obra directa, o bien según alguna otra unidad que suele estar altamente relacionada con el volumen de producción.

Sin embargo, es importante aclarar que, en algunas aplicaciones *moderadas*, el modelo ABC/ABM puede llegar a asumir métodos similares a los tradicionales para la determinación del coste del producto; esto es, al diseñar una de estas versiones del sistema, a través de la utilización de un determinado software para calcular el coste del producto o servicio, la realidad es que el mismo software podría ser usado o empleado para determinar los costes bajo un sistema convencional. Desde esta óptica, se puede afirmar que los sistemas de costes tradicionales son meras simplificaciones, mientras que el sistema ABC/ABM se basa en un sistema diseñado con una perspectiva similar pero mucho más flexible.

En resumen, por tanto, podemos sintetizar un primer conjunto de conclusiones o aspectos diferenciadores entre los sistemas de costes basados en las actividades y los sistemas convencionales de costes.

Mientras que la metodología convencional agrega los costes indirectos sin distinguir los distintos tipos de actividades, asignándolos a los productos o servicios mediante el empleo de una única unidad de obra, en el sistema ABC/ABM se diferencia entre los distintos tipos de actividad que se han desarrollado a lo largo del proceso, y la forma en la que cada producto o servicio ha consumido actividades; además, también se asignan costes diferentes a las diversas actividades en base a la cantidad de recursos consumidos, lo que origina una información del coste del producto o servicio, en principio, más precisa.

En este sentido un sistema basado en las actividades puede facilitar un marco más claro y conveniente para obtener una relación mucho más precisa causa-efecto entre las bases de absorción y los costes. Estas diferencias pueden ser sustantivas, de tal forma que, en muchos casos, la implantación de un sistema ABC puede proporcionar unos costes finales de cada producto o servicio, diferentes que los mostrados por un sistema de costes convencional.

Se puede resumir, finalmente, que el método de las actividades determina una innovación en cuanto a la precisión y la flexibilidad con que se puede llevar a cabo el análisis del coste, delimitándose la idea de precisión no por el nivel de detalle sino por la calidad de la representación del funcionamiento de la organización, y la consiguiente pertinencia de esta representación para la adopción de decisiones.

## ***Metodología básica***

### ***Las actividades como eje fundamental del Sistema***

Ya hemos anticipado en líneas anteriores una secuencia conceptual que puede considerarse como caracterizadora de la metodología basada en las actividades, y que se puede resumir en el hecho de que la forma en la que se realizan las operaciones determina el surgimiento de las denominadas *actividades*, y cada actividad origina la incurrencia en una serie de costes que corresponden a los recursos que consumen las actividades.

En ese contexto toma especial relevancia el conocimiento de la causa que origina la incurrencia en los costes, con el fin de aplicar los mecanismos que permitan su minimización.

El proceso tendente a vincular los costes del ejercicio a los objetivos finales de coste (producto o servicio) puede resultar secundario en la mayoría de los casos. El coste del producto calculado en base al método convencional es difícilmente reproducible de un período a otro, puesto que es el resultado de una serie de actividades y de una combinación de productos que difícilmente pueden reproducirse de forma idéntica y que, por lo tanto, no pueden ser reconocidos como claves de distribución o asignación en el proceso de imputación de los costes indirectos a los productos.

Se hace necesario en este contexto conducir los análisis y argumentaciones enfocándolos, no a los costes, sino a las actividades, considerando en todo caso que los costes son consecuencia de la realización de determinadas actividades las cuales, a su vez, son consecuencia de la obtención de los productos o servicios que se llevan a cabo en una organización.

Bajo la perspectiva de la contabilidad basada en las actividades lo verdaderamente importante es llegar a determinar cuáles son las causas que motivan la aparición de los costes, para poder así suprimir los costes vinculados a actividades “estériles”. El problema de la vinculación de los costes con el producto o servicio final puede resultar en este contexto, tal como decíamos, de carácter secundario.

En este contexto, la relación de causalidad debe centrarse en torno a las actividades, dado que son éstas las que generan los costes, y que la forma en la que están se ejecutan determinará la cantidad de recursos (personal, quirófanos, suministros, sistemas informáticos, etc) que son precisos. Al relacionar los costes con las actividades la empresa puede tener un perfecto conocimiento, ya no sólo de los costes en que se ha incurrido, sino del grado de eficiencia con el que se han empleado los propios recursos.

Si se desea realizar algún tipo de delimitación conceptual aclaratoria entre los términos *proceso* y *actividad*, la cual puede resultar útil tanto a efectos expositivos como analíticos, podemos denominar *proceso* al conjunto de actividades realizadas con un determinado fin, que persigue un objetivo global y que puede derivar en un output material o inmaterial. Bajo esta concepción, mientras que en una organización hospitalaria se puedan llevar a cabo, por ejemplo, 100 ó 200 actividades, pueden no existir por ejemplo, más de 20 ó 30 procesos significativos, todo ello dependiendo del tamaño del hospital, de su *case-mix*, etc.

Estos procesos presentan así tres características importantes:

- A) Son generalmente transversales a la organización jerárquica y a las grandes divisiones funcionales de la organización, es decir, abarcan un conjunto de actividades transfuncionales.
- B) Cada proceso presenta un output global único.
- C) Cada proceso tiene igualmente un *cliente* externo o interno.

El proceso se configura, así, como un nexo de unión entre los objetivos de la organización y su desarrollo mediante las actividades. Ello explica la importancia que se atribuye actualmente en un gran número de organizaciones a la gestión de los procesos, en ocasiones calificada como organización horizontal.

En términos concretos, y a efectos de una mera delimitación conceptual, una *actividad* se puede definir como un conjunto de actuaciones o de tareas que han de tener como objetivo la atribución, al menos a corto plazo, de un valor añadido a un producto o proceso.

Una actividad es así un conjunto de tareas elementales: a) realizadas por una persona o por un grupo, b) que suponen o dan lugar a un saber hacer específico, c) con un carácter homogéneo desde el punto de vista de su comportamiento de coste y de ejecución, d) que permiten obtener un output, e) dirigidas a satisfacer a un cliente externo o interno, f) y ello mediante el empleo de una serie de inputs. En cualquier caso, se puede tratar de actividades relacionadas con un proceso de producción de bienes o servicios, o de actividades puramente administrativas.

Se puede afirmar que en cada actividad se realizan una serie de tareas que consumen recursos -por tanto constituyen la causa en la incurrencia de costes- y que dichas tareas se derivan de las decisiones adoptadas en los distintos centros de responsabilidad.

Para identificar las actividades será importante tener en cuenta los *atributos* que suelen caracterizarlas, y de entre los que podemos citar los siguientes: a) La actividad es repetitiva, en cuanto al proceso que desarrollan, b) Consume recursos de coste y tiempo, c) Tienden a obtener un output (productos/servicios), d) Está condicionada por variables tales como: tiempos limitados, cumplimientos de calidad, frecuencia, etc, e) Una actividad en un determinado contexto puede constituir una simple tarea en otro contexto o empresa.

A la hora de identificar y describir las correspondientes actividades en una empresa deberán tenerse en cuenta los factores que son consustanciales a su existencia como son:

- a. Es indispensable medir el nivel cuantitativo de realización de una actividad, para lo cual deberá definirse su correspondiente *unidad de actividad*. Se trata de medir el nivel de output obtenido por la actividad, puesto que éste es el factor que determina el nivel de realización de las actividades.
- b. Los inputs de las actividades consisten básicamente en inputs físicos, humanos (personal sanitario, suministros médicos, instalaciones de quirófanos, personal sanitario, etc.) o incluso informativos. En relación a estos inputs puede ser conveniente disponer de una información precisa en relación a aspectos tales como: descripción del propio input, la actividad de la que proviene, la unidad de medida, su frecuencia, es decir, si se trata de un input empleado de forma periódica o su empleo es atípico, etc.
- c. Si es posible, se debería fijar en base a la unidad de actividad una medida de la capacidad potencial en relación con esa actividad; por ejemplo, la capacidad de la actividad *realización de análisis clínicos* de un determinado tipo, se medirá en número de pruebas analíticas realizadas por semana.
- d. Es importante establecer unos indicadores o parámetros que permitan evaluar la ejecución en cada actividad, ya sea en términos de coste, o de plazo de realización, características de calidad, etc; en fin, todo lo que permita analizar y evaluar la forma en la que se ejecuta la actividad, y que pueden coincidir con las denominadas *unidades de actividad*.
- e. Será prioritario, en fin, conocer el "inductor" o causante de las actividades y en definitiva de los costes, y cuyo análisis puede ser trascendental para la gestión y la racionalización de los costes.

En cuanto a la tipología o formas de clasificar las actividades de una organización, podemos aquí destacar las siguientes:

### **1. Por funciones**

Las actividades pueden diferenciarse, en primer lugar, en torno al área de la organización a la que estén adscritas; a continuación, se señalan, a modo de aproximación, algunas de las actividades que podrían ejecutarse en diversas áreas:

Se consideran por lo tanto *actividades* a este respecto todas aquellas actuaciones que, en un determinado área funcional se realicen tanto por una persona como por un grupo de personas, y siempre que presenten algún tipo de homogeneidad desde el punto de vista de los consumos que realizan y de su comportamiento en cuanto al coste y a su operatoria.

## **2. Por su naturaleza**

Si en lugar de clasificar las actividades en referencia a las áreas o funciones que las originan, procedemos a clasificarlas según su naturaleza, o en definitiva, su trascendencia, en relación con el proceso de actuación hospitalaria, podemos diferenciar las siguientes:

- a. Actividades *fundamentales*. Son aquellas imprescindibles para el funcionamiento del centro sanitario a corto plazo, así como aquellas que tienen que desarrollarse por imperativo legal.
- b. Actividades *discrecionales*. Se englobaría en esta categoría el resto de las actividades, esto es, aquellas que no tienen la cualidad de fundamentales.

Es conveniente destacar que en este contexto, *fundamental* no es sinónimo de *sustancial* o de muy importante; la distinción entre *fundamental* y *discrecional*, se debe a que las actividades *discrecionales* pueden analizarse en función de su mayor o menor aportación a los objetivos de la organización, lo que permite plantearse incluso su supresión, en tanto que las *fundamentales* no pueden analizarse en ese sentido, dado que siempre será necesario ejecutarlas.

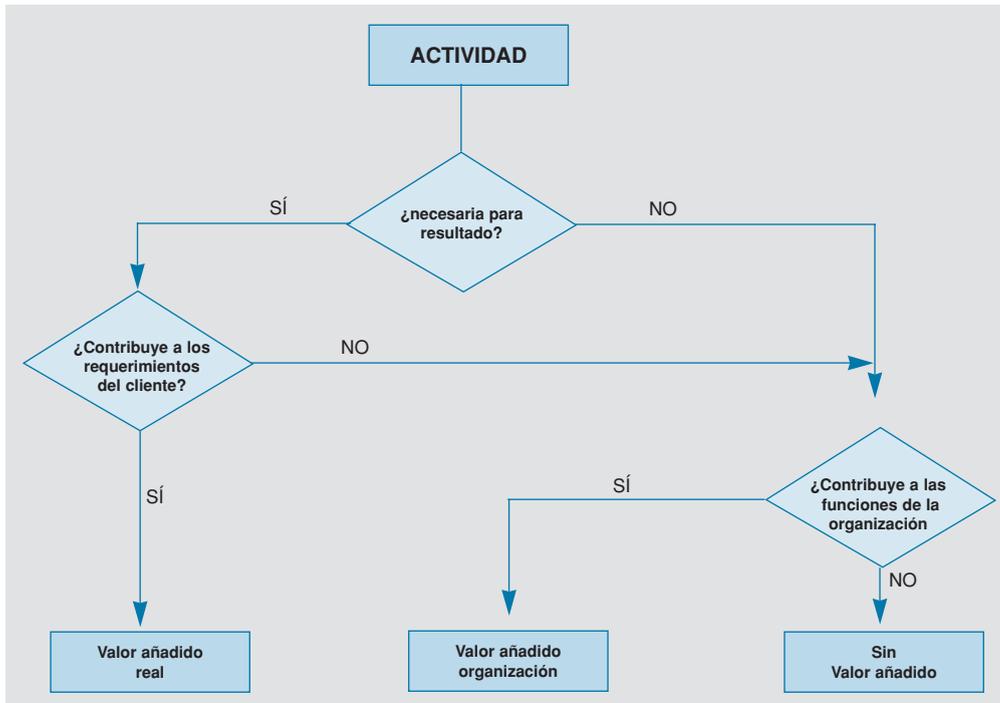
A título de ejemplo, actividades *fundamentales* son: facturación, contabilidad financiera, administración de personal, prevención y seguridad en el trabajo, etc.; actividades *discrecionales* son: planificación a medio plazo, presupuestos anuales, contabilidad por centros, control ambiental, control de gastos de personal, etc. Se puede apreciar, por tanto, que dentro de las actividades discrecionales las hay también de una gran importancia para el buen desarrollo de la gestión hospitalaria.

## **3. Por su aportación a la generación de valor**

Es quizá la clasificación o tipología de las actividades más acorde y ajustada con los objetivos de un sistema ABC/ABM, entre los que destaca la evitación de lo superfluo y de aquello que no añade valor. Se trata de diferenciar las actividades en función precisamente, de que pudieran añadir o no valor al proceso de actividad sanitaria.

Se distinguen así:

1. Actividades *con valor añadido*.
2. Actividades *sin valor añadido*



En este contexto el sentido que se otorga al concepto *valor añadido* hace referencia a la perspectiva del usuario, así: Una actividad supone un valor añadido si su realización aumenta la satisfacción del usuario hacia el producto o servicio.

Una actividad sin valor añadido es una actividad inútil, lo que es consecuencia de un error y que los responsables de la calidad total intentan eliminar, por lo que se deberá evitar realizar inversiones sobre la misma. Se trata, pues, de reestructurar el proceso de generación del servicio, a fin de eliminar estas actividades sin valor pero con un coste, lo que sin duda supondrá un tiempo de readaptación.

## 2.2. Vinculación del Sistema de Costes Basado en las Actividades (ABC) y cálculo de costes de GRD

Un aspecto importante es tratar de integrar metodológicamente el Sistema de Costes Basado en las Actividades (ABC), con el Sistema de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).

En esencia, el Sistema de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico se basa en adoptar un sistema de clasificación de pacientes, de cara a una simplificación o estandarización de la muy variada y compleja actividad multiproducto hospitalaria. Se trata de estructurar la producción de un centro hospitalario en un conjunto de pacientes agrupados en base a una similitud clínica de los procesos y un isoconsumo de los recursos hospitalarios dentro de cada proceso.

Aunque existen algunos otros sistemas de clasificación de pacientes como el PMC (Patient Management Categories), que establece el agrupamiento de los pacientes según el tratamiento clínico ideal, vamos a referirnos aquí al Sistema de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico dado que, por una parte, se basa en la realidad de lo que en la práctica consume cada paciente, y por otra parte, es el sistema más generalmente implantado en una diversidad de países, desde Estados Unidos, que es el país en el que se implantó por primera vez, hasta otra serie de países de la Unión Europea como Italia, Portugal, Bélgica, Alemania y España.

Más concretamente, los GRD han alcanzado un importante desarrollo en Estados Unidos sobre todo a partir de 1983, cuando la aseguradora “*Medicare*” estableció un sistema de pago apriorístico o prospectivo para los distintos hospitales en base a los GRD’s tratados por estos centros. De esta forma se estableció que los pagos a los hospitales, en vez de por días de estancia o duración de los tratamientos médicos, se realizarían en base a los GRD’s producidos, para cada uno de los cuales se estableció un precio de referencia.

Los GRD se desarrollaron ya desde su inicio (en la década de los años 60 en la Universidad norteamericana de Yale), con un propósito original de medir el rendimiento de un hospital, con el fin de facilitar una mejora de la calidad en sus prestaciones. En este caso, la experiencia se inició en el “*Yale New Haven Hospital*”. Es por ello que el concepto de GRD surge inicialmente como una herramienta efectiva para la mejora de la calidad. En este sentido los GRD se utilizan, por ejemplo, para identificar desviaciones en cuanto a la calidad media que se establece para cada uno de dichos GRD’s, esto es, para cada una de las variantes de las patologías tratadas en un centro hospitalario.

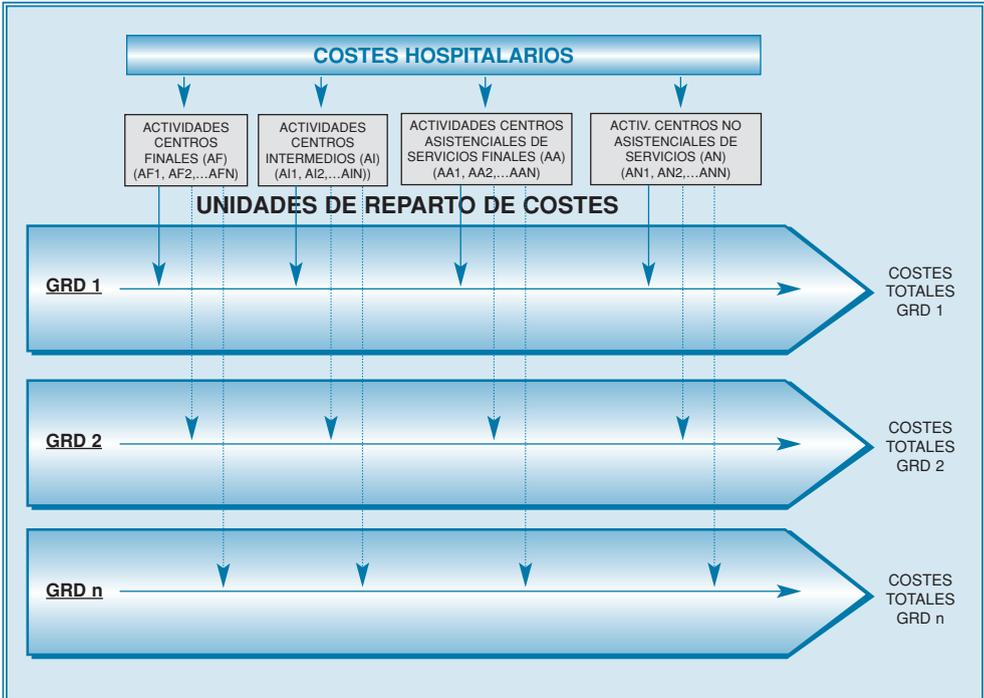
El sistema GRD de clasificación de pacientes utiliza en primer lugar una clasificación en grandes grupos de enfermedades o categorías diagnósticas. Se denominan concretamente Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) y en la actualidad son veinticinco. Dentro de cada CDM se encuadran grupos de GRD's.

La última versión utilizada en el sistema sanitario público español (V. 14.1) de agrupación o clasificación de los GRD, cuenta con 809 elementos resultantes de una agrupación que se basa en variables tanto demográficas (sexo, fecha de nacimiento) como clínicas, fundamentalmente en base al diagnóstico principal y también diagnósticos secundarios (complicaciones, comorbilidad), además del estado del paciente al alta médica.

Además de la finalidad del cálculo de costes que abordamos en estas líneas, el sistema de GRD sirve, entre otras cosas, para: a) Realizar comparaciones entre hospitales a través de una amplia gama de recursos y medida de resultados, b) Evaluación de diferencias de las tasas de mortalidad de los pacientes ingresados, c) Identificación de los proyectos de mejora de calidad continuos, d) Como base de gestión interna y de sistemas de planificación, etc.

Una cuestión objetivo importante en este documento ha de ser la posible compatibilización, e incluso integración, de la metodología inherente al Sistema de Costes Basado en las Actividades, con la metodología descrita en este apartado, relativa a los GRD's.

La siguiente figura refleja la estructura metodológica que debería caracterizar la integración de estas dos visiones o procedimientos, tan importantes, como precisos y actuales a nivel internacional, como son el Sistema ABC y el Sistema de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).



Como se puede apreciar en la figura, se trata de realizar un reparto de los costes hospitalarios, y repartir estos costes entre las distintas actividades de uno y otro tipo y nivel que se desarrollen en: a) Centros finales, b) Centros intermedios, c) Centros asistenciales de servicios, d) Centros no asistenciales de servicios. De esta forma se podría llegar a conocer el coste de todas y cada una de las actividades que se dan en unos y otros tipos de centros dentro de la organización hospitalaria consiguiendo de esta manera tres objetivos:

- Tener una herramienta potente de análisis y control de las actividades.
- Tener una herramienta de comparación inter e intrahospitalaria en cuanto a la realización y los consumos de estas actividades.
- Se podrá diseñar un sistema de imputación de unas y otras actividades a los distintos procesos. Se pueden considerar a este respecto como procesos, los relativos a los GRD's.

En todo caso, el objetivo final habrá de ser imputar los costes a los distintos GRD's, con el fin de llegar a conocer el coste final de cada GRD tratado en el centro hospitalario.

Una cuestión fundamental que subyace a este respecto es la elección de la forma o sistema de imputar los costes desde las actividades a los GRD. A este respecto se pueden considerar diversas opciones, desde las más simplificadas y provisionales, como establecer reparto en base a estadísticas previas de consumo, a establecer cost-drivers o unidades de reparto más sofisticados y contrastados, en base a un detallado análisis empírico de la realización de las actividades y del consumo de las mismas por parte de cada uno de los GRD. Esta cuestión queda pendiente de abordar en el presente documento.

---

**LA GUÍA INTEGRADA  
ASISTENCIAL  
COMO HERRAMIENTA  
DEL ABQ**

---

1. **LA ORGANIZACIÓN SANITARIA ORIENTADA A LOS PROCESOS**
2. **ABQ COMO MÉTODO DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES**

**3**

### **LA GUÍA INTEGRADA ASISTENCIAL COMO HERRAMIENTA DEL ABQ**

- 3.1. INTRODUCCIÓN
- 3.2. METODOLOGÍA EMPLEADA PARA LA ELABORACIÓN DE UNA G.I.A.
4. **INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES**
5. **METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES**
6. **DESARROLLO METODOLÓGICO**

### 3. LA GUÍA INTEGRADA ASISTENCIAL COMO HERRAMIENTA DEL ABQ

#### 3.1. Introducción

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) surge en los últimos tiempos como una iniciativa, con el objetivo primordial de proveer a los pacientes de aquellos servicios que están científicamente demostrados que mejoran su salud, en el momento y nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente.

Se han identificado algunos aspectos de la atención sanitaria que son susceptibles de mejora, como la variabilidad de la práctica clínica, el continuum asistencial, el incremento paulatino de costes y la falta de coordinación en las derivaciones, siendo por este motivo por el que surge la Medicina Basada en la Evidencia con la generalización de guías de práctica clínica.

La Medicina Basada en la Evidencia es la utilización consciente y juiciosa de la mejor evidencia derivada de la investigación clínica para tomar decisiones en el cuidado de cada paciente en particular. Consiste en la valoración de evidencias más destacadas, que sirvan como base para la formulación de guías de práctica clínica aplicables a los pacientes. Su base fundamental es la eficacia de las intervenciones clínicas.

En nuestro caso, elaboraremos Guías Integradas Asistenciales teniendo no sólo en cuenta las actividades asistenciales que se desarrollan a lo largo de cada proceso, sino también las no asistenciales. Es precisamente, en la parte asistencial donde la Medicina Basada en la Evidencia va a jugar un papel fundamental ya que permite, como se ha dicho anteriormente, valorar las evidencias más destacadas dentro de la práctica asistencial para aplicarlas a los pacientes.

La Guía Integrada Asistencial surge como una herramienta integradora de actividades específicas del sector sanitario, en nuestro caso basadas en la aplicación del sistema de gestión ABQ en la organización sanitaria. Permiten analizar con la misma intensidad e integrar tanto los aspectos clínicos como las actividades no asistenciales en el marco de la Gestión de la Calidad Total.

Su origen se sitúa en la protocolización de los procesos asistenciales a través de la estandarización de las actividades puramente asistenciales, mediante las Guías, las Vías Clínicas y otros documentos, que surgen, entre otros motivos, como un instrumento de estandarización y homogeneización de la actividad asistencial y de contención del coste por la creciente preocupación por el control del gasto sanitario en Europa.

Las Guías y Vías Clínicas, se definen como aquellos planes puramente asistenciales previstos para la mayor parte de los pacientes de una determinada patología y con un curso clínico predecible. Se basan en el conocimiento científico e investigador, así como en la práctica médica, debiendo ser elaboradas por un grupo de expertos mediante el consenso, sobre la base de una práctica clínica correcta. Son flexibles, no sustituyendo en ningún caso a los conocimientos médicos, debiéndose modificar y actualizar según las necesidades del Servicio y los avances de la ciencia médica.

El modelo de Guías Clínicas se crea en Estados Unidos en los años 50 basándose en los proyectos de planificación industrial, especialmente en el campo de la construcción e informática. En 1970 se intentó aplicar esta metodología en la sanidad, encontrando un excesivo proteccionismo en los profesionales sanitarios y una clara falta de preocupación en los aspectos no técnicos del cuidado. Karen Zander fue la primera en aplicar con éxito una Guía Clínica en los años 80 en el New England Medical Center Boston.

A lo largo de los años esta metodología ha tenido diferentes denominaciones tales como “guidelines”, “clinical pathways”, “care-maps”, “cordinated care plans”, etc., desarrollándose en los EEUU como una herramienta de gestión imprescindible en la mayor parte de los hospitales.

Sin embargo, las Guías y Vías Clínicas no integran la totalidad de las actividades de una organización sanitaria, al centrarse únicamente en la parte asistencial de los procesos.

Las Guías Integradas Asistenciales (G.I.A.´s) permiten la planificación, implantación y evaluación del proceso asistencial de forma no segmentada, es decir, teniendo en consideración también las actividades no asistenciales, utilizando como entorno el sistema ABQ, ya descrito.

El objetivo de las G. I. A.´s, es tener un instrumento de gestión dentro de este ámbito y la integración horizontal de los procesos asistenciales y que su planificación, implantación y revisión permita utilizar cualquiera de los modelos existentes de autoevaluación para poder identificar las áreas más ineficientes y susceptibles de mejora, debiéndose diferenciar las tareas clínicas de las no asistenciales aunque el análisis se realiza integrando todas ellas.

Las Guías Integradas Asistenciales constituyen una herramienta esencial para mejorar la práctica clínica, mejorando la calidad en la prestación de servicios sanitarios y reduciendo costes de la atención médica. Esta perspectiva requiere reducir el grado de variabilidad en la práctica clínica ya que, la actuación de los profesionales, influye más en los resultados que las características demográficas, de gravedad o de necesidad clínica de los pacientes. Además de los profesionales que intervienen con sus capacidades, habilidades, conocimientos, motivaciones, etc., en cada proceso, también intervienen otros componentes que están sujetos igualmente a un determinado grado de variabilidad.

La variabilidad, puede ser definida como la existencia de actuaciones que se alejan de los estándares aceptados, pudiendo incidir negativamente sobre la práctica médica disminuyendo la calidad asistencial.

El problema a resolver es conseguir que la variabilidad de cada actuación esté dentro de un límite, de forma que la variabilidad de los resultados esté situada también dentro de unos límites definidos estadísticamente.

Una Guía Integrada Asistencial, determina el conjunto de actividades asistenciales y no asistenciales, desde que comienza un episodio clínico hasta que el paciente recibe el alta médica, que son específicas para un conjunto homogéneo de pacientes que presentan la misma condición clínica.

En la Guía Integrada Asistencial queda identificado y estandarizado:

- ☞ Lugar de ejecución de las tareas (centro de responsabilidad).
- ☞ Persona que lo ejecuta (diferenciando según su cualificación)
- ☞ Momento de la ejecución (día y momento relacional).
- ☞ Recursos que se utilizan.

La elaboración de G. I. A.´s dentro del marco del ABQ y su implantación, así como la realización del estudio de las desviaciones al comparar la práctica habitual con los criterios estándares de “buena práctica” definidos en base a lo que en realidad se está haciendo, completa el círculo de Mejora Continua de la Calidad mediante la introducción de acciones correctoras y el pacto de nuevos objetivos a realizar o mejorar.

**La GUÍA INTEGRADA ASISTENCIAL es la traslación de la evidencia científica a un formato que nos permite definir cuál es la mejor práctica profesional en:**

- ✓ un momento dado,
- ✓ para una determinada población de enfermos,
- ✓ con una condición clínica específica
- ✓ un entorno definido.

La metodología propuesta a continuación para la elaboración de las G.I.A's se basa en la utilizada en cuatro hospitales del Insalud para dos procesos concretos:

- GRD 167- APENDICECTOMÍA SIN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC
- GRD 39- PROCEDIMIENTO SOBRE CRISTALINO CON/SIN VITRECTOMÍA

### 3.2. Metodología para la elaboración de una Guía Integrada Asistencial (G.I.A.)

A continuación se relacionan los pasos a seguir a la hora de elaborar un G.I.A. Posteriormente, se describen de forma detallada cada uno de ellos.

- 1** Involucrar al EQUIPO DIRECTIVO del hospital.
- 2** Designar un RESPONSABLE GLOBAL (R.g.) de la elaboración de las Guías Integradas Asistenciales (G.I.A.'s) en el hospital.
- 3** Designar un RESPONSABLE DEL DISEÑO (R.D.) del proceso con las siguientes funciones:
  - 3.1** Definición paciente estándar, inicio y fin, criterios de inclusión y exclusión y resultados esperados del proceso.
  - 3.2** Primera aproximación al mapa global del proceso, a través de:
    - Descripción básica del circuito del proceso y ponderación de los pacientes que siguen cada ruta principal.
    - Definición precisa de las actividades que realiza en el proceso, completando un cuestionario enviado por el responsable global, con la descripción de las tareas efectuadas y los recursos empleados en el mismo.
    - Identificación de todos los Servicios/Unidades que intervienen en el proceso.
- 4** Enviar la información elaborada por el responsable del diseño al responsable global.
- 5** Revisar, evaluar y completar la información recibida (R.G.).
- 6** Designar un representante de cada Servicio involucrado en el proceso. (r.g.)
- 7** Formar a los representantes de cada Servicio y profesionales de cada uno de ellos que van a participar en el proceso. (R.G.).
- 8** Enviar la información ya revisada y completada a cada representante de los Servicios (R.G.).
- 9** Identificar las actuaciones de su Servicio, de acuerdo a las actividades y tareas descritas por el responsable del diseño completando el mapa global del proceso. (R. Servicio.)
- 10** Identificar las actividades que llevan a cabo en su servicio y de los profesionales que las realizan. (R. servicio).

- 11** Facilitar a cada profesional de su Servicio que actúa en el proceso, la descripción de los circuitos del proceso, la descripción de las actividades que realiza el responsable de diseño y los cuestionarios a rellenar. (R. servicio)..  
*Cada actividad es desarrollada por el profesional que la realiza.*
- 12** Enviar los cuestionarios completados por cada profesional al representante del Servicio al que pertenece para su evaluación y revisión introduciendo posibles modificaciones.
- 13** Enviar los cuestionarios revisados por el representante de cada Servicio al responsable global.
- 14** Elaborar el flujograma del proceso con todas las actividades realizadas por cada profesional en el proceso. (R.G.)
- 15** Elaborar el flujograma del proceso al responsable del diseño y a los representantes de cada Servicio para su evaluación y revisión, reenviando éstos las posibles modificaciones al responsable global.
- 16** Integrar y completar la información de los cuestionarios a un formato adecuado constituyendo una primera aproximación a la Guía Integrada Asistencial. (R.G.).
- 17** Enviar la G.I.A. al responsable del diseño y representantes de cada Servicio para evaluación y revisión con la introducción de posibles modificaciones.
- 18** Enviar la G.I.A. co las modificaciones introducidas al responsable global que actualizará el flujograma.
- 19** Analizar el conjunto de la información recogida en la G.I.A. en una reunión multidisciplinar con el responsable del diseño y los representantes de cada Servicio.
- 20** Introducir posibles modificaciones surgidas en la G.I.A. en la reunión multidisciplinar y actualizar el flujograma del proceso (R.G.)



## METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

**F.1.****Involucrar en el proyecto de elaboración de G.I.A.'s al EQUIPO DIRECTIVO del Hospital.**

La gestión por procesos es algo más que una herramienta de gestión o de mejora y constituye una cultura de la organización sanitaria. Cambiar la gestión tradicional por la gestión por procesos es una transformación muy importante, siendo necesario para implantarlo un equipo de trabajo muy comprometido, con un gran liderazgo y compromiso directivo por parte de la organización sanitaria.

El cambio de rol de los directivos es fundamental para el éxito en la transformación de la organización sanitaria. El directivo tiene la responsabilidad de asegurar el desarrollo y motivación del equipo humano que tiene a su cargo, proveerlo de recursos, de formación y de la información necesaria para realizar la actividad.

La necesidad de liderazgo es imprescindible para la elaboración de las Guías Integradas Asistenciales, de manera que se mantenga la motivación y desarrollo del equipo de trabajo que participa en su elaboración, manteniendo siempre presente, con claridad y unidad, los objetivos de su realización.

**F.2.****Designar un RESPONSABLE GLOBAL de la elaboración de las G.I.A.'s en el Hospital**

Designar un RESPONSABLE GLOBAL de la elaboración de G.I.A.'s que, representando a la Dirección, haga las funciones de informar y de ser un referente en el proyecto. Toda la información aportada por el equipo de trabajo, se canalizará a dicho responsable, que actuará como elemento integrador de la misma.

Este profesional hace las funciones de "propietario" del mismo, es decir, es la persona del equipo que tiene la responsabilidad de mejorar continuamente el proceso asignado.

Sus funciones principales son:

- Definir y priorizar los procesos de mayor importancia para el centro hospitalario según la casuística prevista.

- Asumir la misión y responsabilidad del proceso, y asegurarse de la eficacia y eficiencia de una manera continua. La misión del proceso es el propósito del mismo y responde a las preguntas: qué, por qué y para quién.
- Mantener la relación con el resto de procesos y establecer requerimientos cliente-proveedor internos adecuados.
- Asegurar que el proceso está debidamente documentado y que la información se distribuye a todas las personas afectadas.
- Controlar y medir los resultados del proceso con la finalidad de mejorarlo continuamente realizando los cambios necesarios para conseguir un valor añadido tan elevado como sea posible.

F.3.

### Designar un RESPONSABLE DEL DISEÑO del proceso

El siguiente paso consiste en designar a un RESPONSABLE DEL DISEÑO del proceso, debiendo ser un facultativo de la especialidad del mismo, con las siguientes funciones:

#### 1 Definir el proceso asistencial a través de los siguientes conceptos:

- ☞ **Paciente Estándar:** son aquellas personas que recogen los flujos de salida del proceso exigiendo que haya funcionado correctamente y que haya aportado valor a los flujos procesados. Para definir a estas personas el responsable del proceso deberá reflejar las características que más frecuentemente se dan en los pacientes aquejados de la patología objeto de estandarización (de acuerdo a la experiencia y el histórico del hospital), siempre y cuando sean características que influyan de alguna manera en el desarrollo del proceso asistencial; ya sea en el consumo de recursos o en las actividades que se realizan, o que estén íntimamente relacionadas con su aparición.

Características como:

- Intervalo de edad.
- Sexo, si predomina uno de los dos.
- Hábitos tóxicos conocido (fumador, bebedor, etc.).
- Comorbilidades asociadas, como hipertensión, diabetes, etc.: se reflejarán solamente aquellas que estén presentes en al menos un 5 % de los pacientes, teniendo siempre presente, que sólo se incluirán aquellas que influyan en el desarrollo del proceso de alguna manera.

🗨️ **Inicio y Fin del Proceso:** es fundamental marcar claramente dónde empieza el proceso asistencial y dónde acaba, porque de lo contrario se corre el riesgo de meternos en otros procesos.

🗨️ **Criterios de Inclusión:** son aquellos criterios diagnósticos y de ingreso que debe cumplir el paciente para ser relacionado con el proceso.

🗨️ **Criterios de Exclusión:** son las características que al presentarse en un paciente hacen que dicho paciente quede excluido del estándar del proceso objeto de estandarización.

🗨️ **Resultados Esperados al alta del paciente:**

➡➡ **En términos de Salud:** debe reflejar qué se considera como resultado aceptable en términos fisiológicos, teniendo presente cuales son las necesidades y expectativas de los pacientes.

➡➡ **En términos de Gestión:** debe reflejar qué se considera como resultado aceptable en términos de duración de estancia, satisfacción del paciente al ser dado de alta, información que debe tener, etc.

Es útil, confiar en la experiencia pasada en procesos similares, consultar con los profesionales que realizan las actividades y utilizar la base de datos de la organización sanitaria para conocer qué es lo que se venía realizando hasta ahora.

A continuación y a modo de ejemplo, se muestra la definición de los anteriores conceptos para el GRD 167 y el GRD 39.

## EJEMPLOS PRÁCTICOS

**GRD 39 (Intervención sobre cristalino con/sin vitrectomía)**

**GRD 167 (Apendicectomía sin Diagnóstico Principal Complicado sin CC.)**

### Paciente estándar

Paciente sano que experimenta una disminución de la agudeza visual por debajo de 0,4 ó superior a 0,4 pero que la disminución de agudeza visual provocada por esta causa le impide poder hacer una vida normal o poder realizar su actividad habitual, es decir, que repercute en su calidad de vida según edad y condición. En ambos casos la única causa responsable de la pérdida de visión es la opacidad del cristalino. Asimismo, estos pacientes presentan patologías asociadas a este rango de edad (diabetes ID, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, EPOC, coagulopatías...) así como los hábitos tóxicos de la población general a esa edad.

Paciente de ambos sexos, previamente sano, que ingresa por Urgencias con un cuadro clínico compatible con apendicitis aguda: dolor abdominal de entre horas y pocos días de evolución que tiende a localizarse en fosa iliaca derecha. Se acompaña de alteraciones digestivas que van desde la anorexia a la presencia de náuseas o vómitos, siendo infrecuente la alteración del ritmo intestinal.

Tras el estudio preoperatorio, en donde el análisis de sangre muestra leucocitosis con neutrofilia, el sedimento urinario es normal, aunque excepcionalmente puede objetivar la presencia de una leve hematuria y/o piuria, la radiografía de abdomen puede ser normal, aunque en ocasiones muestra fecalito radiopaco en cuadrante inferior derecho, cierta escoliosis lumbar por contractura antiálgica, e íleo paralítico regional y en la ecografía se observa, en ocasiones, apéndice con luz ocupada, pared engrosada y fecalito en su interior y mediando o no un periodo de observación clínica, se diagnostica de apendicitis aguda y es intervenido quirúrgicamente hallándose apendicitis aguda no complicada. Se practica apendicectomía no existiendo peritonitis regional o localizada.

### Inicio del proceso

El proceso se inicia con la visita del paciente en Consultas Externas donde se indica la cirugía.

Primera consulta en urgencias.

### Fin del proceso

El proceso termina con la revisión del paciente y graduación óptica en Consulta Externa.

Consulta externa posthospitalización donde se retiran los puntos.

**GRD 39 (Intervención sobre cristalino con/sin vitrectomía)**

**GRD 167 (Apendicectomía sin Diagnóstico Principal Complicado sin CC.)**

**Crterios Inclusión**

- **Objetivos:** Basados en la medida de su AV corregida y siempre que sea la catarata la única responsable de la disfunción visual.
    - Disminución de la agudeza visual por debajo de 0,4.
    - Indicación urgente por patología secundaria inducida por la catarata.
    - Indicación para permitir estudio y tratamiento de otras enfermedades oculares.
  - **Subjetivos:**
    - Disminución de la agudeza visual >0,4, pero con dificultad para desarrollar actividades laborales u otras que puedan repercutir sobre su calidad de vida según edad y condición.
  - **Educacionales, Organizativos o Sociales:**
    - El paciente debe estar informado sobre los riesgos y beneficios de la cirugía y valorar si la mejoría esperada supera los riesgos potenciales, costos e inconvenientes de la cirugía.
- Paciente previamente sano que presenta un cuadro clínico compatible con un episodio de apendicitis aguda no complicada.
  - La exploración física efectuada por el facultativo debe sugerir la presencia de un proceso inflamatorio agudo en FID con indicación de intervención quirúrgica urgente.
  - Necesidad de realizar una laparotomía selectiva sobre FID.
  - Hallazgo operatorio de inflamación aguda limitada al apéndice ileocecal.
  - Ausencia de complicaciones postoperatorias.

**GRD 39 (Intervención sobre cristalino con/sin vitrectomía)**

**GRD 167 (Apendicectomía sin Diagnóstico Principal Complicado sin CC.)**

**Criterios Exclusión**

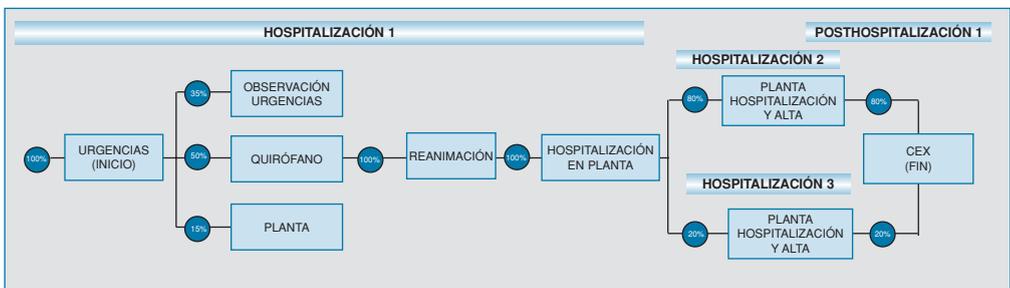
- Patología ocular asociada que repercuta en su déficit visual.
- Catarata congénita.
- Cuadro clínico con una evolución superior a las 48 horas.
- Asociación con enfermedad crónica o intercurrente grave (Diabetes ID, cardiopulmonar severa, metabólica, IRC....) que pueda alterar sustancialmente la rutina del postoperatorio.
- Apendicectomía incidental en el seno de otra enfermedad pélvica.
- Laparotomía no selectiva sobre FID.
- Presencia de complicaciones postoperatorias.
- Hallazgo operatorio de proceso inflamatorio no limitado al apéndice ileocecal (peritonitis regional o generalizada).

**Resultados Esperados**

- Mejoría de la agudeza visual (dependiendo del caso y patología ocular asociada).
- Mejoría de la calidad de vida en el 90% de los pacientes.
- Postoperatorio con evolución favorable.
- Grado de satisfacción del paciente al ser dado de alta.
- Desaparición del cuadro clínico con curación y sin posibilidad de recurrencia de la enfermedad.
- Periodo postoperatorio sin complicaciones (deambulación y alimentación oral precoces).
- Cicatrización primaria y sin infección de la herida operatoria.
- Alta sin secuelas.
- Alta hospitalaria dentro entre el 2º y 6º día de postoperatorio.
- Reincorporación socio-laboral plena antes de la 4ª semana de postoperatorio.
- Satisfacción del paciente al ser dado de alta.

**2** El responsable del diseño del proceso debe hacer una primera aproximación al mapa global a través de:

☞ Descripción de los posibles circuitos que recorre el paciente a lo largo del proceso con el porcentaje de los pacientes que siguen cada circuito establecido (Ponderación de Pacientes).



☞ Definición precisa de las actividades que realiza desde el inicio al fin del proceso completando un cuestionario, que será entregado por el responsable global, por actividad que realice. La actividad debe quedar definida con la descripción de las tareas efectuadas, los recursos empleados (tiempo, materiales y medicamentos) y el día y orden de realización.

La descripción de estas actividades por el responsable del diseño del proceso es fundamental para que los representantes de cada Servicio o Unidad, como veremos más adelante, puedan completar el mapa global del proceso con las actuaciones que se realizan en su Servicio, ya que éstas, siempre estarán basadas en la demanda de servicios generada en el diagnóstico y tratamiento del paciente (actividades siempre realizadas por el facultativo especialista del proceso y responsable de su diseño).

A continuación se muestra la definición de actividad y de tarea así como, unos ejemplos prácticos de las mismas.

## Actividad

Es el conjunto de tareas necesarias para la realización eficaz e integradora de los procesos, dentro de todas las unidades de la organización sanitaria, encaminadas a mejorar continuamente la entrega de los servicios que satisfagan las necesidades del paciente/usuario.

Una actividad describe lo que hace la Organización Sanitaria, es decir, la forma en que emplea el tiempo y los recursos para alcanzar sus objetivos. Su función principal es convertir los recursos (materiales, mano de obra y tecnología) en productos/servicios.

Las actividades se emplean para descomponer los procesos en estructuras sencillas para que estos sean comprensibles y tratables. Las actividades, bien definidas, tienen el tamaño adecuado para su gestión desde el punto de vista del rendimiento para alcanzar la Excelencia de la Institución Sanitaria.

## Tarea

Una tarea es la combinación de elementos de trabajo u operaciones con un fin determinado que componen una actividad, en otras palabras, una tarea es la forma en que se realiza una actividad.

Para que un conjunto de tareas conformen una actividad, éstas deben ser realizadas por la misma categoría profesional, que dicho profesional pertenezca al mismo GFH / Centro de Coste, que su realización tenga lugar el mismo día y en un momento determinado (sólo si para llevar a cabo la actividad es necesaria la realización previa, en ese mismo día, de otra actividad por otro profesional).

Los siguientes ejemplos, basados en el GRD 167, muestran como una serie de tareas constituyen una actividad y como estas se deben agrupar en una u otra actividad para no perder información que repercuta negativamente en la evaluación del proceso:

## EJEMPLOS PRÁCTICOS

### **ACTIVIDAD 1**

#### **ACTIVIDAD: 1.ª Atención del paciente en urgencias y petición de pruebas**

##### **TAREAS:**

- ↵ Examen documentación clínica
- ↵ Historia Clínica
- ↵ Exploración e inspección visual del paciente
- ↵ Petición de pruebas:
  - Placa tórax p/a y L
  - Placa abdomen
  - Analítica completa
  - ECG
  - Ecografía abdominal

☞ *Todas las tareas descritas constituyen una única actividad ya que son realizadas por un Facultativo (misma categoría profesional), perteneciente al mismo GFH o Centro de Coste: Cirugía General y Digestiva, siendo realizadas el mismo día (día de ingreso del paciente por urgencias) y en el mismo momento del día.*

## ACTIVIDAD 2

### ACTIVIDAD: 2.ª Atención del paciente en urgencias y valoración de pruebas

#### TAREAS:

- ↪ Exploración y decisión sobre la intervención: valoración de pruebas
- ↪ Consentimiento informado
- ✎ *Todas las tareas descritas constituyen una única actividad ya que son realizadas por un Facultativo (misma categoría profesional), perteneciente al mismo GFH o Centro de Coste: Cirugía General y Digestiva, siendo realizadas el mismo día (día de ingreso del paciente por urgencias) y en el mismo momento del día.*
- ✎ *Las tareas de la Actividad 2 no pueden agruparse con las tareas de la actividad 1, constituyendo una única actividad, ya que para la realización de las tareas de la Actividad 2 es necesario la realización de otras actividades o conjunto de tareas por otros profesionales de otras Unidades / Servicios: Radiología, Laboratorio, etc. realizando las pruebas solicitadas previamente por el cirujano para su posterior evaluación.*

No siempre el momento de la realización de las tareas en un mismo día es un factor que condiciona que unas tareas pasen a formar parte de una actividad nueva. Esto es debido a que, en ocasiones, el momento de realización de las mismas a lo largo de un mismo día, no afecta al correcto desarrollo del proceso. Como ejemplo, podemos tomar las tareas realizadas por la Unidad de Enfermería durante el 2º día de postoperatorio de un paciente:

### ACTIVIDAD 3

#### ACTIVIDAD: Cuidados de enfermería en hospitalización día 2

##### TAREAS:

- ↺ Supervisión higiénica
- ↺ Ayuda parcial para levantarse
- ↺ Estimular la deambulación
- ↺ Control de constantes
- ↺ Retirar vía periférica
- ↺ Vigilar signos y síntomas de inflamación y/o hemorragia
- ↺ Información del estado del paciente a Cirugía General y Digestiva
- ↺ Preparación material de curas
- ↺ Cura de revisión quirúrgica
- ↺ Administración medicación oral
- ↺ Vigilar dieta
- ↺ Transcripción órdenes médicas
- ↺ Registro evolución del paciente en dossier de enfermería
- ↺ Recogida de documentación de Hª Clínica
- ↺ Valoración y entrega informe de enfermería al alta

☞ *Los cuidados de enfermería de un día completo se han agrupado en una sola actividad, ya que la intervención de una u otra Unidad/Servicio no influye en el momento de realización de dichos cuidados, es decir, los cuidados al paciente no están condicionados por la realización de otras actividades.*

Todas las actividades que se definan deben estar ponderadas, es decir, el responsable del diseño debe definir a que porcentaje de pacientes sobre el total de pacientes que siguen un determinado circuito se realiza cada actividad (*Ponderación Actividad Aplicada*) y dentro de cada una de estas actividades a que porcentaje de pacientes se realiza cada tarea (*Ponderación Tarea*) y se emplea cada material descrito (*Ponderación Material*).

### EJEMPLO PRÁCTICO GRD 167

#### ACTIVIDAD: Atención del paciente en observación de urgencias

| TAREAS:                                       | PONDERACIÓN TAREA |
|-----------------------------------------------|-------------------|
| ↻ Exploración paciente.....                   | ↻ 100%            |
| ↻ Ayuda parcial para levantarse .....         | ↻ 100%            |
| ↻ Petición placa tórax p/a e l. abdomen ..... | ↻ 25%             |

☞ *La ponderación de la Actividad Aplicada es del 100% ya que, en todos los casos, los pacientes en observación de urgencias vuelven a ser atendidos por el facultativo especialista que decide sobre la intervención.*

☞ *Todas las tareas se realizan al 100% de los pacientes que son atendidos en observación de urgencias excepto la petición de placa de tórax y abdomen que sólo se hace para el 25% de los pacientes.*

La entrega de cuestionarios al responsable del diseño y, posteriormente y como veremos más adelante, a los representantes de cada Servicio involucrado, se realiza para facilitar la recogida de información, la posterior revisión de la misma por el responsable global y para evitar retrasos en la elaboración de la G.I.A. por falta de información.

A continuación, a través del ejemplo “Cuestionario 1”, se muestra el formato del cuestionario que se entrega al responsable del diseño del proceso para que describa en cada uno de ellos cada una de las actividades que realiza a lo largo del proceso (desde el inicio al fin):

## EJEMPLO PRÁCTICO GRD 167

### Cuestionario 1

**GRD: 167- APENDICECTOMÍA SIN DIÁGNOSTICO PPAL. COMPLICADO SIN CC.**

**GRUPO FUNCIONAL (GFH): Cirugía General y Disggestiva (CGD)**

**Actividad: Primera atención del paicente en urgencias y petición de pruebas PONDERACIÓN ACTIVIDAD: 100%**

#### CATEGORÍA DE PERSONAL

##### PERSONAL SANITARIO (Marcar con x)

|                    |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|
| Facultativo        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| MIR                | <input type="checkbox"/>            |
| Técnico            | <input type="checkbox"/>            |
| DUE                | <input type="checkbox"/>            |
| Aux. Enfermería    | <input type="checkbox"/>            |
| Otro (especificar) | <input type="text"/>                |

##### PERSONAL NO SANITARIO (Marcar con x)

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Administrativo         | <input type="checkbox"/> |
| Secretaría de Servicio | <input type="checkbox"/> |
| Celador                | <input type="checkbox"/> |
| Titulado Superior      | <input type="checkbox"/> |
| Titulado Medio         | <input type="checkbox"/> |
| Otros (especificar)    | <input type="text"/>     |

DÍA:

ORDEN: 1

|                     | (marcar con X)                      | DÍA (número)         |
|---------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Preshospitalización | <input type="checkbox"/>            | <input type="text"/> |
| Hospitalización     | <input checked="" type="checkbox"/> | 1                    |
| Posthospitalización | <input type="checkbox"/>            | <input type="text"/> |

#### TAREAS

| DESCRIPCIÓN                        | Cantidad (1) | TIEMPO | UNIDAD  | PONDERACIÓN |
|------------------------------------|--------------|--------|---------|-------------|
| Examen de la documentación clínica | 1            | 5      | Minutos | 100%        |
| Inspección visual                  | 1            | 3      | Minutos | 100%        |
| Exploración ambulatoria            | 1            | 15     | Minutos | 100%        |
| Petición pruebas:                  |              |        |         |             |
| – Placa de tórax p/a y L.          | 1            | 1      | Minutos | 100%        |
| – Placa de abdomen                 | 1            | 1      | Minutos | 100%        |
| – Análítica completa               | 1            | 1      | Minutos | 100%        |
| – Ecografía abdominal              | 1            | 1      | Minutos | 30%         |
| – ECG                              | 1            | 1      | Minutos | 50%         |

(1) AxB: A) número de veces que se realiza la tarea en un mismo día y B) Número de personas que realizan esa tarea cada vez

#### TAREAS

| DESCRIPCIÓN | Cantidad (2) | VOLUMEN | UNIDAD (4) | PONDERACIÓN |
|-------------|--------------|---------|------------|-------------|
|             |              |         |            |             |

(2) Los medicamentos se recogerán en la hoja de Facultativos/MIR  
Los materiales se recogerán en las demás hojas (enfermería/Técnicos,...)

(4) A elegir del listado de unidades de la siguiente página

(3) (A): Número de unidades que se consumen o utilizan en la consecución de las tareas

 **DEFINICIÓN DE CONCEPTOS**

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ACTIVIDAD</b>                      | <b>Descripción general de la actuación en un proceso, de un profesional en un momento dado</b>                                                                                                                                 |
| <b>CATEGORÍA PROFESIONAL</b>          | Identificar la categoría profesional (personal sanitario: facultativo, DUE, auxiliar de enfermería, etc. o no sanitario: auxiliar administrativo, celador, etc.) de la persona que realiza la actividad que se está definiendo |
| <b>CENTRO COSTE/ GFH</b>              | Señalar el centro de costo o GFH (depende de la estructura del hospital) al que pertenece la persona que realiza la actividad.                                                                                                 |
| <b>DÍA</b>                            | Señalar si la actividad se realiza durante los días de prehospitalización, hospitalización o posthospitalización indicando si es el primer día, el segundo o el que corresponda de cada categoría del día.                     |
| <b>PONDERACIÓN ACTIVIDAD APLICADA</b> | Porcentaje de pacientes sobre los que se realiza la actividad.                                                                                                                                                                 |
| <b>ORDEN DE LA ACTIVIDAD</b>          | Indicar sólo en el caso de que el mismo profesional realice, durante el mismo día, más de una actividad. Refleja el momento de realización de la actividad.                                                                    |
| <b>TAREAS</b>                         | <b>Descripción detallada de la actuación, en un proceso, de un profesional en un momento dado</b>                                                                                                                              |
| <b>CANTIDAD</b>                       | Nº de veces que se realiza esa tarea en un mismo día multiplicado por el número de personas que realizan la tarea cada vez.                                                                                                    |
| <b>TIEMPO</b>                         | Duración de cada tarea                                                                                                                                                                                                         |
| <b>UNIDAD</b>                         | Minutos                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>PONDERACIÓN</b>                    | % de pacientes sobre los que se realiza una determinada tarea                                                                                                                                                                  |
| <b>MATERIALES</b>                     | <b>Descripción de los recursos sanitarios y/o no sanitarios que se utilizan en la realización de las tareas</b>                                                                                                                |
| <b>CANTIDAD</b>                       | N.º de Unidades completas de cada material empleado que se utiliza                                                                                                                                                             |
| <b>VOLUMEN</b>                        | Parte del envase que se utiliza, siendo el volumen 1 cuando se utiliza por completo                                                                                                                                            |
| <b>UNIDAD</b>                         | Indicar la unidad de medida (envase, botella, g, Kg, l, ml, cc, unidad, par, vial, etcétera).                                                                                                                                  |
| <b>PONDERACIÓN</b>                    | % de pacientes con los que se utiliza un determinado material.                                                                                                                                                                 |

- ✎ El responsable del diseño del proceso debe establecer todos los Servicios o Unidades que intervienen en el proceso, basándose en la descripción que ha hecho de las actividades que realiza en el diagnóstico y tratamiento del enfermo.

## **EJEMPLO PRÁCTICO**

En el GRD 167 (Apendicectomía sin Diagnóstico principal Complicado sin CC), el responsable del diseño del proceso realiza la descripción de las siguientes actividades a través de los cuestionarios que le entrega el responsable global:

### **HOSPITALIZACIÓN 1**

- 1 ACTIVIDAD: Primera atención del paciente en urgencias y petición de pruebas

**TAREAS:**

- Examen de la documentación clínica
- Inspección visual
- Exploración ambulatoria
- Petición pruebas:
  - Placa de tórax p/a y L.
  - Placa de abdomen
  - Analítica completa
  - Ecografía abdominal
  - ECG

**MATERIALES:**

- 2 ACTIVIDAD: Segunda atención del paciente en urgencias, valoración de pruebas y decisión de intervención.

**TAREAS:** ...

**MATERIALES:** Profilaxis cefalosporina

- 3 ACTIVIDAD: Intervención quirúrgica

**TAREAS:**

- Entrar, lavar las manos, cambio de vestimenta
- Colocación del paciente
- Operación, tiempo entre corte y sutura incluido vendaje y toma de muestra para biopsia

**MATERIALES:** Profilaxis cefalosporina

- 4 ACTIVIDAD: Visita de control postintervención en hospitalización

**TAREAS:** ...

**MATERIALES:** Profilaxis cefalosporina

### **HOSPITALIZACIÓN 2**

- 5 ACTIVIDAD: Visita de control en hospitalización día siguiente a la intervención y alta

**TAREAS:** ...

**MATERIALES:** Analgésico

### **HOSPITALIZACIÓN 3**

- 6 ACTIVIDAD: Revisión del paciente en Consultas Externas y retirada de puntos

**TAREAS:** ...

**MATERIALES:**

### **POSTHOSPITALIZACIÓN 1**

- 6 ACTIVIDAD: Revisión paciente en CEX y retirada de puntos

**TAREAS:** ...

**MATERIALES:**

Los Servicios que a simple vista intervienen en el proceso de acuerdo a las actividades, tareas y materiales que define el responsable del diseño del proceso son:

- ↗ Cirugía General y Digestiva (responsable del diseño)
- ↗ Medicina Interna
- ↗ Urgencias
- ↗ Radiología
- ↗ Análisis Clínicos
- ↗ Hematología
- ↗ Anatomía patológica
- ↗ Anestesia y Reanimación
- ↗ Quirófanos
- ↗ Farmacia
- ↗ Unidad Hospitalización
- ↗ Consultas Externas

Como veremos más adelante quedan servicios que realizan actividades no asistenciales que faltan por identificar.

**F.4. Enviar la información elaborada por el responsable del diseño del proceso al responsable global**

La información elaborada por el responsable del diseño del proceso referente a la definición de:

- ↗ Paciente estándar, inicio y fin, criterios de inclusión y exclusión y resultados esperados.
- ↗ Actividades que realiza con las tareas y materiales que emplea.
- ↗ Servicios o Unidades que intervienen en el proceso

debe enviarla al responsable global para su revisión y evaluación, completándose en caso necesario siempre con la aprobación final del responsable del diseño del proceso.

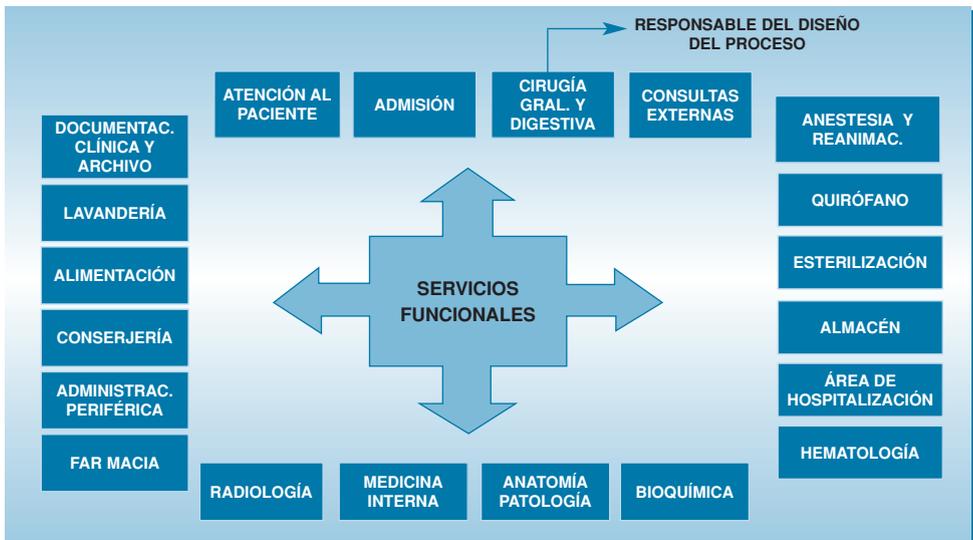
**F.5.**

**Revisar, evaluar y completar la información recibida (R.G.)**

Una vez que el responsable global recibe la información inicial de un proceso por parte del responsable del diseño del mismo, tiene la labor de revisar que los conceptos de paciente estándar, inicio y fin, criterios de inclusión y exclusión y resultados esperados han sido definidos correctamente, haciendo especial hincapié en la definición de paciente estándar ya que de este concepto se desprenden las actuaciones de los profesionales que intervienen en el proceso.

Así mismo, debe revisar que la definición de actividades y tareas está bien estructurada y en caso contrario corregir de acuerdo a las definiciones de actividad y tarea anteriormente expuestas en este documento.

Dada la importancia de que se encuentren identificados todos los Servicios involucrados en el proceso, el responsable global tendrá también la labor de revisar que han sido incluidos todos aquellos Servicios que intervengan en el proceso ya sea realizando actividades asistenciales o no asistenciales (alimentación, atención al paciente, conserjería, etc.).



El responsable global debe de hacer una primera aproximación al mapa global del proceso con la información recibida de las actividades que realiza el responsable del diseño en el proceso.

**F.6. Designar un representante de cada Servicio involucrado en el proceso (R.G.)**

El responsable global designará un REPRESENTANTE DE CADA SERVICIO/UNIDAD que interviene en el proceso, según lo establecido por el responsable del diseño del mismo. Cada uno de ellos, desempeñará la labor de:

- ✓ Establecer las actividades que son realizadas en su Servicio en términos generales, es decir, sin especificar quién las realiza o cómo se realizan (tareas y recursos), completando el mapa global del proceso.
- ✓ Definir, a través de actividades y posteriormente de tareas y recursos empleados, su intervención, si es que existe, a lo largo del proceso.
- ✓ Servir de interlocutor entre los profesionales que intervienen en el proceso del Servicio al que representa y que deben describir posteriormente las actividades que realizan y el responsable global y el responsable del diseño del proceso.

**F.7. Formar a los representantes y profesionales de cada servicio que participan en el proceso**

Una fase igualmente importante a la hora de implementar en una organización un sistema de gestión de procesos, a través de la estandarización de las actividades mediante la elaboración de Guías Integradas Asistenciales, es la formación e información que se facilite sobre el diseño, análisis y gestión de los procesos a los equipos de trabajo encargados de la elaboración de las mismas.

Los profesionales tienen que conocer con exactitud los objetivos que se persiguen con la elaboración de las G.I.A.'s y comprender la necesidad de cambio en la cultura de la organización sanitaria para conseguir, de esta manera, alcanzar la Excelencia de la misma a través de la mejora continua de los procesos que tienen lugar en ella.

La formación y el fácil acceso a la información que sea requerida, motiva a los profesionales ya que se sienten más involucrados e identificados con el objetivo de la organización. La formación a los equipos de trabajo debe ir orientada a:

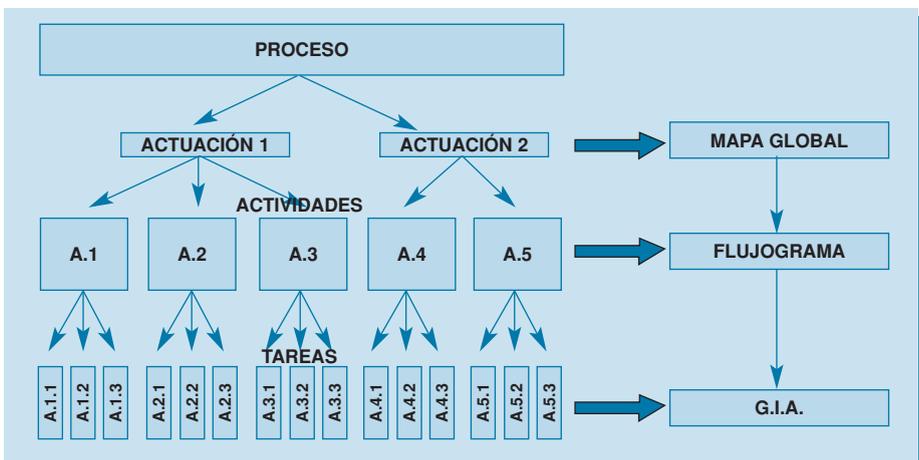
- ✓ Definición del modelo conceptual y planificación de lanzamiento.
- ✓ Interiorización del modelo de Gestión Basada en la Calidad (ABQ) y la Guía Integrada Asistencial (G.I.A.).
- ✓ Definición de procesos de mayor importancia para el centro hospitalario según la casuística prevista.
- ✓ Análisis y definición de los GFH/Centros de Coste de organización sanitaria

**F.8. Enviar información ya revisada y completada a cada representante de los Servicios (R.G.)**

**F.9. Identificar las actuaciones de su Servicio, de acuerdo a las actividades y tareas descritas por el responsable del diseño completando el mapa global del proceso (R. Servicio)**

Cada uno de los representantes de los Servicios que intervienen en el proceso desempeñará la labor de establecer las actuaciones que son realizadas en su Servicio en términos generales, es decir, sin especificar quién las realiza o cómo se realizan (tareas y recursos), completando el mapa global del proceso.

Cada actuación definida por cada Servicio puede estar formada por varias actividades realizadas por distintos profesionales las cuales se definirán posteriormente formando de esta manera el flujograma del proceso. Cada actividad, a su vez, se definirá a través de la descripción de las tareas que se realizan y los recursos que se emplean.



La información elaborada por cada responsable de Servicio referente a las actuaciones realizadas por los profesionales de su Unidad debe ser enviada al responsable global para que complete el mapa global del proceso.

 **EJEMPLO:**

Si el responsable del diseño del proceso establece que solicita que se le haga una placa de tórax p/a y l. y otra de abdomen a todos los pacientes que entran por urgencias con un cuadro clínico compatible con apendicitis aguda, el responsable del Servicio de Radiología definirá como actuación de su Servicio: Realización de las pruebas radiológicas.

A su vez, esta actuación está formada por varias actividades realizadas por diferentes profesionales (técnicos especialistas de radiología, radiólogo, etc.). El responsable del Servicio deberá posteriormente identificar dichas actividades estableciendo qué profesionales las realizan, para que sean ellos mismos, como veremos más adelante, los que las describan a través de las tareas y materiales que emplean.

A continuación se muestran dos mapas globales del GRD 167 (Apendicectomía sin diagnóstico principal complicado sin CC) y del GRD 39 (Intervención sobre cristalino con/sin vitrectomía) de dos hospitales de la red Insalud donde se observa como quedan identificados los diferentes Servicios que intervienen en cada proceso y las diversas actuaciones llevadas a cabo por los profesionales de cada uno de esos Servicios:

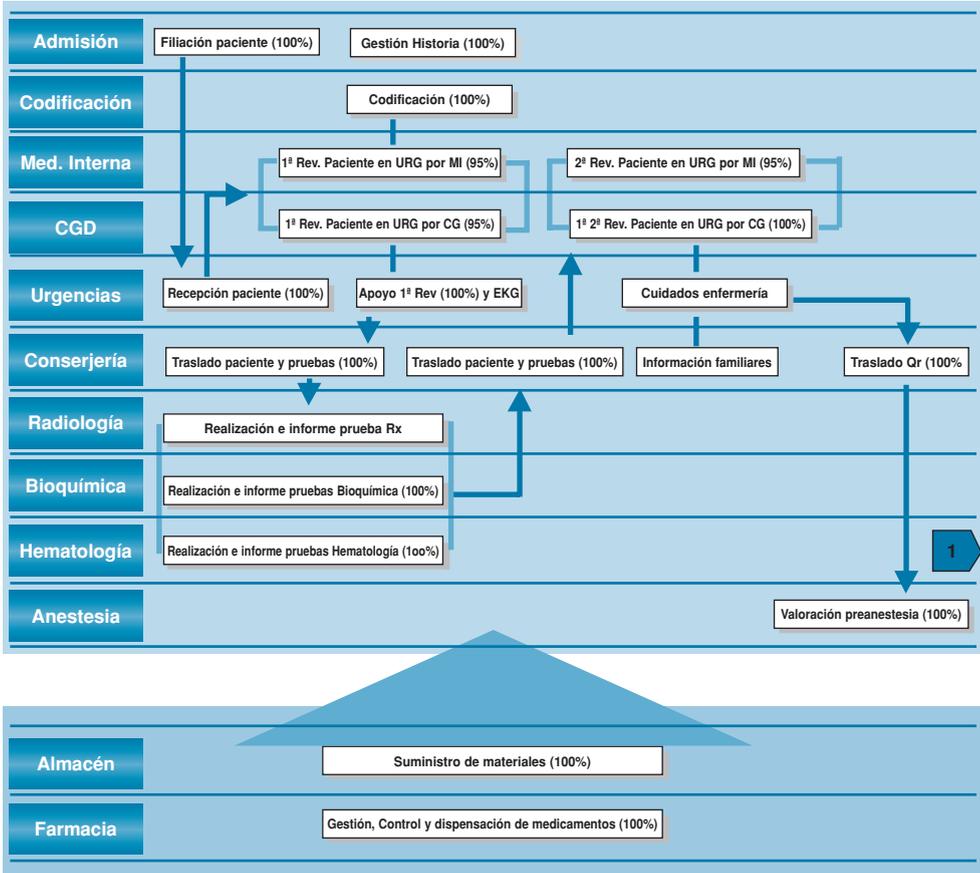
## EJEMPLO PRÁCTICO

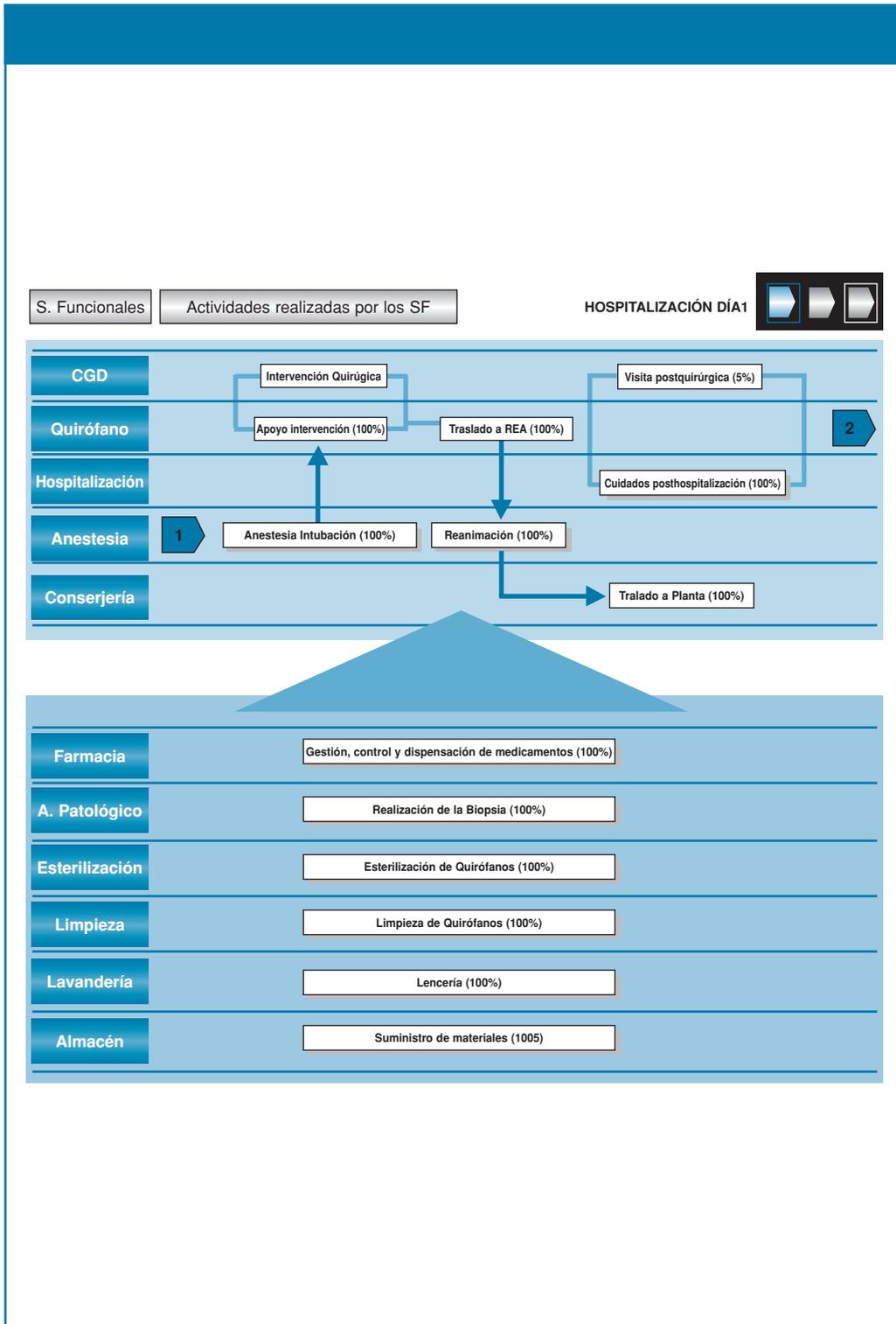
### GRD 167 (Apendicectomía sin Diagnóstico Principal Complicado sin C.C)

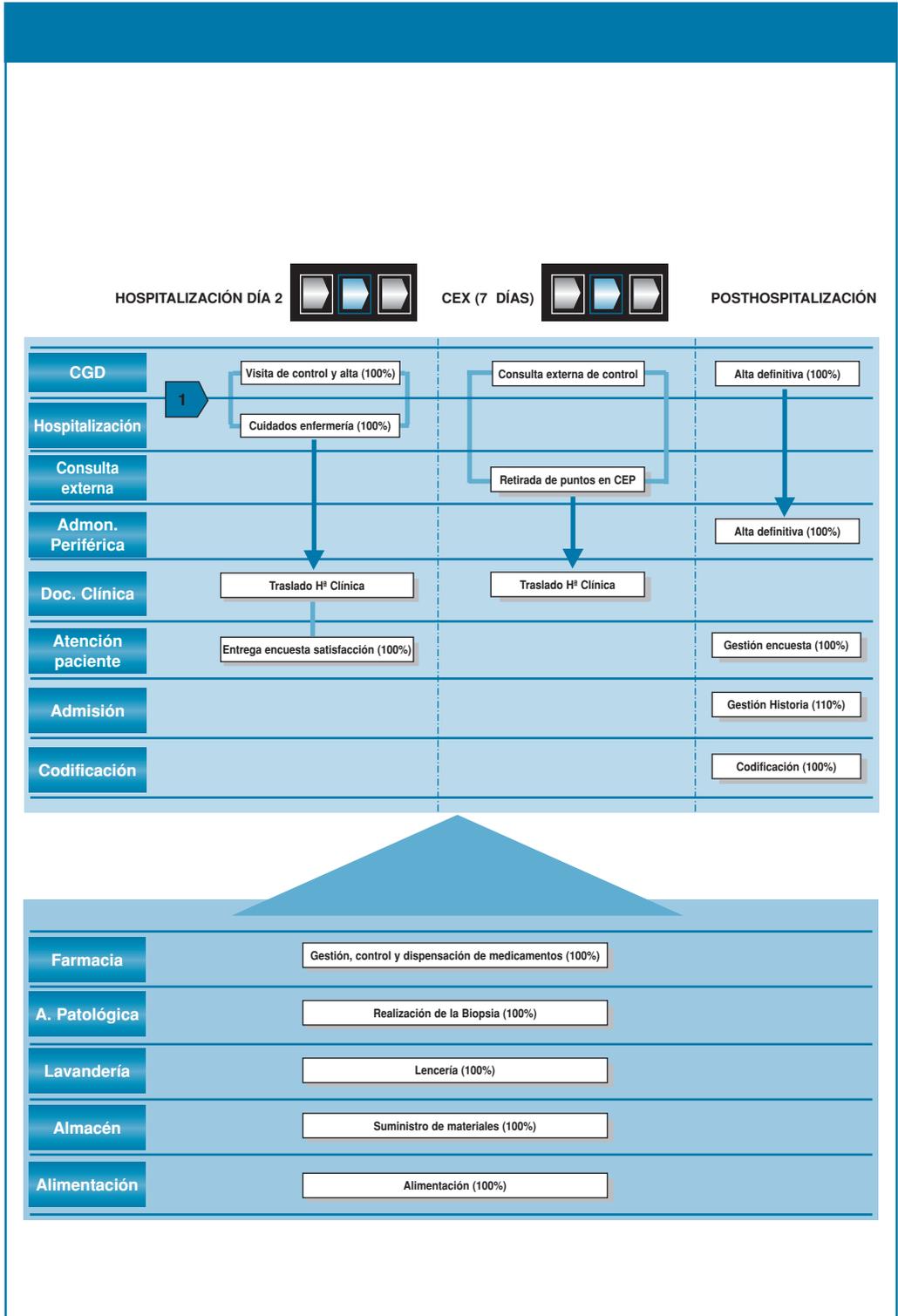
S. Funcionales

Actividades realizadas por los SF

HOSPITALIZACIÓN DÍA1

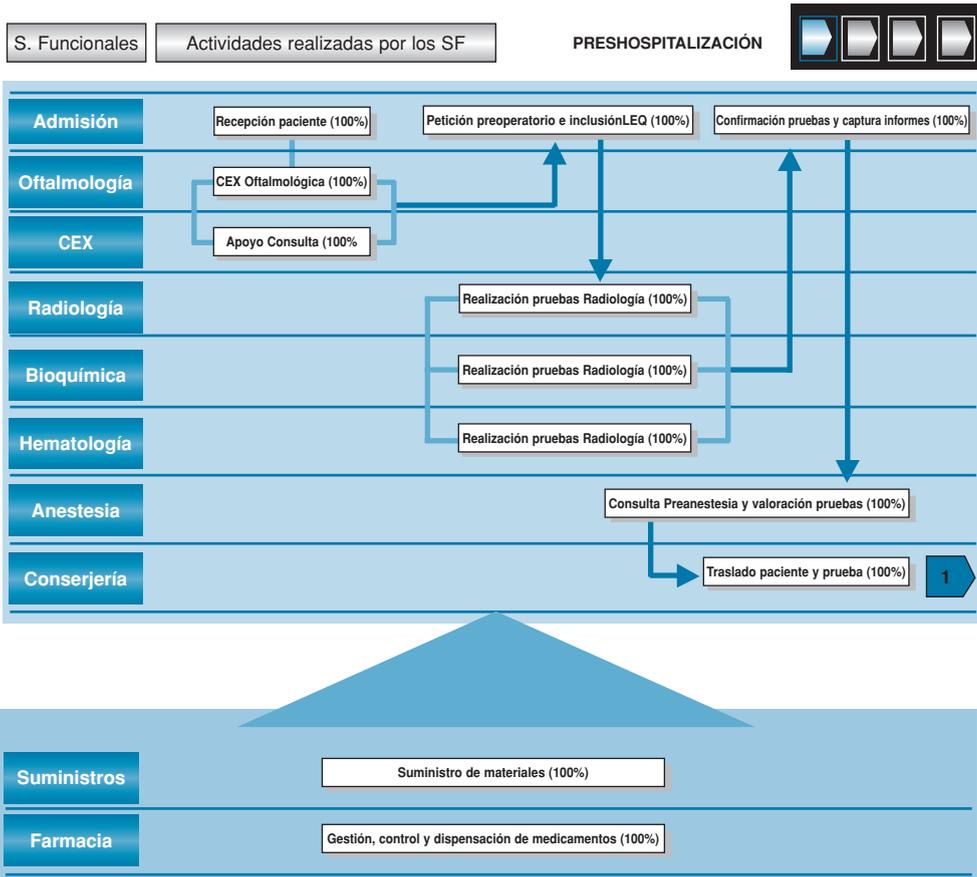


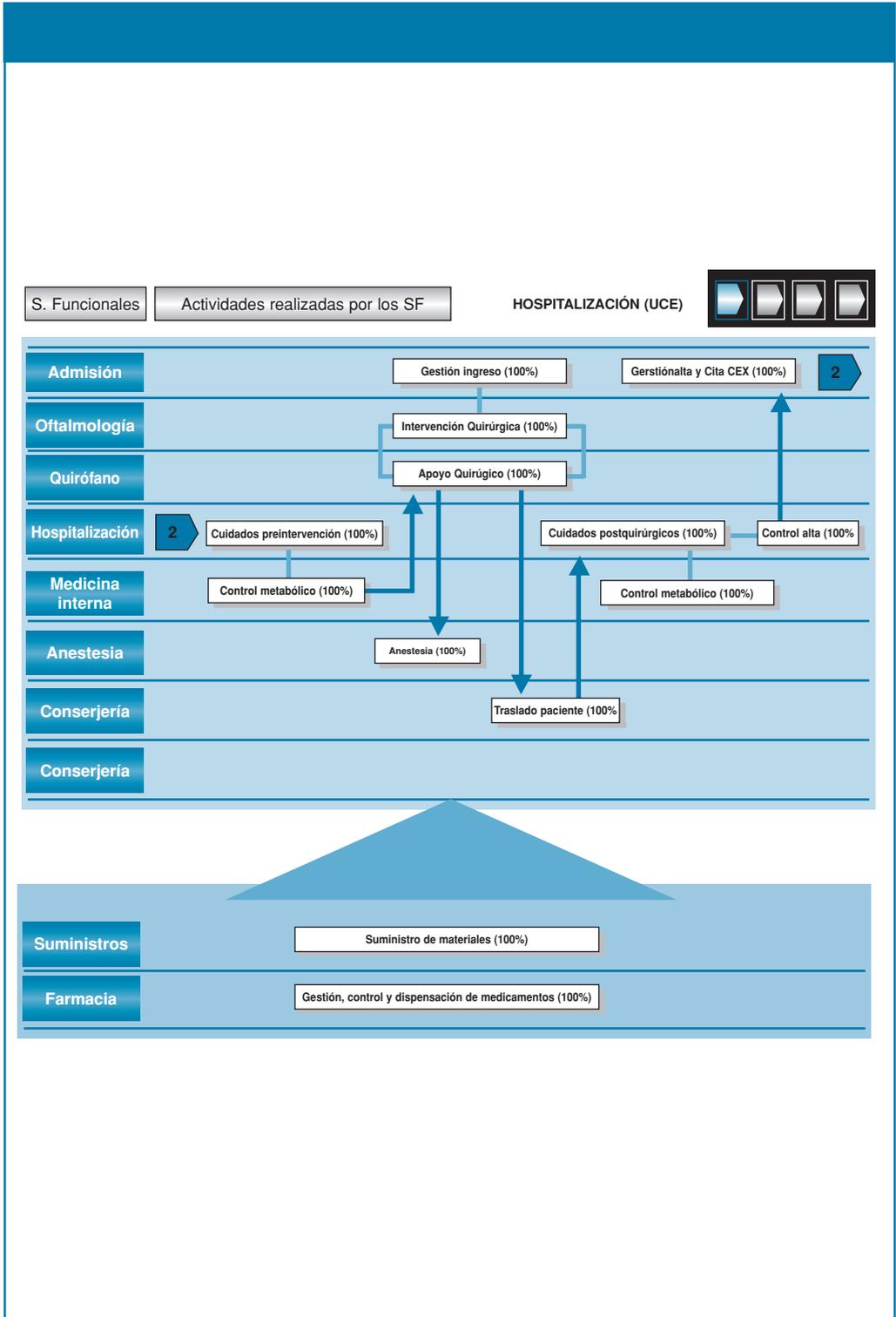


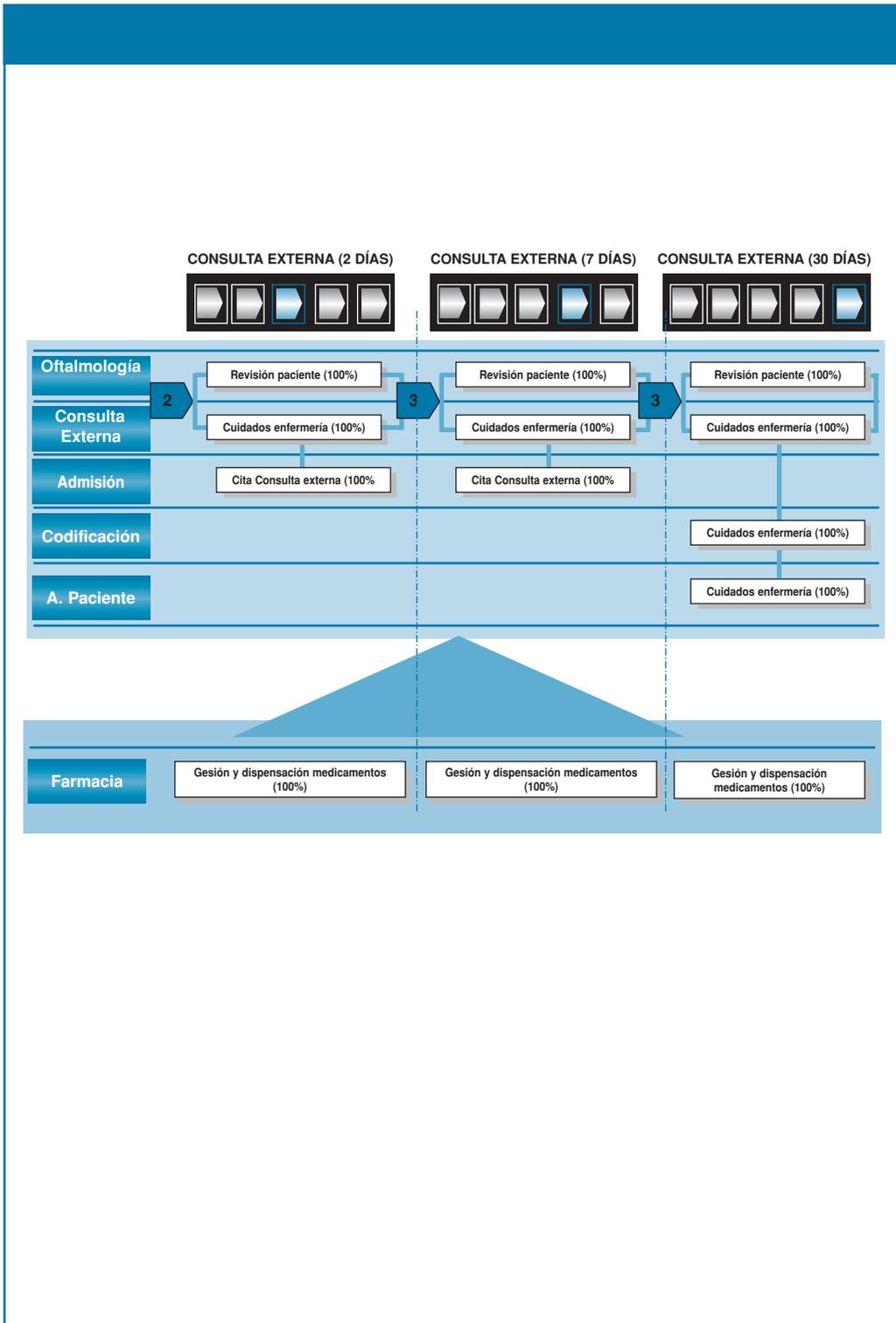


## EJEMPLO PRÁCTICO

### GRD 39 (Intervención sobre cristalino con/sinvitrectomía)





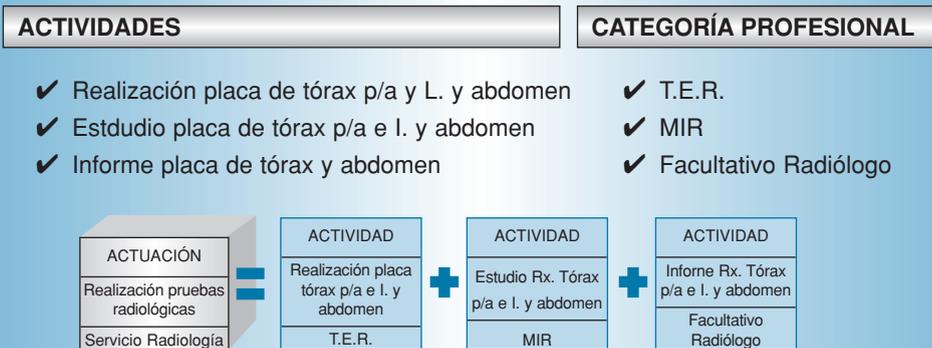


**F.10 Identificar las actividades que llevan a cabo en su Servicio y los profesionales que las realizan (R. Servicio).**

Es tarea del responsable de cada Servicio involucrado en el proceso, identificar las actividades que componen cada actuación establecida, así como establecer qué profesionales son los que realizan cada una de estas actividades indicando la categoría profesional.

**EJEMPLO:**

ACTUACIÓN: Realización pruebas radiológicas



**F.11. Facilitar a cada profesional de su Servicio que actúa en el proceso la descripción de los circuitos del proceso, la descripción de las actividades que realiza el responsable del diseño y los cuestionarios a rellenar con las tareas que efectúan y los recursos que emplean (R. Servicio)**

A los profesionales de cada servicio en el proceso, el responsable designado del mismo les hace entrega de unos cuestionarios, con el mismo formato que los entregados al responsable del diseño del proceso (ver página 34 y 35), que deberán rellenar definiendo cada actividad que realicen para:

- ✓ Establecer para cada actividad que sea definida, el porcentaje de pacientes a los que se realiza la actividad (*Ponderación Actividad Aplicada*).
- ✓ Describir las actividades que realizan a través de las tareas que llevan a cabo y los recursos que emplean (tiempo y material).
- ✓ Establecer el porcentaje de pacientes a los que se realiza cada tarea y se emplea cada material.
- ✓ El día y momento de realización de cada actividad.
- ✓ La categoría profesional que realiza cada actividad.
- ✓ El Servicio al que está adscrito el profesional que realiza la actividad.

Es importante que cada actividad sea desarrollada por el profesional que en la práctica diaria la realiza ya que es el perfecto conocedor de la misma.

Los profesionales involucrados en el proceso de cada Servicio deben basarse en las actividades y tareas descritas por el responsable del diseño para la definición de cada actividad mediante las tareas y recursos que emplean, ya que de su actuación se deriva el resto de actividades del resto de profesionales.

A continuación se muestra un ejemplo de cómo se debe rellenar cada campo de un cuestionario para describir una actividad:

**EJEMPLO PRÁCTICO:**

**Questionario 2**

**GRD: 167- APENDICECTOMÍA SIN DIÁGNOSTICO PPAL. COMPLICADO SIN CC.**

**GRUPO FUNCIONAL HOMOGÉNEO (GFH): Control 2 - C (UE2C)**

**Actividad: Tareas de auxiliar de enfermería en hospitalización PONDERACIÓN ACTIVIDAD APLICADA: 100%**

**CATEGORÍA DE PERSONAL**

**PERSONAL SANITARIO (Marcar con x)**

|                    |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|
| Facultativo        | <input type="checkbox"/>            |
| MIR                | <input type="checkbox"/>            |
| Técnico            | <input type="checkbox"/>            |
| DUE                | <input type="checkbox"/>            |
| Aux. Enfermería    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Otro (especificar) | <input type="text"/>                |

**PERSONAL NO SANITARIO (Marcar con x)**

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Administrativo         | <input type="checkbox"/> |
| Secretaría de Servicio | <input type="checkbox"/> |
| Celador                | <input type="checkbox"/> |
| Titulado Superior      | <input type="checkbox"/> |
| Titulado Medio         | <input type="checkbox"/> |
| Otros (especificar)    | <input type="text"/>     |

**DÍA:**

**ORDEN: 1**

|                     |                                     |                                |
|---------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|                     | (marcar con X)                      | DÍA (número)                   |
| Preshospitalización | <input type="checkbox"/>            | <input type="text"/>           |
| Hospitalización     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text" value="2"/> |
| Posthospitalización | <input type="checkbox"/>            | <input type="text"/>           |

**TAREAS**

| DESCRIPCIÓN                                   | Cantidad (1) | TIEMPO | UNIDAD  | PONDERACIÓN |
|-----------------------------------------------|--------------|--------|---------|-------------|
| Arreglo de cama                               | 1            | 3      | Minutos | 100%        |
| Proporcionar material de aseo                 | 1            | 1      | Minutos | 100%        |
| Alimentación vía oral paciente autónomo       | 1            | 1      | Minutos | 100%        |
| Levantar acostar: ayuda parcial               | 1            | 2      | Minutos | 100%        |
| Limpieza material de curas                    | 1            | 1      | Minutos | 100%        |
| Preparación y envío material a esterilización | 1            | 3      | Minutos | 100%        |
| Recogida de habitación                        | 1            | 3      | Minutos | 100%        |
| Limpieza de material no desechable            | 1            | 4      | Minutos | 100%        |

(1) AxB: A) número de veces que se realiza la tarea en un mismo día y B) Número de personas que realizan esa tarea cada vez

**Materiales y medicamentos (2)**

| DESCRIPCIÓN              | Cantidad (3) | VOLUMEN | UNIDAD (4) | PONDERACIÓN |
|--------------------------|--------------|---------|------------|-------------|
| España                   | 1            | 1       | Unidad     | 100%        |
| Jabón                    | 1            | 0,05    | Bote       | 100%        |
| Estropajo                | 1            | 1       | Unidad     | 100%        |
| Lejía                    | 1            | 0,2     | Botella    | 100%        |
| Bolsa esterilización     | 1            | 1       | Unidad     | 100%        |
| Guantes                  | 3            | 1       | Par        | 100%        |
| Bolsa desechable de ropa | 2            | 1       | unidad     | 100%        |

(2) Los medicamentos se recogerán en la hoja de Facultativos/MIR  
Los materiales se recogerán en las demás hojas (enfermería/Técnicos,...)

(4) A elegir del listado de unidades de la siguiente página

(3) (A): Número de unidades que se consumen o utilizan en la consecución de las tareas

**F.12** Enviar los cuestionarios completados por cada profesional al representante del Servicio al que pertenece para su evaluación y revisión introduciendo posibles modificaciones.

Cada profesional de los diferentes Servicios involucrados en el proceso, deben enviar los cuestionarios completados con la descripción de cada actividad al representante del Servicio al que esté adscrito, para que éste evalúe y revise la información e introduzca las modificaciones que considere oportunas, siempre y cuando se haya comunicado al profesional que realiza la actividad. En caso de que identifique que falta alguna actividad por definir se pondrá en contacto con el profesional que la realiza para una vez le haya hecho entrega del cuestionario la describa.

**F.13** Enviar los cuestionarios revisados por el representante de cada Servicio al responsable global.

**F.14** Elaborar el flujograma del proceso con todas las actividades realizadas por cada profesional en el proceso. (R.G.)

El responsable global, una vez reciba todos los cuestionarios de los profesionales de los diferentes Servicios que intervienen en el proceso deberá elaborar el flujograma del proceso.

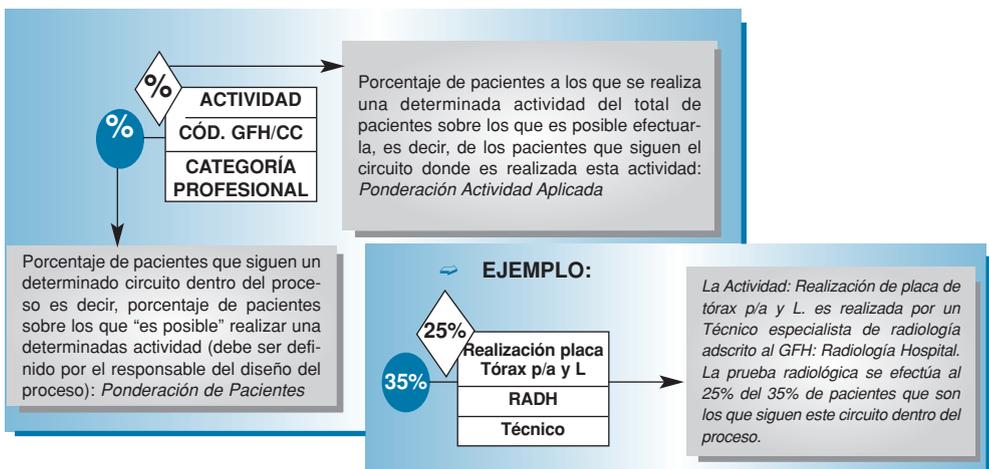
El flujograma del proceso se elabora a través de la descripción de todas y cada una de las actividades que se realizan en el transcurso del proceso por los distintos profesionales involucrados de cada Servicio identificado.

El flujograma constituye el segundo nivel de información del proceso, siendo una representación gráfica de la secuencia de actividades realizadas por profesionales. Las actividades definidas, coordinadas de una forma lógica, consiguen los resultados establecidos y esperados, convirtiendo las entradas en unas salidas con valor para el destinatario.

De esta forma, el proceso queda descrito por las actividades que se realizan, debiendo identificarse igualmente:

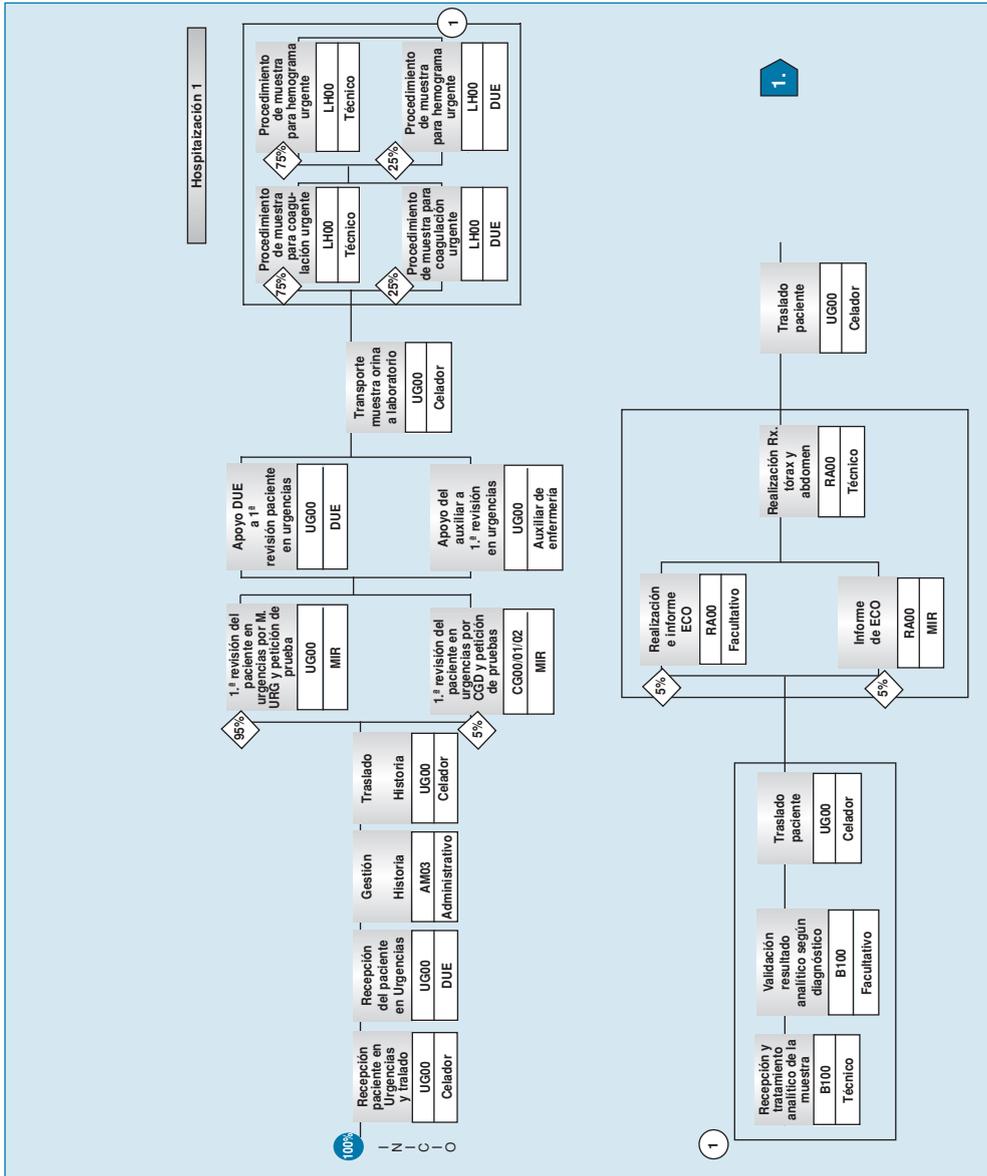
- ☛ **¿Quién?:** qué categoría profesional tiene cada persona que interviene realizando cada una de las actividades (facultativo, DUE, auxiliar de enfermería, celador, etc.).
- ☛ **¿Cuánto?:** cuál es el porcentaje de pacientes al que se realiza una determinada actividad y cual es el porcentaje de pacientes que siguen cada circuito dentro del proceso.
- ☛ **¿Dónde?:** qué centros de coste o grupos funcionales homogéneos (GFH), están involucrados, es decir, dónde trabajan las personas que desarrollan las actividades.
- ☛ **¿Cómo?:** cuál es el orden cronológico de las diversas actuaciones, que actividades deben realizarse con anterioridad a otras ya que los resultados de las primeras son necesarios para proceder a la ejecución de las siguientes y cuales pueden realizarse de forma simultánea.
- ☛ **¿Cuándo?:** cuál es el día de realización de la actividad.

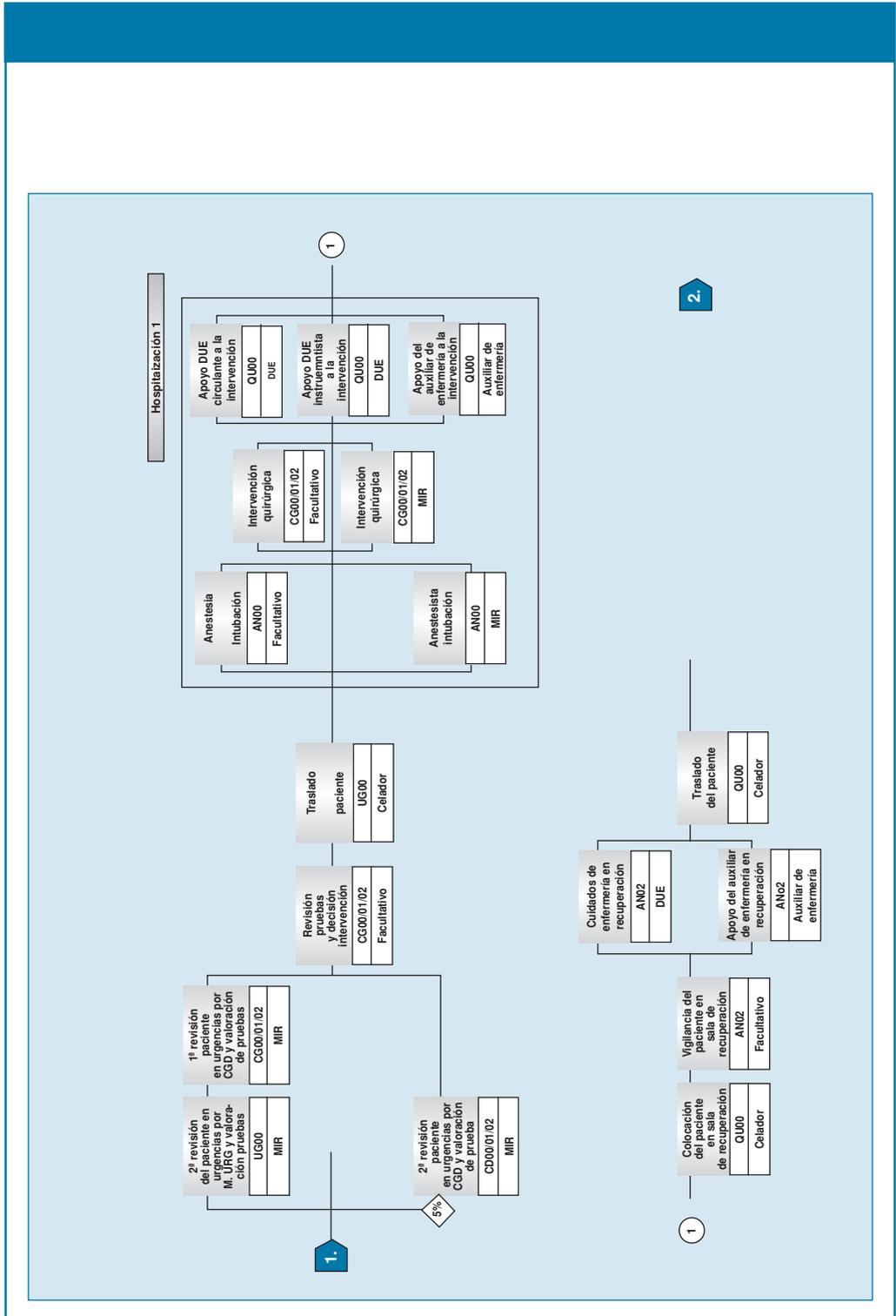
A continuación se presentan, a modo de ejemplo orientativo, dos flujogramas elaborados por el equipo de trabajo formado para la elaboración de la G.I.A. del GRD 167 y del GRD 39 en dos hospitales de la red INSALUD (Ver Anexo 1). Cada caja contiene información referente a:

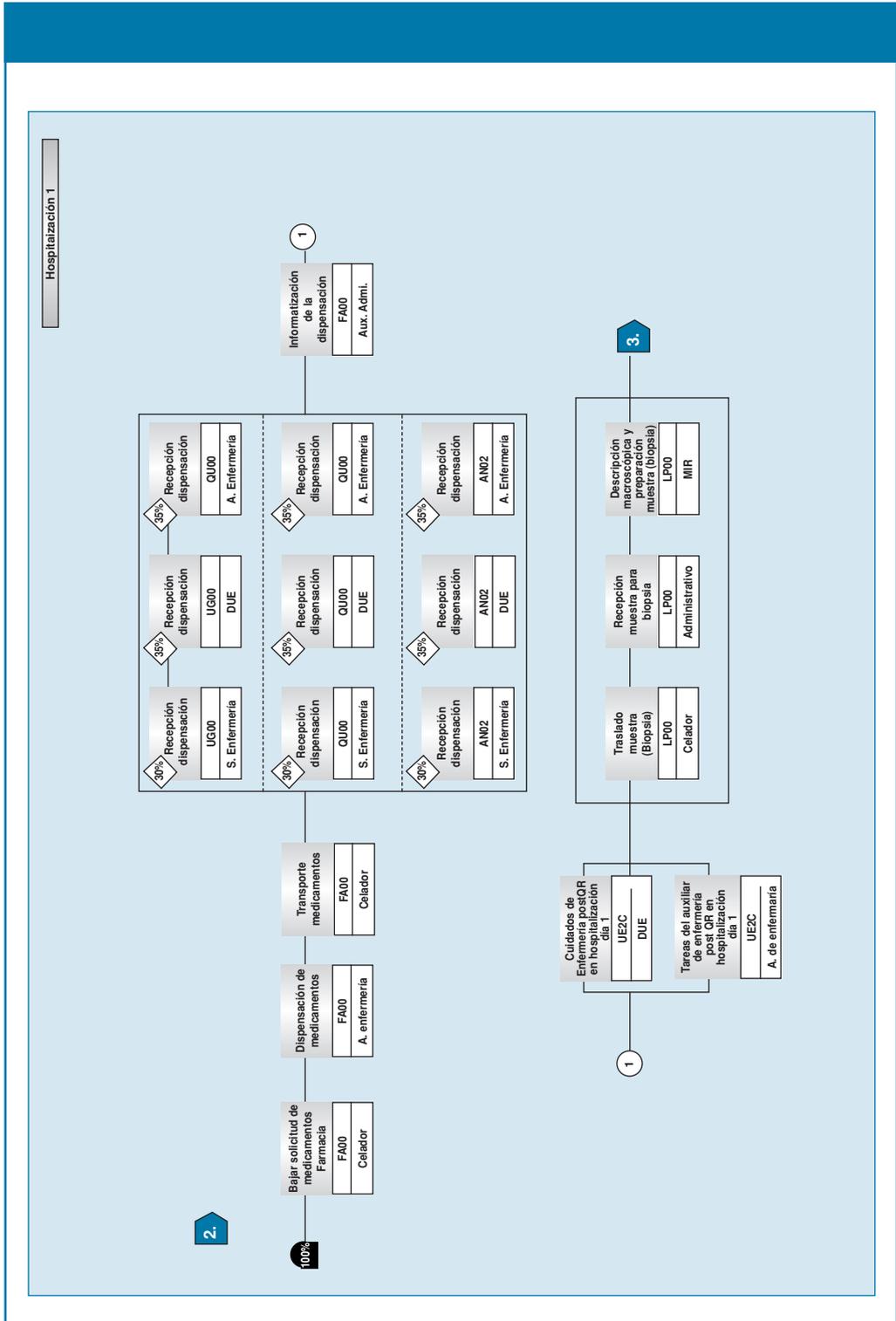


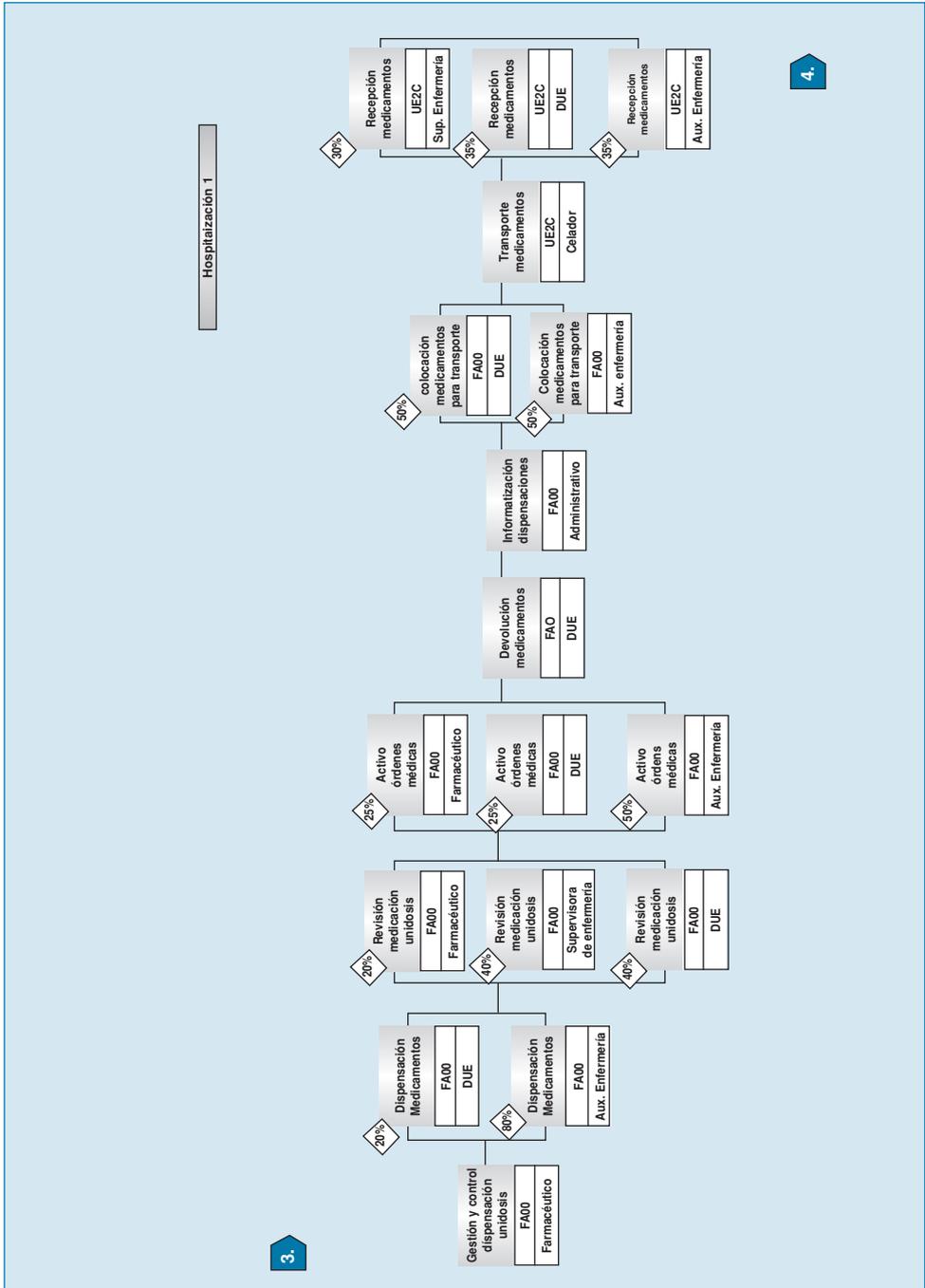
## EJEMPLO PRÁCTICO

### GRD 167 (Apendicectomía Diagnóstico Principal Complicado sin CC.)



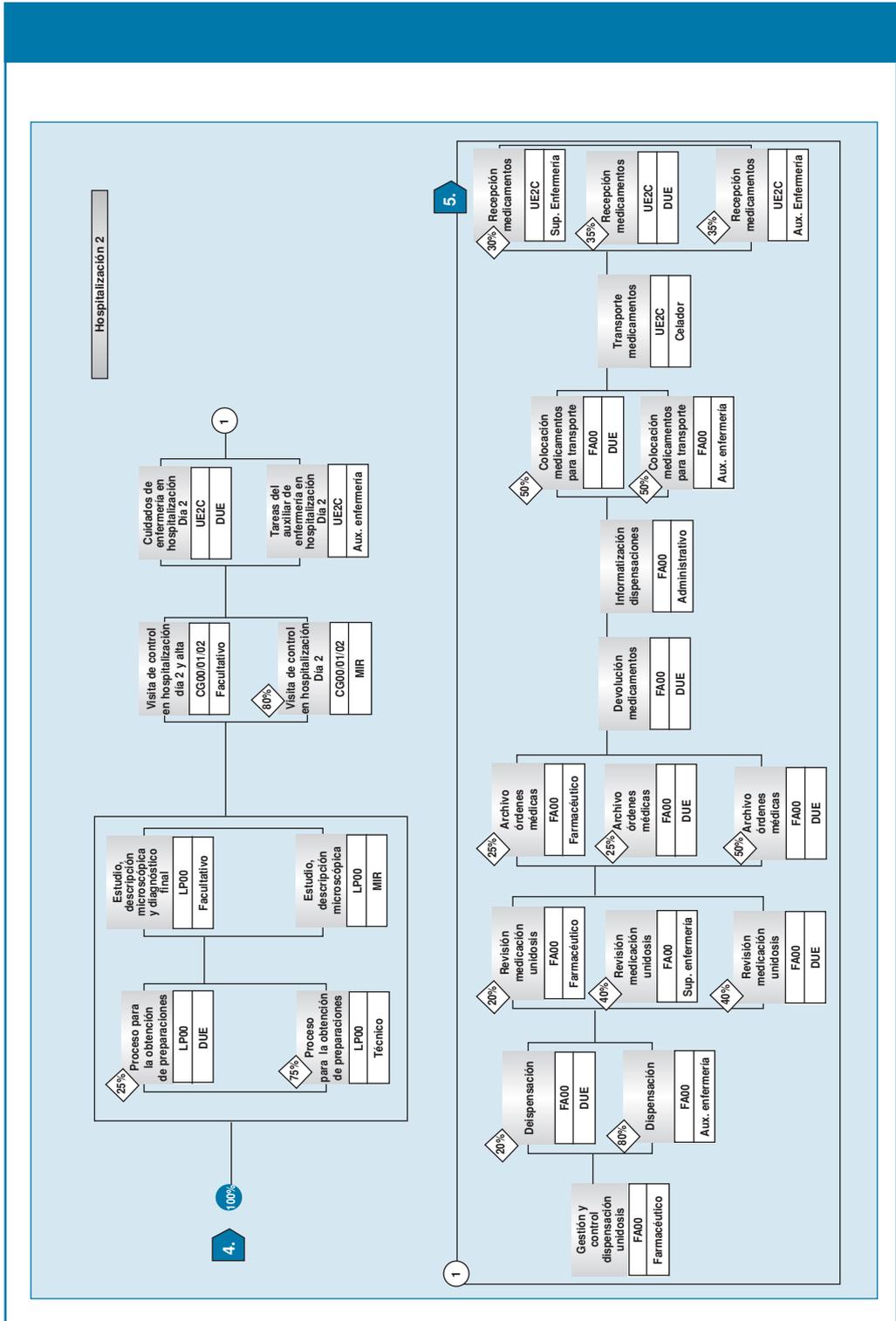


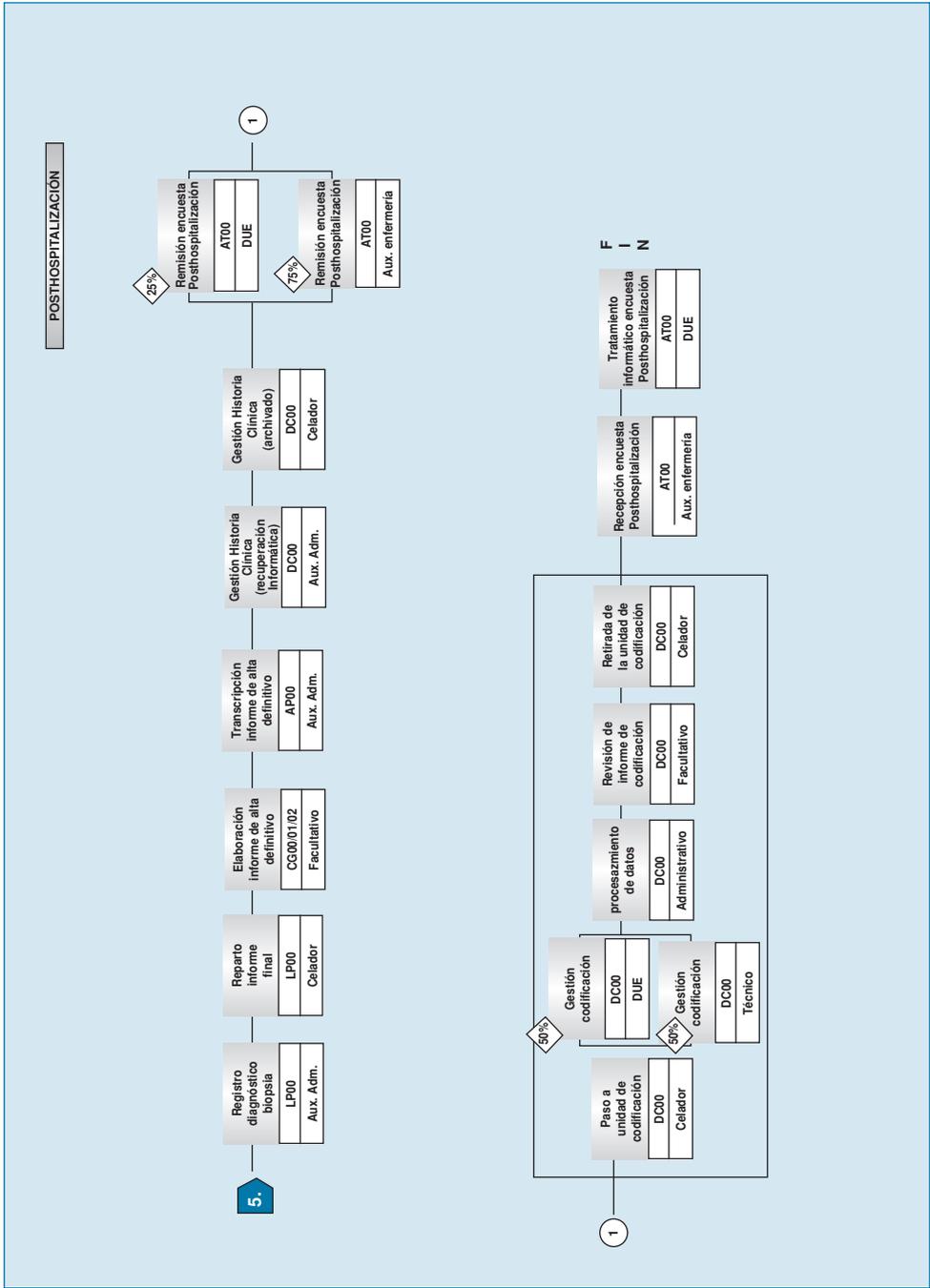


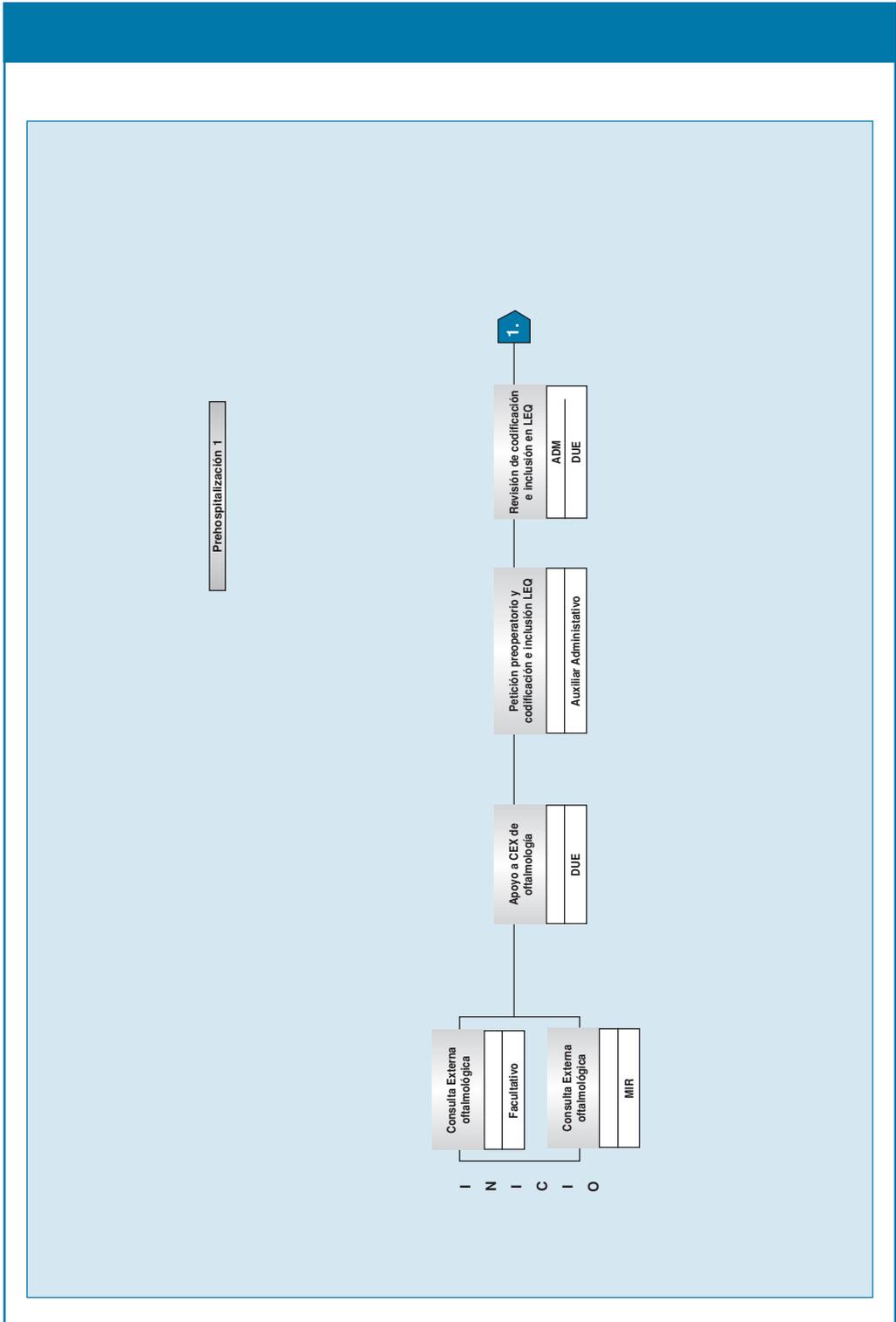


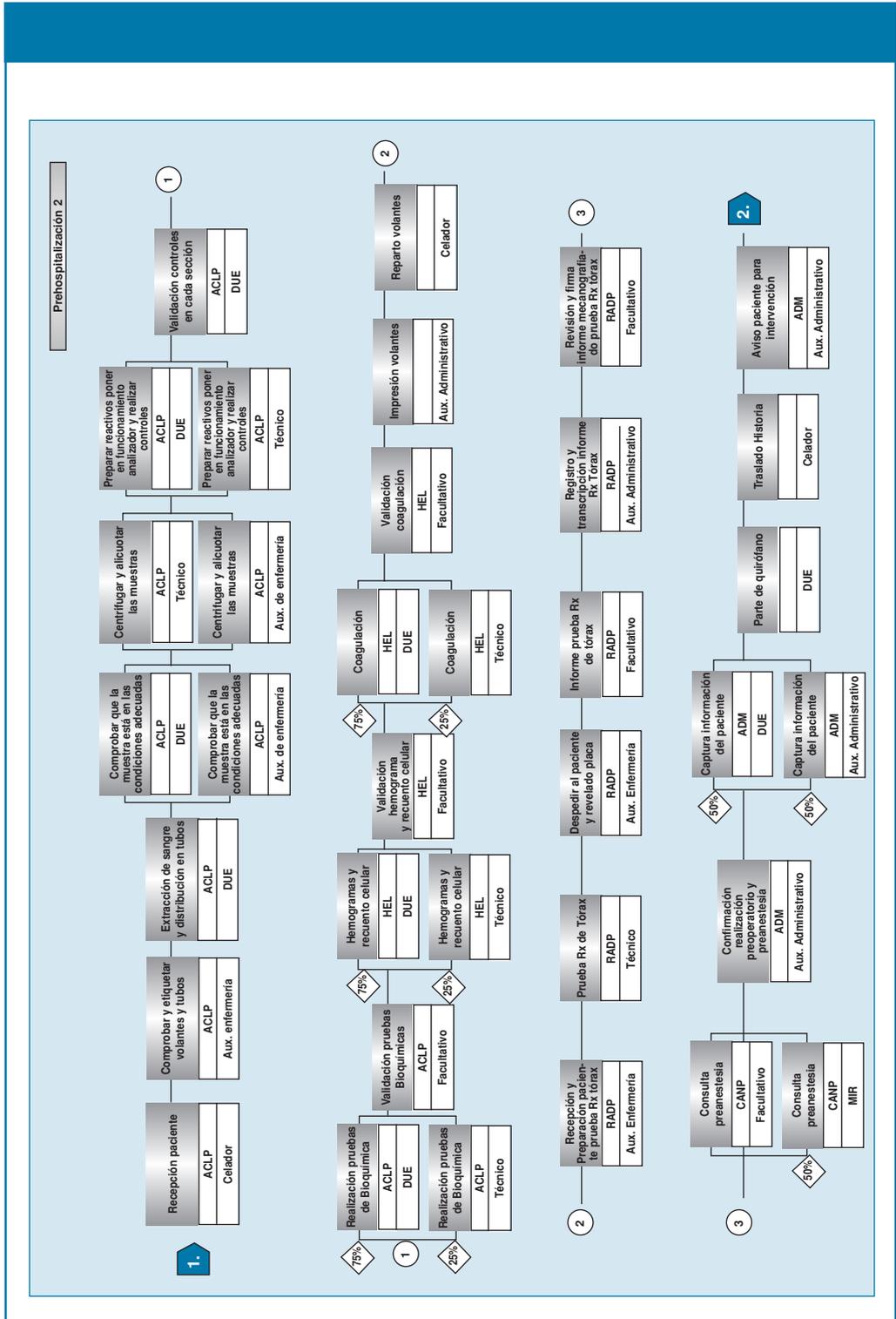
3.

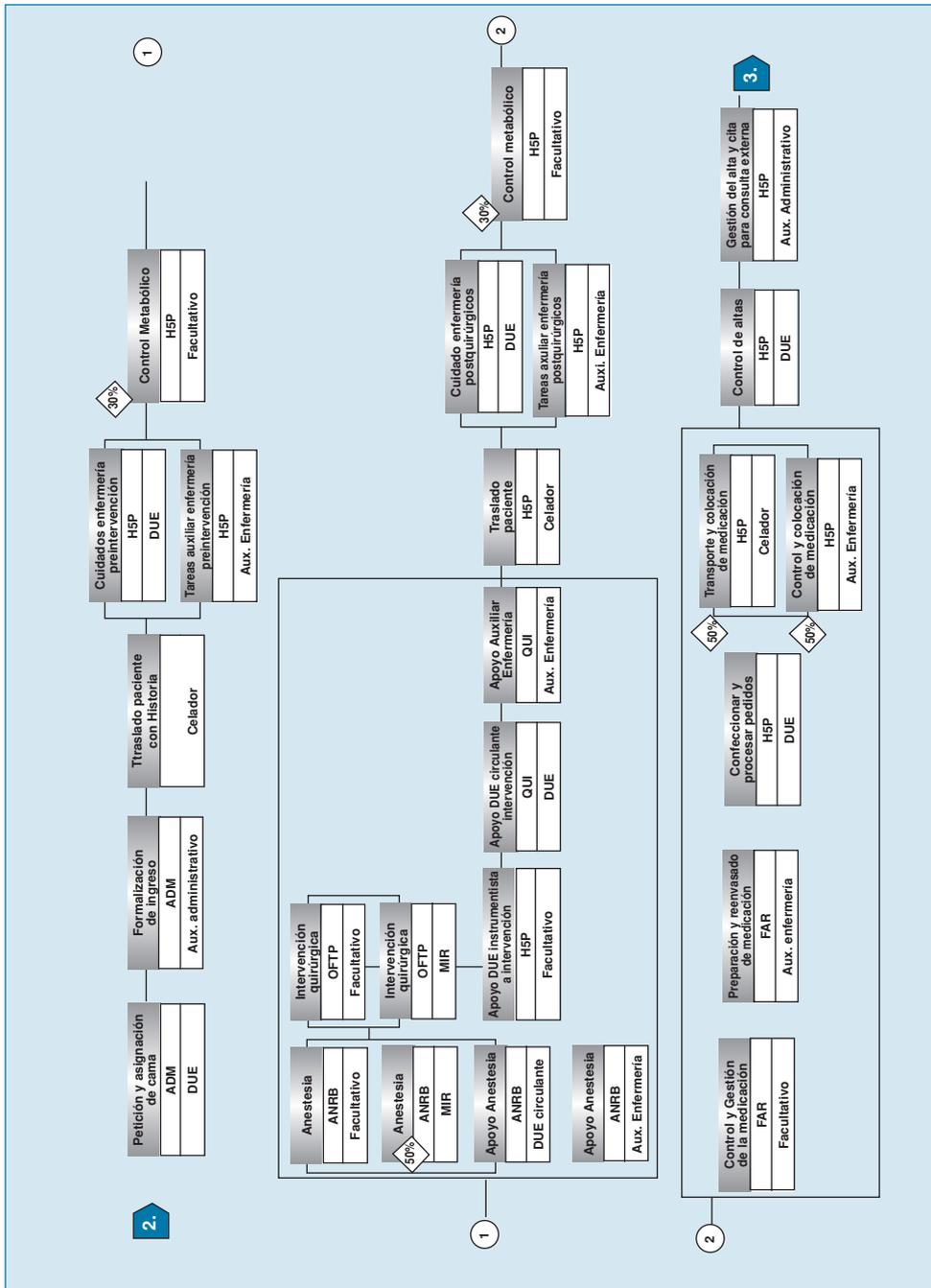
4.

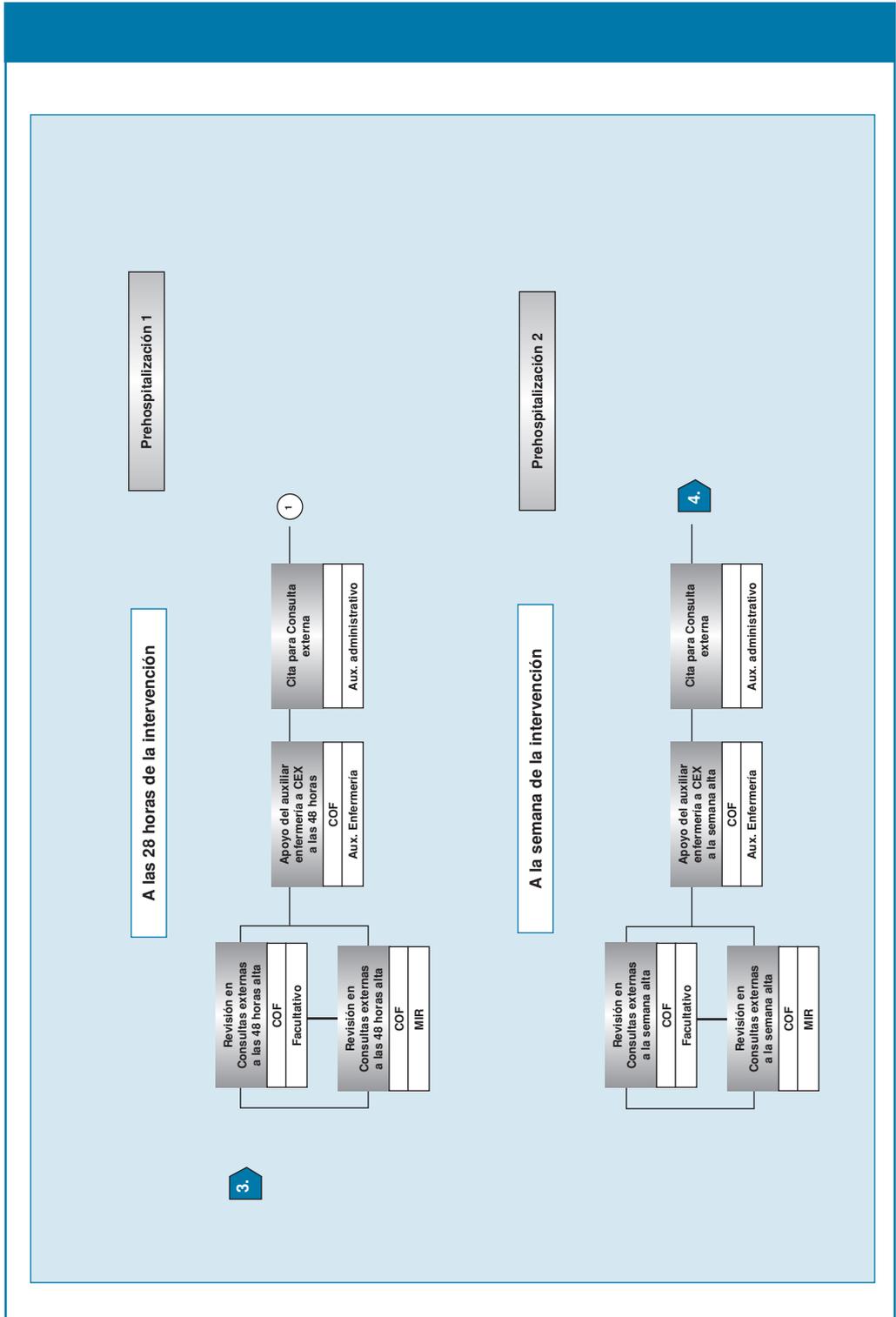


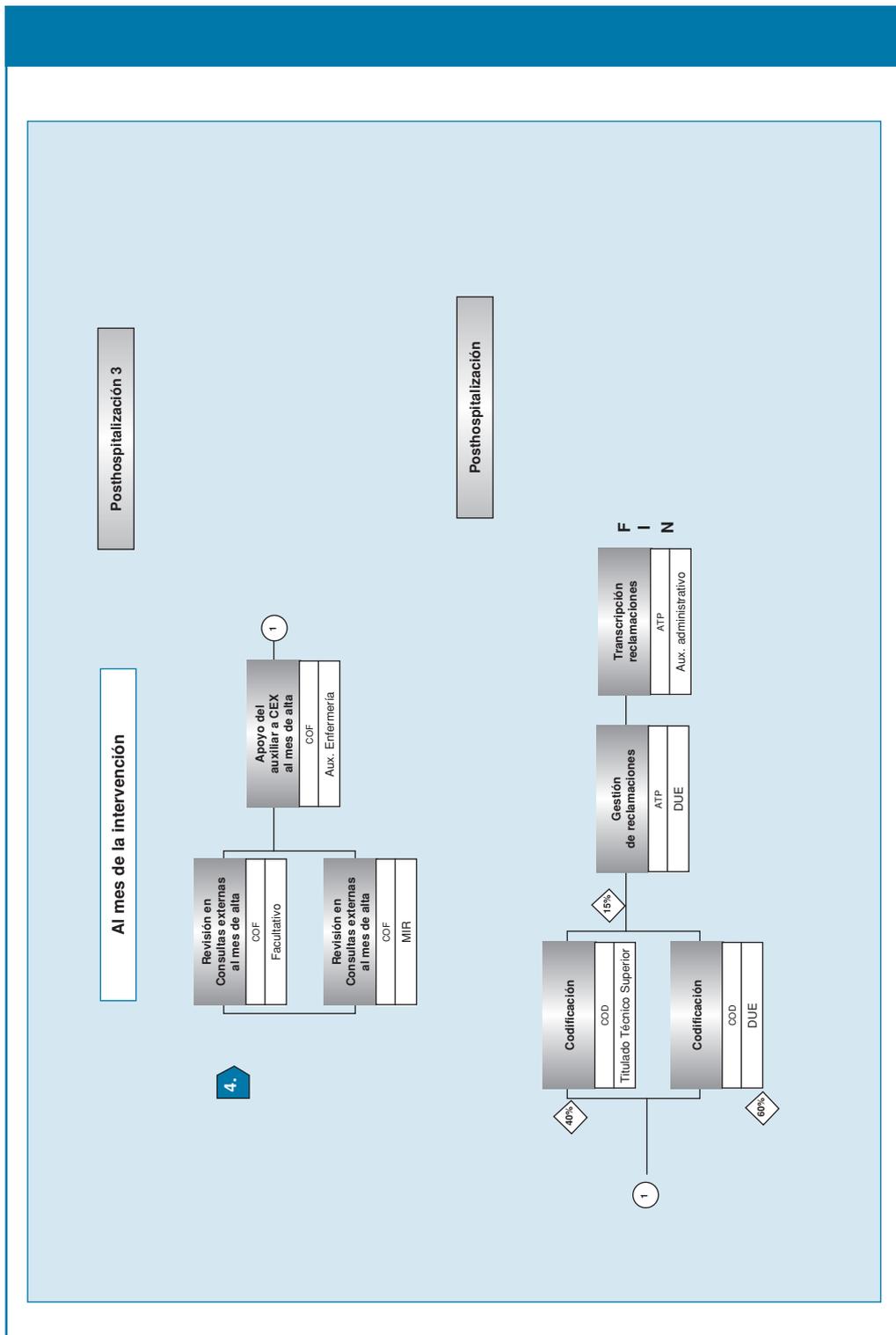












**F.15** **Enviar flujograma del proceso al responsable del diseño y a los representantes de cada Servicio para su evaluación y revisión, reenviando éstos las posibles modificaciones al responsable global**

El siguiente paso consiste en enviar por parte del responsable global, el flujograma elaborado a partir de los cuestionarios recibidos, al responsable del diseño y a los representantes de cada Servicio para que lo evalúen y revisen señalando las posibles modificaciones que hubiera que hacer de forma que una vez devueltas al responsable global, éste las introduzca.

**F.16** **Integrar, completar y volcar la información a un formato adecuado constituyendo una primera aproximación a la Guía Integrada Asistencial (R.G.)**

El responsable global debe integrar toda la información recibida en los cuestionarios referentes a las actividades que los profesionales realizan en el proceso, revisando si todos los datos acerca de tareas, materiales, ponderaciones y GFH al que pertenece cada profesional, están correctamente definidos y en caso de que no lo estén hacer las oportunas modificaciones.

Una vez que la información está ordenada, el responsable global debe proceder a integrarla utilizando para ello una herramienta informática.

El formato donde se integraría la información de las actividades que se realizan en cada proceso sería el siguiente:



**FORMATO G.I.A.:**

Hospital:  
 GRD:  
 ACTIVIDAD:  
 GFH:  
 Categoría profesional:  
 DÍA:  
 Orden de la actividad:

CÓDIGO DE ACTIVIDAD:

Código GFH:  
 Ponderación Paciente:  
 Ponderación Actividad Aplicada:  
 Ponderación Total Actividad:

**TAREAS**

| Cód. | Descripción | Cantidad | Tiempo | Unidad | Cantidad Total | Ponderación | Cantidad ponderada | Coste/Unidad | Coste Total |
|------|-------------|----------|--------|--------|----------------|-------------|--------------------|--------------|-------------|
|      |             |          |        |        |                |             |                    |              |             |

Total Costes de Personal

**MATERIALES Y MEDICAMENTOS**

| Cód. | Descripción | Cantidad | Volumen | Unidad | Cantidad Total | Ponderación | Cantidad ponderada | Coste/Unidad | Coste Total |
|------|-------------|----------|---------|--------|----------------|-------------|--------------------|--------------|-------------|
|      |             |          |         |        |                |             |                    |              |             |

Total Costes de Personal

Total Coste de Actividad

Responsable del Proceso:

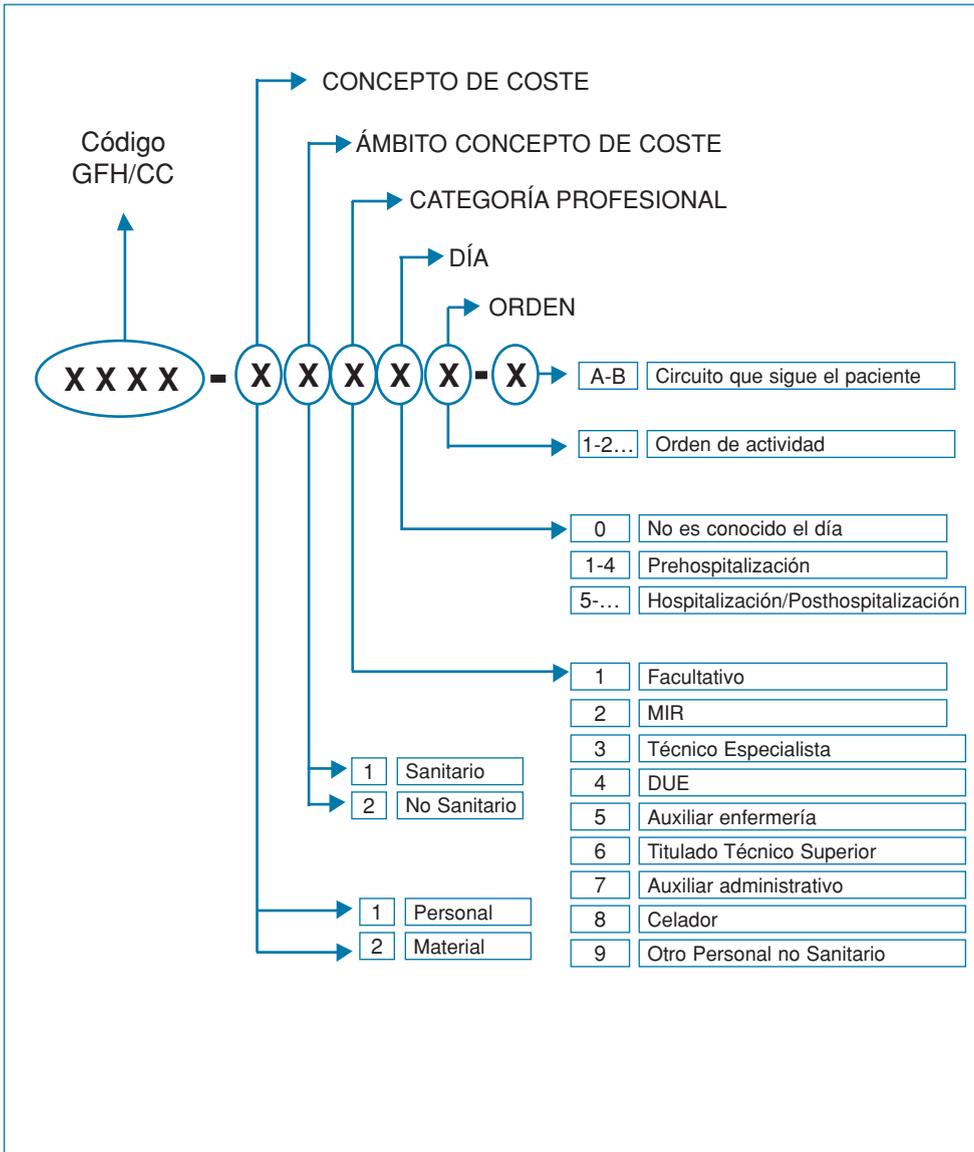
En este formato aparecen una serie de conceptos que no aparecían en las hojas entregadas a los Servicios. (Ver ejemplos en “Hoja de Actividad 1” y “Hoja de Actividad 2”).

➡ **CONCEPTOS RECOGIDOS EN LA G.I.A.:**

|                                             |                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PONDERACIÓN PACIENTES (PP)</b>           | Es el porcentaje de pacientes que siguen un determinado circuito en el proceso: $N_0, N_1, \dots, N_N$ .                                                                                             |
| <b>PONDERACIÓN ACTIVIDAD APLICADA (PAA)</b> | Es el porcentaje de pacientes, dentro del porcentaje de pacientes que siguen un circuito determinado (ponderación pacientes), a los que se realiza una determinada actividad: $n_0, n_1, \dots, n_n$ |
| <b>PONDERACIÓN TOTAL ACTIVIDAD (PTA)</b>    | Es el resultado de multiplicar la Ponderación de Pacientes por la Ponderación de la Actividad Aplicada.<br>$PTA = PP * PAA$                                                                          |
| <b>CANTIDAD TOTAL</b>                       | TAREAS: La cantidad (ver página 61) por el tiempo<br>MATERIALES: La Cantidad por el volumen                                                                                                          |
| <b>PONDERACIÓN</b>                          | TAREAS: Porcentaje de pacientes sobre los que se realiza la tarea.<br>MATERIALES: Porcentaje de pacientes con los que se emplea el material                                                          |
| <b>CANTIDAD PONDERADA</b>                   | Es el resultado de multiplicar la Cantidad Total por la Ponderación de realización de la tarea o de utilización del material y por la Ponderación Total de la Actividad.                             |
| <b>COSTE/UNIDAD</b>                         | TAREAS: coste/minuto de la categoría profesional que esté realizando cada actividad.<br>MATERIALES: coste unitario del mismo                                                                         |
| <b>COSTE TOTAL</b>                          | TAREA: Cantidad Ponderada por el coste/minuto de cada categoría profesional.<br>MATERIALES: Cantidad Ponderada por coste unitario materiales                                                         |

**CÓDIGO DE ACTIVIDAD**

Está compuesto por el código del GFH o CC, cinco dígitos y una/s letras/s, sólo cuando no todos los pacientes siguen el mismo circuito del proceso



➡ **EJEMPLO:**

$N$  - 100% pacientes de un proceso:  $N = N_0 + N_1 + \dots + N_n$

$N_0$  - Porcentaje de pacientes que siguen un circuito ( $C_0$ ) dentro del proceso

$n_0$  - Porcentaje de pacientes dentro de  $N_1$  a los que se realiza una determinada actividad

$N_1$  - Porcentaje de pacientes que siguen un circuito ( $C_1$ ) dentro del proceso.

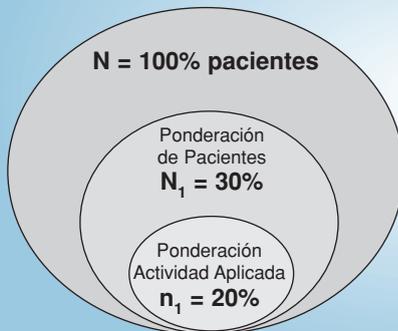
$n_1$  - Porcentaje de pacientes dentro de  $N_1$  a los que se realiza una determinada actividad.

...

$N_n$  - Porcentaje de pacientes que siguen un circuito ( $C_n$ ) dentro del proceso.

$n_n$  - Porcentaje de pacientes dentro de  $N_n$  a los que se realiza una determinada actividad.

➡ **EJEMPLO:**



Como ejemplo, tomemos los pacientes que acuden a urgencias del hospital, en un determinado período de tiempo, con síntomas de apendicitis aguda no complicada (**N**). El cirujano tras solicitar y evaluar las pruebas diagnósticas: placa de tórax, analítica, ECG,...):

- Confirma el diagnóstico de apendicitis aguda no complicada y se procede a efectuar la intervención al 70% de los pacientes ( **$N_0$** ).
- Existe duda diagnóstica en el 30% de los casos vistos, trasladando a estos pacientes a observación de urgencias ( **$N_1$** ). De esta proporción de pacientes se les vuelve a repetir la placa de tórax al 20% de ellos ( **$n_1$** ).

 Ejemplos de actividad en formato G.I.A.:

“Hoja de Actividad 1”

Hospital: H.U. Príncipe de Asturias

GRD: Aprendicetomía sin Disganóstico Principal Complicado sin C.C.

ACTIVIDAD: Realización placa de Tórax p/a e l. y abdomen

GFH: Radiología Hospital

Categoría profesional: Técnico

DÍA: Hospitalización 1

Orden de la actividad:1

CÓDIGO DE ACTIVIDAD: RADH 11351

Código GFH: RADH

Ponderación Paciente: 100%

Ponderación Actividad Aplicada: 100%

Ponderación Total Actividad: 100%

**TAREAS**

| Descripción                      | Cantidad | Tiempo | Unidad | Cantidad Total | Ponderación | Cantidad ponderada | Coste/Unidad | Coste Total |
|----------------------------------|----------|--------|--------|----------------|-------------|--------------------|--------------|-------------|
| Realización pegatina Rx.         | 1        | 0,2    | Minuto | 0,2            | 100%        | 0,2                | 25           | 5           |
| Llamar al paciente               | 1        | 1      | Minuto | 1              | 100%        | 1                  | 25           | 25          |
| Realización placa tórax p/a e l. | 1        | 2      | Minuto | 2              | 100%        | 2                  | 25           | 50          |
| Realización placa abdomen        | 1        | 2      | Minuto | 2              | 100%        | 2                  | 25           | 50          |
| Revelado de placas               | 3        | 2      | Minuto | 6              | 100%        | 6                  | 25           | 210         |
| Identificación de placas         | 3        | 0,5    | Minuto | 2              | 100%        | 2                  | 25           | 50          |
| Entrega de placas al radiólogo   | 1        | 0,5    | Minuto | 1              | 100%        | 1                  | 25           | 25          |
| Despedida paciente               | 1        | 0,5    | Minuto | 1              | 100%        | 1                  | 25           | 25          |
| Cierre actividad ordenador       | 1        | 0,5    | Minuto | 1              | 100%        | 1                  | 25           | 25          |

Total Costes de Personal

**MATERIALES Y MEDICAMENTOS**

| Descripción            | Cantidad | Volumen | Unidad | Cantidad Total | Ponderación | Cantidad ponderada | Coste/Unidad | Coste Total |
|------------------------|----------|---------|--------|----------------|-------------|--------------------|--------------|-------------|
| Sobre grande RX 37* 46 | 2        | 1       | Unidad | 2              | 100%        | 2                  | 15           | 30          |
| Placa RX 35*43         | 3        | 1       | Unidad | 3              | 100%        | 3                  | 286          | 858         |
| Volante RX             | 2        | 1       | Unidad | 2              | 100%        | 2                  | 5            | 10          |
| Pegatina RX            | 2        | 1       | Unidad | 2              | 100%        | 2                  | 2            | 4           |

Total Costes de Personal

Responsable del Proceso:

Total Coste de Actividad

**“Hoja de Actividad 2”**

Hospital: H.U. Príncipe de Asturias

GRD: Apendicectomía sin Diagnóstico Principal Complicado sin C.C.

ACTIVIDAD: Realización placa de Tórax p/a e l. y abdomen

GFH: Radiología Hospital

Categoría profesional: Técnico

DÍA: Hospitalización 1

Orden de la actividad: 2

CÓDIGO DE ACTIVIDAD: RADH 11352 A

Código GFH: RADH

Ponderación Paciente: 35%

Ponderación Actividad Aplicada: 25%

Ponderación Total Actividad: 9%

**TAREAS**

| Descripción                      | Cantidad | Tiempo | Unidad | Cantidad Total | Ponderación | Cantidad ponderada | Coste/Unidad | Coste Total |
|----------------------------------|----------|--------|--------|----------------|-------------|--------------------|--------------|-------------|
| Realización pegatina Rx.         | 1        | 0,2    | Minuto | 0,2            | 100%        | 0,02               | 25           | 0,44        |
| Llamar al paciente               | 1        | 1      | Minuto | 1              | 100%        | 0,09               | 25           | 2,19        |
| Realización placa tórax p/a e l. | 1        | 2      | Minuto | 2              | 100%        | 0,18               | 25           | 4,38        |
| Realización placa abdomen        | 1        | 2      | Minuto | 2              | 100%        | 0,18               | 25           | 4,38        |
| Revelado de placas               | 3        | 2      | Minuto | 6              | 100%        | 0,53               | 25           | 13,13       |
| Identificación de placas         | 3        | 0,5    | Minuto | 2              | 100%        | 0,13               | 25           | 3,28        |
| Entrega de placas al radiólogo   | 1        | 0,5    | Minuto | 1              | 100%        | 0,04               | 25           | 1,09        |
| Despedida paciente               | 1        | 0,5    | Minuto | 1              | 100%        | 0,4                | 25           | 1,09        |
| Cierre actividad ordenador       | 1        | 0,5    | Minuto | 1              | 100%        | 0,4                | 25           | 1,09        |

Total Costes de Personal

**MATERIALES Y MEDICAMENTOS**

| Descripción            | Cantidad | Volumen | Unidad | Cantidad Total | Ponderación | Cantidad ponderada | Coste/Unidad | Coste Total |
|------------------------|----------|---------|--------|----------------|-------------|--------------------|--------------|-------------|
| Sobre grande RX 37* 46 | 2        | 1       | Unidad | 2              | 100%        | 0,175              | 15           | 3           |
| Placa RX 35*43         | 3        | 1       | Unidad | 3              | 100%        | 0,26               | 286          | 75          |
| Volante RX             | 2        | 1       | Unidad | 2              | 100%        | 0,175              | 5            | 1           |
| Pegatina RX            | 2        | 1       | Unidad | 2              | 100%        | 0,175              | 2            | 0,35        |

Total Costes de Personal

Responsable del Proceso:

Total Coste de Actividad

- ☛ La "*Hoja de Actividad 1*", describe la Actividad: realización de las placas de tórax p/a y l. y abdomen, siendo efectuada por un Técnico Especialista de Radiología, adscrito al GFH: Radiología Hospital. La actividad es llevada a cabo el primer día de hospitalización, con el orden primero de realización. El Código de la Actividad es por tanto: RADH - 1(personal) 1 (sanitario) 3 (T.E.R) 5 (hospitalización día 1) 1(orden de realización): RADH 11351

El porcentaje de pacientes sobre los que es posible efectuar dicha actividad porque se encuentran en la misma parte del circuito del proceso en el mismo día (*Ponderación de Pacientes*) es del 100% y sobre este porcentaje, se realiza la actividad (*Ponderación Actividad Aplicada*) al 100% de ellos, por lo que la *Ponderación Total de la Actividad* resulta ser del 100% (*Ponderación de Pacientes \* Ponderación Actividad Aplicada*).

En cuanto a las tareas, observamos que la Ponderación es del 100% en todas ellas, es decir, que todas son efectuadas al 100% de los pacientes a los que se les realiza la actividad.. Lo mismo sucede con los materiales utilizados en la realización de las tareas cuya Ponderación es del 100% para todos ellos.

- ☛ La "*Hoja de Actividad 2*" hace referencia a la Actividad: realización de las placas de tórax p/a y l. y abdomen, siendo efectuada por un Técnico Especialista de Radiología, adscrito al GFH: Radiología Hospital. La actividad es llevada a cabo el primer día de hospitalización, en segundo orden de realización. El Código de la Actividad es por tanto: RADH - 11352 A.

Como puede observarse las tareas realizadas y los materiales empleados en la Actividad 2 son los mismas que en la Actividad 1, pero no pueden agruparse formando una sola actividad ya que, para la realización de la Actividad 2 por el T.E.R. es necesaria la intervención de otro profesional realizando otra actividad (el cirujano debe prescribir la realización de una nueva placa de tórax p/a y l. y abdomen para que el T.E.R. las realice). Es por esto, por lo que la Actividad 2 tiene el segundo orden de realización.

El porcentaje de pacientes sobre los que es posible efectuar dicha actividad, porque se encuentran en la misma parte del circuito del proceso el mismo día (*Ponderación de Pacientes*) es del 35% (en este proceso sólo el 35% del total de pacientes del proceso pasan por observación de urgencias) y sobre este porcentaje, se realiza la actividad (*Ponderación Actividad Aplicada*) al 25% de ellos, ya que el 75% restante de los pacientes que pasan por observación de urgencias, no necesitan que se les vuelva realizar una placa de tórax y otra de abdomen. Por tanto la *Ponderación Total de la Actividad* resulta ser del 9% del total de pacientes del proceso (*Ponderación de Pacientes \* Ponderación Actividad Aplicada*).

La letra "A" que aparece en el código de la actividad hace referencia a la *Ponderación de Pacientes*, es decir, que esta actividad es posible realizarla sólo sobre un determinado porcentaje de pacientes del total de pacientes del proceso (grupo de pacientes que pasan por observación de urgencias), ya que el resto de pacientes siguen otro circuito dentro del mismo proceso. Así, todas las actividades que se realicen sobre este grupo de pacientes se indicará con la letra "A" en el código de la actividad. Si otro grupo de pacientes siguiesen otro circuito, por ejemplo, si el 25% de los pacientes pasasen desde urgencias a planta antes de la intervención quirúrgica (sin pasar por observación de urgencias), todas las actividades que se realicen sobre ellos vendrían referidas con la letra "B" en el código. La letra se mantiene hasta que todos los pacientes del proceso siguen el mismo circuito siempre y cuando el día orden de realización coincida.

En cuanto a las tareas, observamos que al igual que en la "*Hoja de Actividad 1*", la *Ponderación* es del 100% en todas ellas, es decir, que todas son efectuadas al 100% de los pacientes a los que se les realiza la actividad.. Lo mismo sucede con los materiales utilizados en la realización de las tareas cuya *Ponderación* es del 100% para todos ellos.

**F.17** Enviar la G.I.A.a al responsable del diseño y representantes de cada Servicio para evaluación y revisión con la introducción de posibles modificaciones

Una vez realizada la integración por el responsable global, de toda la información contenida en los cuestionarios completados por cada profesional que interviene en el proceso, haciendo una primera aproximación a la G.I.A., es necesario hacérsela llegar al responsable del diseño y representantes de cada Servicio para que la revisen y evalúen introduciendo aquellas modificaciones que consideren necesarias.

**F.18** Enviar la G.I.A. con las modificaciones introducidas al responsable global que actualizará el flujograma

Las modificaciones que introduzcan tanto el responsable del diseño del proceso como cualquiera de los representantes de cada Servicio, deben hacérselas llegar al responsable global que, después de revisarlo, deberá introducir las modificaciones sugeridas en el flujograma del proceso actualizándolo.

**F.19** Analizar el conjunto de la información recogida en la G.I.A. en una reunión multidisciplinaria con el responsable global, el responsable del diseño y los representantes de cada Servicio

Puesto que la elaboración de una G.I.A. es multidisciplinaria, es decir, que es elaborada a partir de la descripción que hacen todos los profesionales que intervienen en el proceso de las actividades que realizan, debe haber una reunión de consenso entre el responsable global, el responsable del diseño del proceso y los representantes de cada Servicio, donde se analice en profundidad el proceso descrito y estandarizado introduciendo aquellas variaciones necesarias sobre las actividades que se realizan

**F.20** Enviar la G.I.A. con las modificaciones introducidas al responsable global que actualizará el flujograma

Las modificaciones que surjan en la reunión de consenso deben ser introducidas en la G.I.A. por el responsable global debiéndose actualizar el flujograma del proceso.

El paso siguiente para completar definitivamente la G.I.A. consiste en la IMPUTACION DE COSTES.

---

## INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

---

1. **LA ORGANIZACIÓN SANITARIA ORIENTADA A LOS PROCESOS**
2. **ABQ COMO MÉTODO DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES**
3. **LA GUÍA INTEGRADA ASISTENCIAL COMO HERRAMIENTA DEL ABQ**

**4**

#### **INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES**

- 4.1. CONCEPTOS PREVIOS
  - 4.2. ANÁLISIS ESTRUCTURA FUNCIONAL DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS
  - 4.3. ANÁLISIS ESTRUCTURA DE COSTES
5. **METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES**
  6. **DESARROLLO METODOLOGICO**

## 4. INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

- ✓ Como se ha visto, la organización horizontal por procesos, permite analizar como los procesos atraviesan las barreras funcionales y las relaciones internas de proveedor-cliente a través de las cuales se producen los productos y servicios.
- ✓ En este sentido, el sistema de costes basado en las actividades ABC constituye, un sistema en cierto modo “perpendicular” a los sistemas tradicionales (organización vertical orientada a la gestión de costes).

El sistema de costes basado en las actividades ABC proporciona una estructura de medición de los costes que se proyecta sobre todos los ámbitos de la entidad y aplica el concepto de análisis de las actividades para obtener un coste orientado al proceso.

- ✓ El enfoque ABC resulta atractivo en el sector sanitario porque se asemeja mucho a los sistemas de decisión clínica. En esta metodología, los costes son acumulados en las distintas actividades que consumen recursos y se aplican a cada paciente asistido en función de las actividades que ha requerido para su estudio y/o tratamiento (demanda del proceso). Los procesos de decisión clínica, basados en un determinado protocolo, muestran unas características adecuadas para la aplicación del ABC, ya que establecen para cada patología o grupo patológico una determinada sucesión de actividades a llevar a cabo.
- ✓ La valoración de las actividades y productos permite tener una perspectiva estratégica de los costes, esto es, orientada hacia una estimación de la eficiencia de los distintos procedimientos a largo plazo. Para ello la información estratégica de costes combina datos relacionados con las actividades, en el sentido de evaluar si son eficientes en términos de coste, estableciendo para ello las oportunas comparaciones, así como datos relativos a los productos o servicios sanitarios, mediante un análisis de la combinación de aquellos servicios que empleen actividades más eficientes.

- ✓ El proceso de asignación de costes hospitalarios a las distintas actividades y productos del proceso es un proceso complejo que requiere conocimientos acerca de la contabilidad analítica de un hospital, de las relaciones reales e implícitas entre el uso de los servicios y los costes hospitalarios y del conocimiento de las actividades y productos que realizan los participantes en el proceso.
- ✓ La metodología exige para su implantación que los centros hospitalarios dispongan de contabilidad analítica.
- ✓ Con carácter previo al desarrollo metodológico se incluye un análisis de los principales componentes necesarios para su definición y aplicación:
  - 4.1 Conceptos Previos
  - 4.2 Análisis de la Estructura Funcional de los centros hospitalarios.
  - 4.3 Análisis de la Estructura de Coste

## 4.1. Conceptos previos

### Costes

El coste puede definirse como la medida y valoración del consumo realizado o previsto por la aplicación racional de los factores productivos para la obtención de un producto, trabajo o servicio.

En esta definición hay que destacar lo siguiente:

- a) Medida y valoración, y para ello es necesario fijar unos criterios
- b) consumo realizado de factores (inputs)
- c) obtención de un producto, trabajo o servicio (outputs).

### Centro de coste

Se entiende por centro de coste una agrupación de medios que sirven para un mismo fin, y que en definitiva son subconjuntos de las funciones de la entidad.

### Coste de producción

Los costes de producción son los que se generan en el proceso de transformación de los factores en productos terminados (outputs):

- El coste de los materiales
- El coste de la mano de obra que interviene directamente en la elaboración del producto;
- Los costes indirectos de fabricación, que intervienen de una manera indirecta en la elaboración del producto (amortizaciones, mantenimiento, limpieza, administración, etc.)

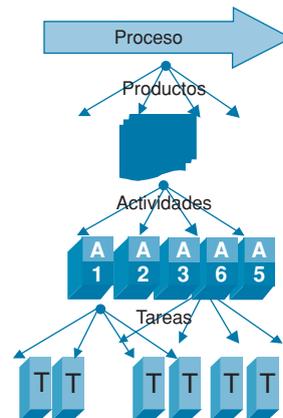
## Clasificación de costes

De acuerdo con su identificación con un determinado objeto de coste:

- **Costes Directos:** Los costes directos se identifican plenamente con una actividad, (ej.: el sueldo de un técnico radiólogo es un coste directo de las actividades que realiza para el proceso)
- **Costes Indirectos:** Los costes indirectos no se pueden identificar con una actividad o producto (ej,gestión de nóminas, contabilidad, gestión de compras, con respecto a la actividad realización placa tórax, sin embargo son necesarias para la realización de la misma).

## Conceptos metodológicos

- Conjunto de tareas necesarias para la realización eficaz e integradora de los procesos.(ej;Preparación muestra para biopsia)
- Tipos de procedimientos realizados por los distintos servicios, los cuales son consecuencia de la realización de un conjunto de actividades necesarias para su elaboración.(ej; Placa tórax, Biopsia)
- Puede definirse como el conjunto de actividades lógicamente interrelacionadas y que van a generar un resultado preestablecido para unos usuarios identificados (ej; GRD Apendicectomía sin Diagnóstico Principal Complicado sin CC y GRD Intervención sobre el Cristalino con o sin vitrectomía)



## 4.2. Análisis estructura funcional de los centros hospitalarios

- ✓ Las organizaciones sanitarias tradicionalmente disponen de un diseño funcional de su organización. Dicha estructura no les permite a menudo analizar con detalle como su centro sanitario desarrolla su actividad, es decir, desconoce en gran medida como se diseña y se ejecuta la cadena asistencial dentro de la organización y por tanto, impide conocer el coste de la misma.

A continuación se muestra la estructura hospitalaria básica de los centros hospitalarios según Proyecto Signo de Insalud.

- ✓ **La estructura hospitalaria se organiza en tres niveles:**

### Área funcional (AF)

Agrupación de uno o varios Servicios Funcionales, constituyendo el nivel mínimo de estructuración de un hospital.

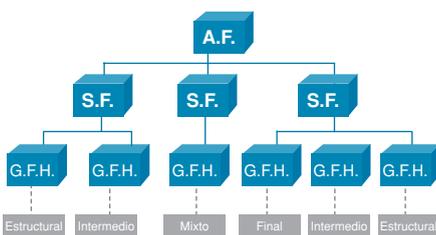
### Servicio funcional (SF)

Es la agrupación de uno o varios GFH con homogeneidad en la prestación de servicios y un responsable jerárquico superior al del GFH.

### Grupo funcional homogéneo

Son las unidades mínimas de gestión, que se caracterizan por tener una actividad homogénea, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos propios, una responsabilidad definida y un código identificativo. Los GFH son Centros de Coste ó unidad de mayor detalle recogiendo las particularidades de cada hospital.

*Estructura funcional Hospitalaria*



**Los Grupos Funcionales Homogéneos (GFH) se clasifican una vez identificado el proceso asistencial en:**

**Finales:** Definen la actividad principal

**Intermedios:** Dan soporte a los finales y pueden facturarles

**Estructurales:** Dan soporte a los anteriores, independientes de la actividad.

**Mixtos:** Definen una actividad principal y dan soporte (ej; Urgencias).

**Clasificación de los Servicios Funcionales incluidos en las distintas áreas funcionales de los centros hospitalarios**

**ESTRUCTURALES**

|                      |                                                                                                                      |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADMINISTRACIÓN       | ADMINISTRACIÓN<br>ADMINISTRACIÓN PERIFÉRICA<br>CONTROL DE GESTIÓN<br>GESTIÓN ECONÓMICA<br>INTERVENCIÓN               |
| GERENCIA Y DIRECCIÓN | ATENCIÓN AL PACIENTE<br>DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA<br>DIRECCIÓN DE GESTIÓN<br>DIRECCIÓN<br>DIRECCIÓN MÉDICA<br>GERENCIA |
| MEDICINA PREVENTIVA  | MEDICINA PREVENTIVA<br>RADIOPROTECCIÓN                                                                               |

**INTERMEDIOS**

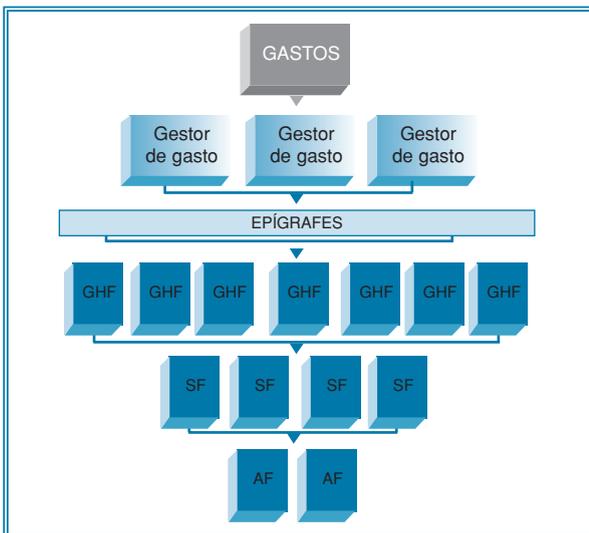
|                                 |                                                                                                                                                                 |                    |                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADMISIÓN                        | ADMISIÓN<br>DOCUMENTACIÓN CLIN-ARCHIVO                                                                                                                          | LOGÍSTICA          | ALIMENTACIÓN<br>AUDIOVISUALES<br>CONSERJERÍA<br>HOSTELERÍA<br>NFORMÁTICA<br>LAVANDERÍA<br>LIMPIEZA<br>LOGÍSTICA<br>MANTENIMIENTO<br>PERSONAL<br>SEG. Y COMUN.<br>SUMINISTROS |
| PRUEBAS ESPECIALES<br>GABINETES | CENTROS CONCERTADOS<br>FAMACOLOGÍA CLÍNICA<br>DIETÉTICA<br>NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA<br>PRUEBAS ESPECIALES-GAB.<br>FISIOTERAPIA                                   |                    |                                                                                                                                                                              |
| FARMACIA                        | FARMACIA                                                                                                                                                        |                    |                                                                                                                                                                              |
| HOSPITALIZACIÓN                 | ÁREAS DE ENFERMERÍA<br>HOSPITALIZACIÓN DE DÍA                                                                                                                   | BLOQUE QUIRÚRGICO  | ANESTESIA Y REA<br>ESTERILIZACIÓN<br>QUIRÓFANOS                                                                                                                              |
| LABORATORIOS                    | ANÁLISIS CLÍNICOS<br>ANATOMÍA PATOLÓGICA<br>BANCO DE SANGRE<br>GENÉTICA<br>HEMATOLOGÍA LABORATORIO<br>INMUNOLOGÍA<br>LABORATORIOS<br>MICROBIOLOGÍA Y PARASITOL. | CONSULTAS EXTERNAS | CONSULT. EXTER.                                                                                                                                                              |
|                                 |                                                                                                                                                                 | RADIODIAGNÓSTICO   | MEDICINA NUCLEAR<br>RADIOTERAPIA<br>RADIOLOGÍA                                                                                                                               |

**FINALES**

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CENTROS AJENOS     | CENTROS AJENOS<br>PACIENTES DESPLAZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MEDICINA           | ALERGOLOGÍA<br>CARDIOLOGÍA<br>DERMATOLOGÍA<br>DIGESTIVO<br>ENDOCRINOLOGÍA<br>GERIATRÍA<br>HOSPITALIZ. A DOM.<br>HEMATOLOGÍA CLÍNICA<br>MEDICINA INTERNA<br>MEDICINA INTENSIVA<br>NEFROLOGÍA<br>NEUMOLOGÍA<br>NEUROLOGÍA<br>ONCOLOGÍA MÉDICA<br>ONCOLOGÍA RADIOTE.<br>REHABILITACIÓN<br>REUMATOLOGÍA<br>U. DESINTOXICACIÓN |
| CIRUGÍA            | ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR<br>CIRUGÍA CARDÍACA<br>CIRUGÍA GRAL. Y DIGESTIVO<br>CIRUGÍA MAXILOFACIAL<br>CIRUGÍA PEDIÁTRICA<br>CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPAR.<br>CIRUGÍA TORÁCICA<br>NEUROCIRUGÍA<br>OFTALMOLOGÍA<br>OTORRINOLARINGOLOGÍA<br>TRAUMAT. Y C. ORTOPÉDICA<br>UNIDADES DE EXTRACCIÓN<br>UROLOGÍA<br>UNIDADES DE TRASPLANTE |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| DOCENCIA E INVEST. | DOCENCIA E INVESTIGACIÓN<br>ESCUELA U. ENFERMERÍA<br>ESCUELA U. FISIOTERAPIA<br>FACULTAD DE MEDICINA                                                                                                                                                                                                                         | OBS. Y GINECOLOGÍA | GINECOLOGÍA<br>OBS. Y GINECOLOGÍA<br>OBSTETRICIA                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ATENCIÓN PRIMARIA  | ATENCIÓN PRIMARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PEDIATRÍA          | PEDIATRÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| PSIQUIATRÍA        | PSIQUIATRÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | URGENCIAS          | URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### 4.3. Análisis de la estructura de costes de los centros hospitalarios

- ✓ La gestión analítica orientada hacia la gestión de los centros asistenciales se basa, entre otras cosas, en el traslado contable de los costes a los grupos funcionales o unidades mínimas de gestión. Este modelo fue desarrollado por el proyecto SIGNO.
- ✓ De esta forma el total de costes en que incurre un centro hospitalario se distribuye entre las distintas unidades mínimas de gestión mediante un sistema de imputación de costes.
- ✓ La gestión y el destino del gasto en los centros hospitalarios deben estar formalmente definidos, para lo que inicialmente el proyecto Signo identificó los siguientes **gestores de gasto** como responsables iniciales de dicho gasto:



Fuente: Gestión Analítica Hospitalaria (Proyecto Signo).

- ➔ Farmacia
- ➔ Logística
- ➔ Personal
- ➔ Suministros
- ➔ Mantenimiento
- ➔ Alimentación
- ➔ Gestión económica (Fondo Maniobra)

- ✓ Dentro de los centros hospitalarios analizados todavía alguno mantiene los gestores de gasto inicialmente definidos por el proyecto Signo. Otros han incorporado nuevos elementos y han realizado modificaciones con respecto a la situación de partida. Lo que dificulta un análisis comparativo de los mismos ya que estos GFH son los definidos como responsables iniciales de la gestión del gasto y son los que empiezan a definir la estructura de costes por GFH.

- ✓ **La estructura de costes definida determina la información de costes que se obtiene de las unidades mínimas de gestión.**
- ✓ La estructura predominante en los centros hospitalarios y que vamos a tratar tendrá tres apartados, condicionados siempre al organigrama de cada uno de los centros hospitalarios.

### Costes Propios

Costes asignados directamente a los GFH por los gestores de gasto, como personal, suministros, hostelería, mantenimiento, etc.

En general suponen los costes asociados a los consumos del centro de coste.

### Costes Repercutidos

Son aquellos imputados o facturados por otros GFH por la prestación de servicios vinculados a la actividad principal, como hospitalización, laboratorios, radiología, quirófanos, etc.

### Costes estructurales

Aquellos costes de estructura imputados siempre de forma estimativa y proporcional al volumen de actividad o de costes de cada GFH.

- ✓ El proceso de imputación asignará los distintos costes del centro hospitalario entre las distintas unidades de la estructura funcional. Como consecuencia de lo anterior es posible analizar el coste en el que incurre cada uno de los GFH según la estructura de costes definida.
- ✓ A continuación se muestra la estructura de costes del servicio de Anatomía Patológica en dos de los centros hospitalarios analizados. La estructura básica coincide puesto que encontramos costes propios, repercutidos y estructurales, aunque la composición de los conceptos de coste incluidos varía considerablemente.

- ✓ Información de costes del departamento de Anatomía Patológica para el periodo (1999/1 - 1999/12) una vez realizada la imputación de costes según Metodología de coste

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| <b>Costes propios</b>               |         |
| Personal                            | 130.372 |
| Gestión Económica - Fondo Maniobra  | 1.011   |
| Suministros                         | 13.544  |
| Farmacia                            | 235     |
| Mantenimiento                       | 797     |
| Gastos de Estructura                | 4.301   |
| Gastos de Energía                   | 8.464   |
| <b>Costes repercutidos</b>          |         |
| Archivo                             | 14      |
| Laboratorios                        | 30      |
| Audiovisuales                       | 140     |
| Conserjería                         | 4.848   |
| Lavandería                          | 105     |
| Limpieza                            | 5.387   |
| Seguridad y Comunicaciones          | 2.600   |
| Hostelería                          | 871     |
| Gastos de mantenimiento propio      | 3.357   |
| <b>Costes Estructurales</b>         |         |
| Administración                      | 824     |
| Dirección                           | 4.780   |
| Medicina Preventiva/Radioprotección | 1.944   |

Información en miles de pesetas facilitada por el Departamento de Control de Gestión de un centro hospitalario del INSALUD

- ✓ La información suministrada nos permite analizar los costes en los que incurre el servicio consecuencia del desarrollo de las distintas actividades que constituyen su actividad principal y que dan lugar a la producción de los distintos productos elaborados por el Centro de Coste.
- ✓ La estructura de costes se compone de los apartados definidos con anterioridad y los costes propios vienen definidos por los Gestores de Gasto definidos inicialmente por el proyecto Signo.
- ✓ En la estructura de costes que se muestra a continuación, suministrada por el departamento de Unidad de Análisis de costes de un centro hospitalario, se puede observar la misma estructura de costes pero desglosados los conceptos de coste por concepto presupuestario. Información según metodología de Costes GECLIF

|                                                                                    |                                                                |            |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Costes propios</b>                                                              | <b>Costes de personal</b>                                      |            |
|                                                                                    | No especificados                                               | 92.199.204 |
|                                                                                    | Facultativos                                                   | 56.567.544 |
|                                                                                    | Personal no sanitario grupo A                                  | 1.763.742  |
|                                                                                    | MIR                                                            | 10.553.378 |
|                                                                                    | Personal sanitario no facultativo grupo B                      | 1.622.478  |
|                                                                                    | Personal sanitario no facultativo grupo C                      | 10.302.258 |
|                                                                                    | Personal no sanitario grupo C                                  | 1.032.499  |
|                                                                                    | Personal sanitario no facultativo grupo D                      | 8.516.009  |
|                                                                                    | Personal no sanitario grupo D                                  | 1.605.530  |
|                                                                                    | Personal no sanitario grupo E                                  | 2.292.022  |
|                                                                                    | <b>Costes de funcionamiento</b>                                |            |
|                                                                                    | (22.00) Material Suministros y otros Materiales oficina        | 2.828.620  |
|                                                                                    | (22.100) Material, Suministros y otros Productos Farmacéuticos | 247.572    |
| (22.02) Material, Suministros y otros Material informático                         | 773.109                                                        |            |
| (22.12) Material, Suministros y otro instrumental y pequeño utillaje               | 184.323                                                        |            |
| (22.13) Material, Suministros no sanitario (menaje)                                | 314.929                                                        |            |
| (22.161) Material, Suministros y otros Material Laboratorio                        | 22.334.430                                                     |            |
| (22.162) Material, Suministros y otros Material Radiología                         | 17.750                                                         |            |
| (22.164) Material, Suministros y otro material sanitario                           | 2.460.927                                                      |            |
| (22.17.12) Material, Suministros y otros Material no sanitario para consumo y rep. | 2.555.754                                                      |            |
| (22.19) Material, Suministros y otro Material limpieza y aseo                      | 6.274.930                                                      |            |
| <b>Costes Repercutidos</b>                                                         | Análisis Clínicos                                              | 26.111     |
|                                                                                    | Agua H. c.s. C                                                 | 465.019    |
|                                                                                    | Almacenes                                                      | 1.737.615  |
|                                                                                    | Farmacia                                                       | 13.116     |
|                                                                                    | Cafetería                                                      | 394.619    |
|                                                                                    | Calderas                                                       | 1.310.469  |
|                                                                                    | Archivo y Documentación Clínica                                | 23.996     |
|                                                                                    | Costurero                                                      | 7.723      |
|                                                                                    | Personal Subalterno                                            | 956.941    |
|                                                                                    | Personal Subalterno Asistencial                                | 14.037.769 |
|                                                                                    | Diferencia Mantenimiento                                       | 132.860    |
|                                                                                    | EElectricidad H.C.S.C.                                         | 1.757.834  |
|                                                                                    | Electromedicina                                                | 1.332.358  |
|                                                                                    | Electromedicina Externa                                        | 5.120.929  |
|                                                                                    | Calefacción                                                    | 1.475.454  |
|                                                                                    | Guardería                                                      | 780.439    |
|                                                                                    | Lavandería Propia                                              | 199.707    |
|                                                                                    | Lavandería Externa                                             | 1.315      |
|                                                                                    | Limpieza                                                       | 17.930.118 |
|                                                                                    | Lavandería Mejorada del Campo                                  | 3.574      |
|                                                                                    | Microbiología y Parasitología                                  | 123.583    |
|                                                                                    | Oficios Varios                                                 | 2.470.497  |
|                                                                                    | Personal                                                       | 3.310.169  |
|                                                                                    | Personal Expectativa                                           | 2.148.396  |
|                                                                                    | Ropero                                                         | 520.849    |
|                                                                                    | Unidad Técnica de Apoyo                                        | 2.586.333  |
|                                                                                    | Seguridad                                                      | 1.497.697  |
|                                                                                    | Servicios Técnicos                                             | 3.839.879  |
|                                                                                    | Sistema y Tecnología de la Información                         | 436.500    |
|                                                                                    | Teléfonos                                                      | 1.068.982  |
|                                                                                    | Unidad del sistema de información                              | 262.988    |
|                                                                                    | Vestuarios                                                     | 106.319    |
|                                                                                    | Asesoría Jurídica                                              | 31.970     |
|                                                                                    | Unidad Técnica de Formación                                    | 48.783     |
| Unidad Técnica de Seguridad                                                        | 126.505                                                        |            |
| <b>Costes Estructurales</b>                                                        | Asistencia Social                                              | 578.798    |
|                                                                                    | Asuntos generales                                              | 1.125.872  |
|                                                                                    | Atención al Paciente                                           | 97.036     |
|                                                                                    | Contabilidad                                                   | 395.651    |
|                                                                                    | Coop. Ayuda Paises Desarrollo                                  | 8.337      |
|                                                                                    | Dirección de Enfermería                                        | 3.771.269  |
|                                                                                    | Dirección de Gestión                                           | 1.246.906  |
|                                                                                    | Dirección Médica                                               | 1.183.650  |
|                                                                                    | Gerencia                                                       | 3.162.992  |
|                                                                                    | Gestión Económica                                              | 641.560    |
|                                                                                    | Intervención                                                   | 71.919     |
|                                                                                    | Medicina Preventiva                                            | 3.047.900  |
|                                                                                    | Unidad Análisis de Costes                                      | 95.077     |
|                                                                                    | Unidad de Calidad                                              | 9.520      |
|                                                                                    | Unidad de Comunicación                                         | 199.299    |

---

## METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

---

1. **LA ORGANIZACIÓN SANITARIA ORIENTADA A LOS PROCESOS**
2. **ABQ COMO MÉTODO DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES**
3. **LA GUÍA INTEGRADA ASISTENCIAL COMO HERRAMIENTA DEL ABQ**
4. **INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES**

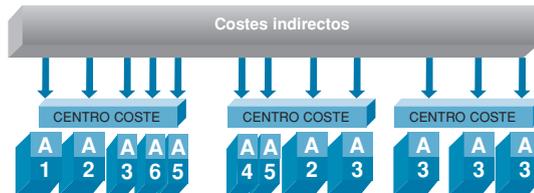
## **5 METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES**

- 5.1. ANÁLISIS MÉTODO EMPLEADO
  - 5.2. SISTEMA DE IMPUTACIÓN DE COSTE DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS
6. **DESARROLLO METODOLOGICO**

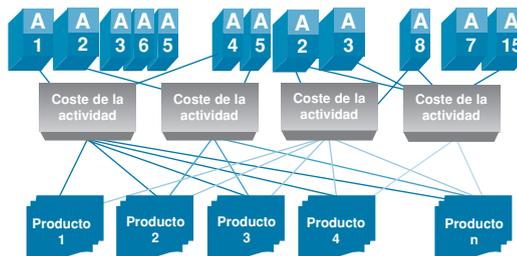
## 5. METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES

### 5.1. Análisis Método empleado

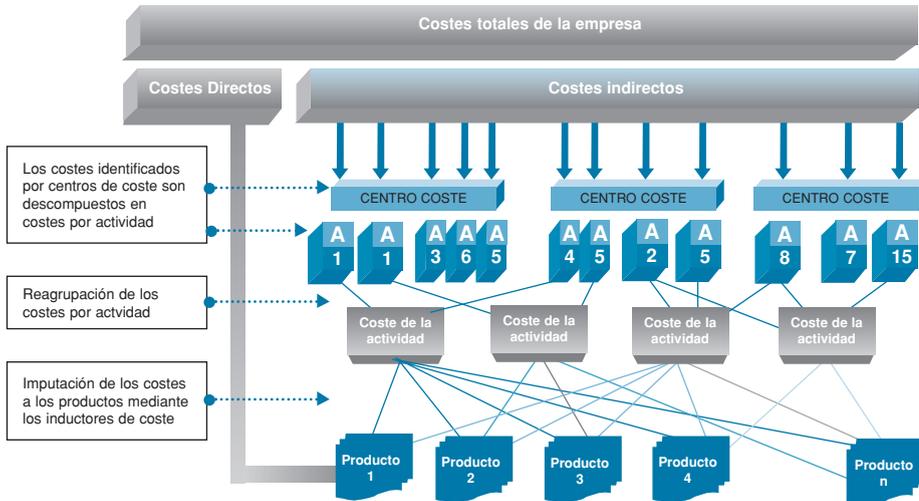
- ✓ El sistema ABC se fundamenta en que las actividades de la entidad son las que consumen los recursos.
- ✓ Mediante la metodología se consigue asignar la totalidad de los costes de la entidad localizados en los Centros de Coste en los que se estructura la organización, a los productos realizados por la misma.
- ✓ La metodología requiere:
  - ❶ Asignación directa de los costes que se identifican plenamente con una actividad (Costes Directos).
  - ❷ Asignación de costes indirectos asociados al producto.
    - Los costes indirectos de la entidad son repartidos entre los distintos centros de coste atendiendo a la estructura funcional de la misma.
    - El método exige la especificación de las distintas actividades que se realizan en cada centro de coste.
    - Los costes Indirectos localizados en los distintos centros de coste se asignan a las distintas actividades que se realizan en el mismo. Para ello es necesario establecer unidades de trabajo que permitan medir la relación de transformación de los inputs en outputs realizadas en los centros de coste.



- El coste de la actividad necesaria para la realización de un producto lo compone el coste de las distintas actividades necesarias para su realización, las cuales provienen de los distintos centros de coste de la entidad.



**Método de cálculo de costes por actividad**



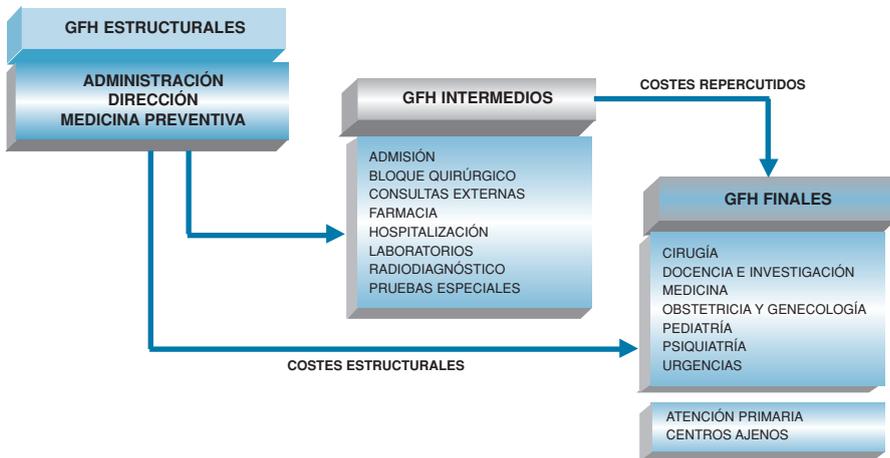
(1) Michael Lebas. *Compatibilité analytique basé sur les activités. Analyse de Gestion des Activités. Revue de comptabilité. Numéro especial de Compatibilité de Gestion. Septiembre, 1991.*

- ✓ El sistema tiene como objetivo, no sólo **el cálculo del coste del producto**, sino la evaluación del coste de las actividades y la utilidad de éstas en el proceso productivo, dependiendo del valor añadido que aporten en relación con la satisfacción de las necesidades de los clientes.
- ✓ Sin embargo la **implantación** de un sistema de imputación de costes basado en actividades resulta muy laboriosa, ya que es difícil obtener toda la información y especificar las distintas actividades que se realizan en los centros de coste, aspectos necesarios para realizar las imputaciones de forma correcta. Es por este motivo por el que se ha realizado una adaptación de dicha metodología que permite adaptarse a la disponibilidad de información, estructura y metodología de coste de los centros hospitalarios.
- ✓ La **metodología de imputación de costes adaptada** realiza un **sistema de imputación de costes basado en actividades para los componentes de coste con un mayor peso relativo en el coste total del proceso**, es decir, costes de personal y material empleado. Los **costes indirectos** localizados en los distintos centros de coste serán imputados a los diferentes productos demandados por el proceso **mediante criterios de asignación de coste consensuados** con los responsables de los principales servicios participantes en los procesos, lo que requiere el análisis del sistema de imputación de costes en los centros hospitalarios.

## 5.2. Método tradicional de imputación de costes en los centros hospitalarios

- ✓ El proceso de imputación de costes definido por el proyecto Signo I se realiza mediante un sistema de reparto en cascada a través de coeficientes de reparto, según muestra el siguiente gráfico:

*Sistema de imputación en cascada*



- ✓ La mayoría de los centros hospitalarios analizados utilizan este sistema de reparto de costes mediante la definición de una cascada que va a determinar el reparto de costes entre los distintos GFH'S del centro hospitalario. No obstante este sistema exige establecer una secuencia de imputación que no en todos los casos estudiados permite retroceder en la secuencia, de forma que aquellos GFH que reparten sus costes en primer lugar no pueden percibir costes de un GFH posterior.
- ✓ Los costes se reparten entre GFH'S mediante criterios de reparto definidos por cada centro hospitalario (ej; Determinaciones para el GFH Análisis Clínicos, N<sup>o</sup> de pruebas en Radiología, etc). En este sentido se encuentran bastantes diferencias entre los distintos centros hospitalarios.
- ✓ Los costes derivados de los GFH estructurales, se conciben como un todo global, que en virtud de un criterio de reparto se imputa a los diferentes centros de coste.

---

## DESARROLLO METODOLÓGICO

---

1. **LA ORGANIZACIÓN SANITARIA ORIENTADA A LOS PROCESOS**
2. **ABQ COMO MÉTODO DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES**
3. **LA GUÍA INTEGRADA ASISTENCIAL COMO HERRAMIENTA DEL ABQ**
4. **INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES**
5. **METODOLOGÍA DE IMPUTACIÓN DE COSTES**

## **6 DESARROLLO METODOLÓGICO**

### 6.1. INTRODUCCIÓN

### 6.2. FASES

- 6.2.1. Imputación Costes Directos
- 6.2.2. Clasificación de Costes. Análisis
- 6.2.3. Imputación Costes Indirectos
- 6.2.4. Costes del Proceso según Demanda

## 6. DESARROLLO METODOLÓGICO

### 6.1. Introducción

- ✓ **La metodología desarrollada permite el cálculo del coste de los procesos. No obstante permite la valoración de los siguientes conceptos:**
  - Esta herramienta metodológica permite **un análisis del coste con mayor peso relativo** a nivel de actividad ya que asocia los costes directos a las distintas actividades que componen el proceso, con el objetivo de medir los factores que se precisan, a nivel global, para obtener un determinado output.
  - Por otra parte la metodología permite la **valoración de los productos** demandados por los procesos, realizando una asignación de los costes indirectos a los productos utilizando múltiples bases de distribución.
  - La metodología **establece diferencias entre los distintos tipos de actividad que se desarrollan a lo largo del proceso**, y la forma en la que cada producto o servicio ha consumido actividades; además, también se asignan costes diferentes a las diversas actividades en base a la cantidad de recursos consumidos, lo que origina una información del coste del producto, en principio, precisa.
  - La metodología **introduce en la valoración de los procesos** no sólo los consumos de recursos empleados en la realización de las actividades, sino aquellos **costes de gestión y estructura**, entre otros, necesarios para el funcionamiento del servicio ó unidad productora.
  - El proceso de asignación de costes se realizará de una forma progresiva, siempre **adaptándose a la estructura de costes de los centros hospitalarios**.
- ✓ A continuación se muestra con un ejemplo práctico el desarrollo metodológico.

- 1 El **centro de coste** Anatomía Patológica incurre en los costes que se muestran en la tabla adjunta a la derecha.
- Los **costes** son consecuencia del consumo de recursos causados por la realización de las distintas actividades realizadas por el personal del Centro de Coste.
- El **producto** demandado por el proceso GRD 167 del servicio Anatomía Patológica es la Biopsia.

EXTRACTO CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS (\*)

| PROCEDIMIENTOS                                      | TIPOS (productos)                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AUTOPSIA                                            | ...                                                                                                                                              |
| CITOPATOLOGÍA                                       | ...                                                                                                                                              |
| P.A.A.F.                                            | ...                                                                                                                                              |
| TÉCNICAS ESPECIALES                                 | ...                                                                                                                                              |
| PATOLOGÍA QUIRÚRGICA (BIOPSIA Y PIEZAS QUIRÚRGICAS) | Biopsias de mucosas<br>Biopsias de próstata<br>Biopsia de cervix<br>Biopsia de endometrio<br>Biopsia de mama<br>...<br>Biopsia de articulaciones |

(\*) Libro blanco de la Anatomía Patológica en España.

- Las **actividades** realizadas como consecuencia de la realización del producto demandado por el proceso GRD 167 son según descripción del personal implicado

|                                                                 |                                               |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| ACTIVIDAD: Recepción de la muestra (biopsia)                    | CATEGORÍA PROFESIONAL: Auxiliar de enfermería |
| ACTIVIDAD: Tallado y macroscopia (biopsia)                      | CATEGORÍA PROFESIONAL: MIR                    |
| ACTIVIDAD: Preparación muestra para biopsia                     | CATEGORÍA PROFESIONAL: Técnico                |
| ACTIVIDAD: Proceso para la obtención de preparaciones (biopsia) | CATEGORÍA PROFESIONAL: Técnico                |
| ACTIVIDAD: Estudio y descripción microscópica y diagnóstico     | CATEGORÍA PROFESIONAL: Facultativo            |
| ACTIVIDAD: Estudio y descripción microscópica                   | CATEGORÍA PROFESIONAL: MIR                    |

- El **objeto de la metodología de imputación de costes** es asignar, en la proporción correspondiente los costes del servicio al proceso:
- **Costes directos** a las distintas actividades desarrolladas por el mismo para el proceso y
- **Resto de costes del servicio** a los productos del mismo demandados por los procesos

Estructura de costes (1999/1-1999/12)

ANATOMÍA PATOLÓGICA

| Costes de personal                                                                 |            |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| No especificados                                                                   | 92.199.204 |
| Facultativos                                                                       | 56.567.544 |
| Personal no Sanitario grupo A                                                      | 1.763.742  |
| MIR                                                                                | 10.553.378 |
| Personal sanitario facultativo grupo B                                             | 1.622.478  |
| Personal sanitario no facultativo grupo C                                          | 10.302.258 |
| Personal no sanitario grupo C                                                      | 1.032.499  |
| Personal sanitario no facultativo grupo D                                          | 8.516.009  |
| Personal no sanitario grupo D                                                      | 1.605.530  |
| Personal no sanitario grupo E                                                      | 2.292.022  |
| Costes de Funcionamiento                                                           |            |
| (22.00) Material, Suministros y otros Material oficina                             | 2.828.620  |
| (22.110) Material, Suministros y otros Productos Farmacéuticos                     | 247.572    |
| (22.02) Material, Suministros y otros Material informático                         | 773.109    |
| (22.12) Material, Suministros y otro instrumental y pequeño utillaje               | 184.323    |
| (22.13) Material, Suministros no sanitario (menaje)                                | 314.929    |
| (22.161) Material, Suministros y otros Material Laboratorio                        | 22.334.430 |
| (22.162) Material, Suministros y otros Material Radiología                         | 17.750     |
| (22.164) Material, Suministros y otro material sanitario                           | 2.460.927  |
| (22.17.12) Material, Suministros y otros Material no sanitario para consumo y rep. | 2.555.754  |
| (22.19) Material, Suministros y otro Material limpieza y aseo                      | 6.274.930  |
| Costes utilización otros servicios                                                 |            |
| Análisis Clínicos                                                                  | 26.111     |
| Agua H.c.s.C                                                                       | 465.019    |
| Almacenes                                                                          | 1.437.615  |
| Farmacia                                                                           | 13.116     |
| Cafetería                                                                          | 394.619    |
| Calderas                                                                           | 1.310.469  |
| Archivo y Documentación Clínica                                                    | 23.996     |
| Costurero                                                                          | 7.723      |
| Personal Subalterno                                                                | 956.941    |
| Personal Subalterno Asistencial                                                    | 14.037.769 |
| Diferencia Mantenimiento                                                           | 132.860    |
| Electricidad H.C.S.C.                                                              | 1.757.834  |
| Electromedicina                                                                    | 1.332.358  |
| Electromedicina Externa                                                            | 5.120.929  |
| Calefacción                                                                        | 1.475.454  |
| Guardería                                                                          | 780.439    |
| Lavandería Propia                                                                  | 199.707    |
| Lavandería Externa                                                                 | 1.315      |
| Limpieza                                                                           | 17.930.118 |
| Lavandería Mejorada del Campo                                                      | 3.754      |
| Microbiología y Parasitología                                                      | 123.538    |
| Oficios Varios                                                                     | 2.470.497  |
| Personal                                                                           | 3.310.169  |
| Personal Expectativa                                                               | 2.148.396  |
| Ropero                                                                             | 520.489    |
| Unidad Técnica de Apoyo                                                            | 2.586.333  |
| Seguridad                                                                          | 1.497.697  |
| Servicios Técnicos                                                                 | 3.839.879  |
| Sistema y Tecnología de la Información                                             | 436.500    |
| Teléfonos                                                                          | 1.038.982  |
| Unidad del sistema de información                                                  | 262.988    |
| Vestuarios                                                                         | 106.319    |
| Asesoría Jurídica                                                                  | 31.970     |
| Unidad Técnica de Formación                                                        | 48.783     |
| Unidad Técnica de Seguridad                                                        | 126.505    |
| Costes Estructurales                                                               |            |
| Asistencia Social                                                                  | 578.798    |
| Asuntos generales                                                                  | 1.125.872  |
| Atención al paciente                                                               | 97.036     |
| Contabilidad                                                                       | 395.651    |
| Coop. Ayuda Países Desarrollo                                                      | 8.337      |
| Dirección de Enfermería                                                            | 3.771.269  |
| Dirección de Gestión                                                               | 1.246.905  |
| Dirección Médica                                                                   | 1.183.650  |
| Gerencia                                                                           | 3.162.992  |
| Gestión Económica                                                                  | 641.560    |
| Intervención                                                                       | 71.919     |
| Medicina Preventiva                                                                | 3.047.900  |
| Unidad Análisis de Costes                                                          | 96.077     |
| Unidad de Calidad                                                                  | 9.520      |
| Unidad de Comunicación                                                             | 199.299    |

## **6.2. Fases**

**La metodología se desarrolla en las siguientes fases que a continuación se desarrollan:**

### **6.2.1. IMPUTACIÓN COSTES DIRECTOS**

- ❶ Localización de actividades
- ❷ Medición de consumos

### **6.2.2. CLASIFICACIÓN DE COSTES: ANÁLISIS**

### **6.2.3. IMPUTACIÓN COSTES INDIRECTOS**

- ❶ Identificación de actividades en la estructura funcional
- ❷ Agrupación de actividades e identificación de productos
- ❸ Localización de costes
- ❹ Determinación y aplicación de los inductores de coste

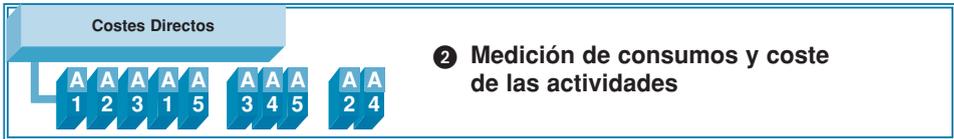
### **6.2.4. CÁLCULO DEL COSTE DEL PROCESO SEGÚN DEMANDA**

## 6.2.1 Imputación de costes directos



### 1 Localización de las Actividades del proceso

- ✓ La imputación de costes directos a las actividades se va realizar mediante la aplicación de un sistema de cálculo de costes por actividad (ABC), según se indicó en el epígrafe 5.1. Ya se ha comentado anteriormente que las actividades son el punto neurálgico de un sistema ABC, y son por tanto las actividades las que, en función del consumo de factores o recursos empleados, deberán cuantificarse en términos de coste.
- ✓ Posteriormente se analizará que el peso relativo de los costes directos imputados al proceso mediante la utilización de ABC, es superior al peso relativo de los Costes indirectos asociados al mismo.
- ✓ Las actividades que componen cada uno de los procesos, que se encuentran detalladas en la Guía Integrada Asistencial contienen los elementos esenciales necesarios para efectuar la imputación de costes en aquellos elementos que participan de una forma directa en la realización de las mismas:
  - Categoría Profesional del personal implicado
  - Tiempo efectivo de realización de actividades
  - Especificación del material empleado en la realización de las actividades
  - Volumen ó cantidad de material empleado



- ✓ Esta fase se corresponde con la imputación de costes directos a las distintas actividades del proceso.
- ✓ En el presente trabajo se han utilizado costes históricos para material y gastos de personal y gastos generales de producción ( periodo comprendido 1/1999 - 12/1999).
- ✓ La imputación se realiza teniendo en cuenta que lo que determina el consumo de los recursos son las actividades que deben acometerse y la forma en la que éstas se ejecutan.
- ✓ Como anteriormente se ha señalado los costes asignados directamente a las actividades son los de Personal y Material Fungible y de reposición definidos por las personas que realizan las distintas actividades de los procesos.

### Personal

- ✓ El coste de personal es medido en tiempo efectivo consumido en realizar las actividades, y según las horas (minutos) trabajados al año y la retribución bruta anual de las diferentes categorías profesionales que trabajan en el centro hospitalario.

El coste de las distintas tareas que engloba cada actividad será el resultado de multiplicar el coste unitario por unidad y la cantidad, teniendo en cuenta la ponderación. Esto es en el caso de personal consistiría en multiplicar el tiempo empleado en realizar cada tarea por el coste minuto de la categoría profesional que la realiza y por la cantidad de veces que realiza la tarea.

- ✓ A continuación se expone un ejemplo del cálculo del coste de personal de realización de un producto (biopsia) en el centro de coste de Anatomía Patológica.

La información del mismo ha sido extraído del Anexo III, donde se dispone de la descripción de las distintas actividades desarrolladas por el personal de anatomía patológica necesarias para la realización de una biopsia así como del tiempo empleado en la realización de las mismas según descripción de los participantes en las mismas.

**Desglose de tareas a realizar por las distintas categorías profesionales del centro de coste de Anatomía Patológica necesarias para la realización del producto biopsia, y tiempo empleado en realizarlas:**

| Producto BIOPSIA<br>Centro de Coste ANATOMÍA PATOLÓGICA |                                        |        |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------|
| CATEGORÍA PROFESIONAL                                   | ACTIVIDADES                            | TIEMPO |
| Auxiliar Enfermería                                     | Recepción muestra                      | 0,5    |
| MIR                                                     | Tallado y descripción macroscópica     | 5      |
|                                                         | Estudio y descripción microscópica     | 5      |
| Técnico                                                 | Etiquetado                             | 3      |
|                                                         | Preparar Cassette                      | 2      |
|                                                         | Inclusión procesador                   | 1      |
|                                                         | Inclusión en parafina                  | 2      |
|                                                         | Enfriar                                | 1      |
|                                                         | Corte microtomo                        | 5      |
|                                                         | Secado en estufa                       | 1      |
|                                                         | Tinción autoteñidor                    | 1      |
|                                                         | Montaje                                | 1      |
|                                                         | Etiquetar porte-objetos                | 1      |
|                                                         | Localizar macro y entrega              | 2      |
| Facultativo                                             | Descripción microscópica y diagnóstico | 5      |

*Ejemplo cálculo de coste de personal dada la siguiente retribución bruta anual*

|                                          | Retribución bruta anual | Coste minuto (*) | Minutos empleados en producto | Coste personal producto |
|------------------------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Facultativos especialistas               | 9.066.028               | 86               | 5                             | 429                     |
| MIR                                      | 3.807.600               | 38               | 10                            | 380                     |
| Técnicos especialistas                   | 3.592.193               | 34               | 20                            | 680                     |
| Aux. Enferm. y personal apoyo            | 3.177.921               | 30               | 0,5                           | 15                      |
| Administrativos                          | 3.592.193               | 34               | 0                             | 0                       |
| <b>Total coste de persona producto x</b> |                         |                  |                               | <b>1.505</b>            |

(\*) Coste minuto = (Retribución Bruta Anual / Horas anuales)/60

- ✓ Para la realización de la imputación de costes de Personal es necesario la descripción de todas aquellas actividades que componen los procesos y la definición del tiempo necesario para la realización de las mismas.
- ✓ Para el cálculo del coste minuto es necesario conocer la retribución bruta anual y la jornada laboral anual, dichos datos son facilitados por el departamento de gestión de personal de cada centro hospitalario.

## Material

- ✓ El coste de material comprende el coste de material fungible (p.ej.:Placas, catéteres etc y de farmacia (p. Ej: Contrastes etc)

Es necesaria la descripción de los materiales que se consumen en cada centro de coste necesarios para la realización de los distintas actividades que componen los procesos.

El coste unitario de los materiales ha sido extraído del catálogo de productos del centro hospitalario correspondiente.

- ✓ Como ejemplo podemos observar a continuación una información extraída del Anexo II donde podemos observar los materiales empleados en la realización de una determinada actividad. El coste total del material por actividad consiste en multiplicar la cantidad empleada según volumen por el coste unitario y ponderación.

*Ejemplo cálculo de coste de material*

| Descripción                 | Cantidad | Volumen | Unidad | Cantidad Total | Ponderación | Cantidad ponderada | Coste unidad | Coste total |
|-----------------------------|----------|---------|--------|----------------|-------------|--------------------|--------------|-------------|
| Cuchillas rasurado          | 2        | 1       | Unidad | 2              | 40%         | 0,08               | 15,3         | 1,22        |
| Esparadrado de tela 5cm*10m | 1        | 0,005   | Rollo  | 0,005          | 100%        | 0,0005             | 123          | 0,06        |
| Hibitane                    | 1        | 10      | cc     | 10             | 50%         | 0,5                |              | 0,00        |
| Esponja jabonosa            | 1        | 1       | Unidad | 1              | 50%         | 0,05               | 9,4          | 0,47        |

- ✓ De esta forma se obtiene el coste del material empleado en la realización de cada actividad, si sumamos todos los costes de los materiales de todas aquellas actividades que son necesarias en la realización de un determinado producto obtendremos como en el caso del personal el coste del material empleado en la realización de un producto determinado.

- ✓ La consideración de Coste Directo hace referencia a aquellos costes del servicio que pueden identificarse de forma directa con la realización de la actividad.
- ✓ El coste asignado a cada actividad como directo puede dividirse en:
  - ❶ **Coste del personal**, medido en tiempo efectivo consumido en realizar las actividades.
  - ❷ **Coste de material**: comprende el coste de material fungible (p.ej: placas, catéteres etc) y de farmacia (p.ej: contrastes etc). La descripción del material necesario es descrito por el personal implicado en la realización de las actividades.

| <b>COSTES DIRECTOS</b><br>(Relación de Costes asignados directamente al proceso) |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo I</b>                                                                | <b>Costes de Personal</b>                               |
| <b>Capítulo II</b>                                                               | <b>Costes de Funcionamiento</b>                         |
| (22.110)                                                                         | Material, Suministros y Productos Farmacéuticos         |
| (22.160)                                                                         | Material, Suministros y otros implantes                 |
| (22.161)                                                                         | Material, Suministros y otros Material de laboratorio   |
| (22.162)                                                                         | Material, Suministros y otros Material de radiología    |
| (22.164.16)                                                                      | Material, Suministros y otro Material gases medicinales |
| (22.164)                                                                         | Material, Suministros y otro material sanitario         |

*Conceptos de coste asignados directamente a las actividades  
(Esquema de costes según Gestión clínico financiera)*

- ✓ Los Costes Indirectos hacen referencia al resto de conceptos de coste del servicio no asignados a las actividades. Entre otros conceptos se incluyen suministros energéticos, costes de estructura y costes repercutidos por otros GFH.

| <b>COSTES INDIRECTOS</b><br>(Relación de Costes asignados directamente al proceso) |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo II</b>                                                                 | <b>Costes de Funcionamiento</b>                              |
| (22.00)                                                                            | Material, Suministros y otros Material oficina               |
| (22.02)                                                                            | Material, Suministros y otros Material informático           |
| (22.12)                                                                            | Material, Suministros y otro instrumental y pequeño utillaje |
| (22.13)                                                                            | Material, Suministros no sanitario (menaje)                  |
| (22.14)                                                                            | Material, Suministros y otros Lencería y vestuario           |
| (22.17)                                                                            | Material, Suministros y otros material no sanitario          |
| (22.17.12)                                                                         | M. S y otros Materiales no sanitario consumo y rep.          |
| (22.19)                                                                            | Material, Suministros y otro Material limpieza y aseo        |
| (22.69)                                                                            | Material, Suministros y otros Gtos. Diversos                 |
| (61.00)                                                                            | Contratos de mantenimiento                                   |
|                                                                                    | <b>Costes Repercutidos</b>                                   |
|                                                                                    | <b>Costes Estructurales</b>                                  |

*Conceptos de coste asignados a los productos con criterio de distribución  
(Esquema de costes según Gestión clínico financiera)*

## 6.2.2 Clasificación de Costes. Análisis



- ✓ Los costes de las actividades son obtenidos fácilmente cuando los recursos son dedicados a una determinada actividad en concreto; sin embargo, la dificultad se presenta cuando los recursos son destinados o consumidos por múltiples actividades.

La existencia de costes comunes a varias actividades impone la necesidad de establecer un método de asignación que garantice el principio de proporcionalidad, entre la cantidad de coste repercutido a cada actividad y la cantidad de factor que ha consumido.

La razón que aconseja la distribución de tales costes es la de garantizar que las decisiones relativas a las actividades incluyan en su evaluación todos los costes o recursos efectivamente utilizados.

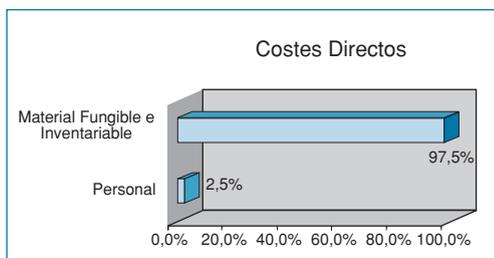
- ✓ Tras la evaluación de los distintos conceptos de coste de los diferentes centros de responsabilidad se observa que una gran proporción de los costes no son afectables directamente a las actividades, en algunos casos por la imposibilidad de asociar dichos costes a la realización de cada actividad (p.ejemplo limpieza), en otros casos por la imposibilidad de obtener la información ó el coste de obtención de la misma. Dichos costes serán asignados a los productos de cada servicio mediante un criterio de distribución de coste (inductor).
- ✓ A continuación se detallan los conceptos de coste afectables directamente a las actividades (Coste Directo) de aquellos que no lo son (Coste Indirecto), del total de conceptos de coste identificados en la estructura de costes de los centros hospitalarios.

- ✓ Se efectuó un estudio de la estructura de costes de los Servicios participantes en los procesos, de forma que permitiese evaluar del total de costes del Servicio aquellos que es posible afectar directamente a las actividades que desarrolla mediante metodología de costes ABC.
- ✓ Los conceptos incluidos en el análisis son los siguientes:
  - ① **Costes Totales del Servicio** Los corresponden al total de costes en el periodo (1999/1 -1999/12) según datos suministrados por los servicios de Contabilidad Analítica.(\*) y corresponden por tanto con aquellos costes necesarios para la realización de todos los productos que genera durante el ejercicio económico.
  - ② **Los Costes Directos** hacen referencia a aquellos costes del servicio que según la metodología anteriormente descrita han sido identificados y asignados a las distintas actividades que se realizan en los distintos servicios. Básicamente hace referencia al personal y material utilizado en la realización de las actividades. En el Anexo II se encuentra la descripción de estos conceptos.
  - ③ **Los Costes Indirectos** se corresponderían con el resto de costes del servicio que no podrían identificarse ó relacionarse directamente con cada actividad, por ejemplo el mantenimiento, el suministro eléctrico, estructura etc, aunque dichos costes son necesarios para la realización de los distintos productos del servicio. Estos costes serán asignados a los productos que elabora el servicio mediante un criterio de reparto ó inductor. En el Anexo III se encuentra la descripción de estos conceptos de coste.
- ✓ Es posible analizar de esta forma el porcentaje del total de costes del servicio que se podrían asignar directamente a las actividades y aquellos costes que requieren de un criterio de reparto para su asignación a los distintos productos del servicio (Costes Indirectos).
- ✓ Se analiza la estructura de costes de los siguientes servicios participantes en los procesos:
  - Quirófanos
  - Urgencias
  - Anatomía Patológica
  - Farmacia
  - Hospitalización
  - Admisión
  - Laboratorio
  - Radiodiagnóstico

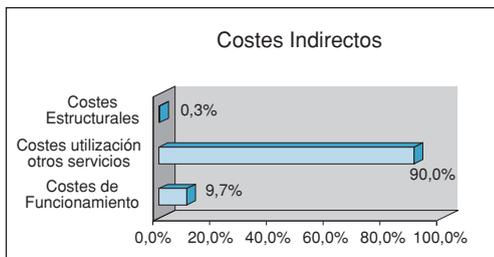
(\*) Información analítica según Gestión de Costes Clínicos (GECLIF)

### Análisis: Quirófanos

- ✓ La estructura de costes del bloque Quirúrgico está marcada por sus características arquitectónicas especiales, instalaciones peculiares y bien reguladas, con una gran concentración tecnológica y punto de confluencia de multitud de servicios asistenciales, lo que se manifiesta en la significación de los Costes Indirectos del Servicio.
- ✓ A continuación se muestra la distribución de los Costes totales entre los distintos conceptos de coste.



Conceptos contenidos en el total de Costes Directos del GFH Quirófano

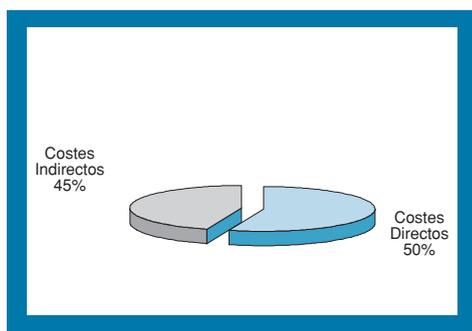


Conceptos contenidos en el total de Costes Indirectos del GFH Quirófano

| COSTES DIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo I</b>                                                      | <b>Costes de Personal</b>                               |
| <b>Capítulo II</b>                                                     | <b>Costes de Funcionamiento</b>                         |
| (22.110)                                                               | Material, Suministros y Productos Farmacéuticos         |
| (22.160)                                                               | Material, Suministros y otros implantes                 |
| (22.161)                                                               | Material, Suministros y otros Material de laboratorio   |
| (22.162)                                                               | Material, Suministros y otros Material de radiología    |
| (22.164.16)                                                            | Material, Suministros y otro Material gases medicinales |
| (22.164)                                                               | Material, Suministros y otro material sanitario         |

| COSTES INDIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo II</b>                                                       | <b>Costes de Funcionamiento</b>                          |
| (22.00)                                                                  | Material, Suministros y otros Material oficina           |
| (22.02)                                                                  | Material, Suministros y otros Material Informático       |
| (22.12)                                                                  | Material, Suministros y otro instrum. y pequeño utillaje |
| (22.13)                                                                  | Material, Suministros no sanitario (menaje)              |
| (22.14)                                                                  | Material, Suministros y otros Lencería y vestuario       |
| (22.17)                                                                  | Material, Suministros y otro material no sanitario       |
| (22.17.12)                                                               | M. S y otros Material no sanitario consumo y rep.        |
| (22.17.2)                                                                | Material, Suministros y otro material para consumo       |
| (22.19)                                                                  | Material, Suministros y otro Material limpieza y aseo    |
| (22.69)                                                                  | Material, Suministros y otros Gtos. Diversos             |
| (61.00)                                                                  | Contratos de mantenimiento                               |

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| <b>Costes utilización otros servicios (Repercutidos)</b> |
| <b>Costes Estructurales</b>                              |

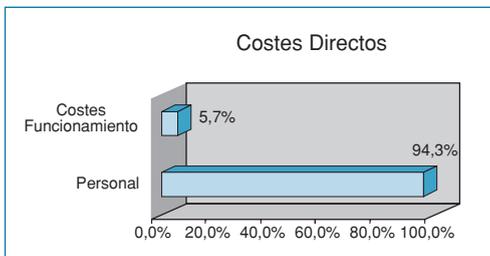


Relación de Costes Directos e Indirectos en relación a los Costes Totales del GFH Quirófano

Fuente: contabilidad Analítica Hospital Clínico San Carlos

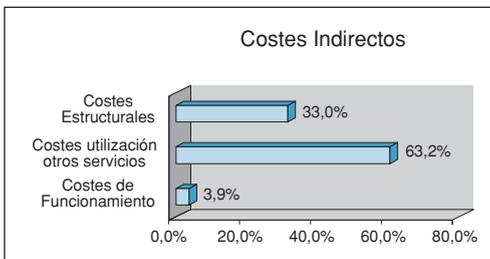
### Análisis: Urgencias

- ✓ A continuación se muestra la distribución de los Costes totales de una unidad de Urgencias entre los distintos conceptos de coste.
- ✓ Observamos como el coste de Personal es el más representativo y que los costes indirectos del servicio representan el 19% de los costes totales del mismo.



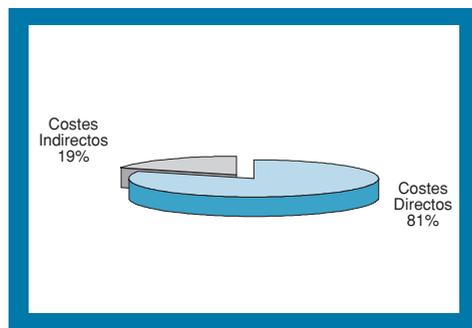
Conceptos contenidos en el total de Costes Directos del GFH Urgencias

| COSTES DIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo I</b>                                                      | <b>Costes de Personal</b>                               |
| <b>Capítulo II</b>                                                     | <b>Costes de Funcionamiento</b>                         |
| (22.110)                                                               | Material, Suministros y Productos Farmacéuticos         |
| (22.160)                                                               | Material, Suministros y otros implantes                 |
| (22.161)                                                               | Material, Suministros y otros Material de laboratorio   |
| (22.162)                                                               | Material, Suministros y otros Material de radiología    |
| (22.164.16)                                                            | Material, Suministros y otro Material gases medicinales |
| (22.164)                                                               | Material, Suministros y otro material sanitario         |



Conceptos contenidos en el total de Costes Indirectos del GFH Urgencias

| COSTES INDIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo II</b>                                                       | <b>Costes de Funcionamiento</b>                          |
| (22.00)                                                                  | Material, Suministros y otros Material oficina           |
| (22.02)                                                                  | Material, Suministros y otros Material Informático       |
| (22.12)                                                                  | Material, Suministros y otro instrum. y pequeño utillaje |
| (22.13)                                                                  | Material, Suministros no sanitario (menaje)              |
| (22.14)                                                                  | Material, Suministros y otros Lencería y vestuario       |
| (22.17)                                                                  | Material, Suministros y otro material no sanitario       |
| (22.17.12)                                                               | M. S y otros Material no sanitario consumo y rep.        |
| (22.17.2)                                                                | Material, Suministros y otro material para consumo       |
| (22.19)                                                                  | Material, Suministros y otro Material limpieza y aseo    |
| (22.69)                                                                  | Material, Suministros y otros Gtos. Diversos             |
| (61.00)                                                                  | Contratos de mantenimiento                               |
| <b>Costes utilización otros servicios (Repercuidos)</b>                  |                                                          |
| <b>Costes Estructurales</b>                                              |                                                          |

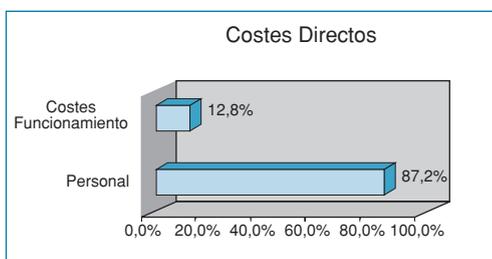


Relación de Costes Directos e Indirectos en relación a los Costes Totales del GFH Urgencias

Fuente: Contabilidad Analítica Hospital Clínico San Carlos

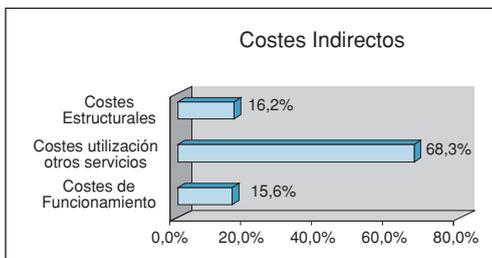
## Análisis: Anatomía Patológica

- ✓ A continuación se muestra la distribución de los Costes totales de una unidad de Anatomía Patológica entre los distintos conceptos de coste.



Conceptos contenidos en el total de Costes Directos del GFH Anatomía Patológica

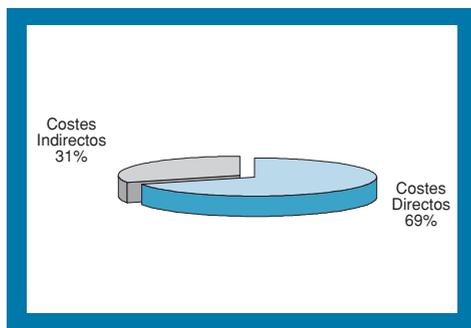
| COSTES DIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo I</b>                                                      | <b>Costes de Personal</b>                               |
| <b>Capítulo II</b>                                                     | <b>Costes de Funcionamiento</b>                         |
| (22.110)                                                               | Material, Suministros y Productos Farmacéuticos         |
| (22.160)                                                               | Material, Suministros y otros implantes                 |
| (22.161)                                                               | Material, Suministros y otros Material de laboratorio   |
| (22.162)                                                               | Material, Suministros y otros Material de radiología    |
| (22.164.16)                                                            | Material, Suministros y otro Material gases medicinales |
| (22.164)                                                               | Material, Suministros y otro material sanitario         |



Conceptos contenidos en el total de Costes Indirectos del GFH Anatomía Patológica

| COSTES INDIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo II</b>                                                       | <b>Costes de Funcionamiento</b>                          |
| (22.00)                                                                  | Material, Suministros y otros Material oficina           |
| (22.02)                                                                  | Material, Suministros y otros Material Informático       |
| (22.12)                                                                  | Material, Suministros y otro instrum. y pequeño utillaje |
| (22.13)                                                                  | Material, Suministros no sanitario (menaje)              |
| (22.14)                                                                  | Material, Suministros y otros Lencería y vestuario       |
| (22.17)                                                                  | Material, Suministros y otro material no sanitario       |
| (22.17.12)                                                               | M. S y otros Material no sanitario consumo y rep.        |
| (22.17.2)                                                                | Material, Suministros y otro material para consumo       |
| (22.19)                                                                  | Material, Suministros y otro Material limpieza y aseo    |
| (22.69)                                                                  | Material, Suministros y otros Gtos. Diversos             |
| (61.00)                                                                  | Contratos de mantenimiento                               |

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| <b>Costes utilización otros servicios (Repercutidos)</b> |
| <b>Costes Estructurales</b>                              |

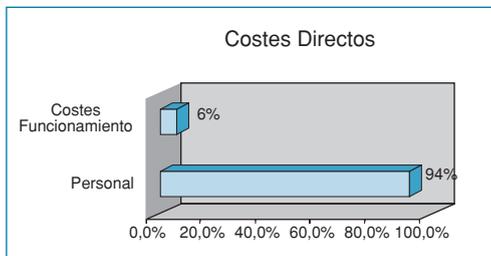


Relación de Costes Directos e Indirectos en relación a los Costes Totales del GFH Anatomía Patológica

Fuente: Contabilidad Analítica Hospital Clínico San Carlos

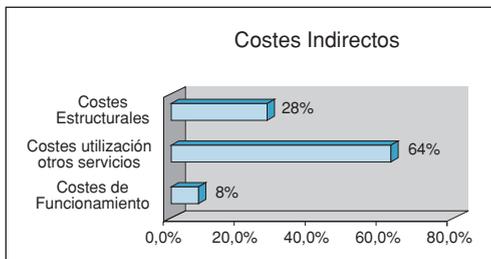
### Análisis: Farmacia

- ✓ A continuación se muestra la distribución de los Costes totales de una unidad de Farmacia entre los distintos conceptos de coste.



Conceptos contenidos en el total de Costes Directos del GFH Farmacia

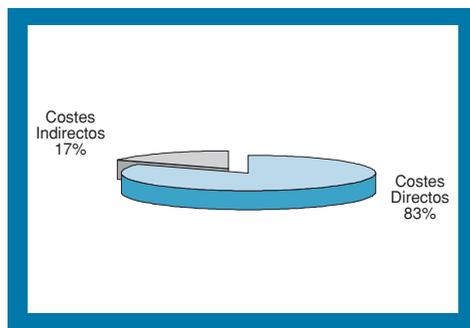
| COSTES DIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo I</b>                                                      | <b>Costes de Personal</b>                               |
| <b>Capítulo II</b>                                                     | <b>Costes de Funcionamiento</b>                         |
| (22.110)                                                               | Material, Suministros y Productos Farmacéuticos         |
| (22.160)                                                               | Material, Suministros y otros implantes                 |
| (22.161)                                                               | Material, Suministros y otros Material de laboratorio   |
| (22.162)                                                               | Material, Suministros y otros Material de radiología    |
| (22.164.16)                                                            | Material, Suministros y otro Material gases medicinales |
| (22.164)                                                               | Material, Suministros y otro material sanitario         |



Conceptos contenidos en el total de Costes Indirectos del GFH Farmacia

| COSTES INDIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo II</b>                                                       | <b>Costes de Funcionamiento</b>                          |
| (22.00)                                                                  | Material, Suministros y otros Material oficina           |
| (22.02)                                                                  | Material, Suministros y otros Material Informático       |
| (22.12)                                                                  | Material, Suministros y otro instrum. y pequeño utillaje |
| (22.13)                                                                  | Material, Suministros no sanitario (menaje)              |
| (22.14)                                                                  | Material, Suministros y otros Lencería y vestuario       |
| (22.17)                                                                  | Material, Suministros y otro material no sanitario       |
| (22.17.12)                                                               | M. S y otros Material no sanitario consumo y rep.        |
| (22.17.2)                                                                | Material, Suministros y otro material para consumo       |
| (22.19)                                                                  | Material, Suministros y otro Material limpieza y aseo    |
| (22.69)                                                                  | Material, Suministros y otros Gtos. Diversos             |
| (61.00)                                                                  | Contratos de mantenimiento                               |

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| <b>Costes utilización otros servicios (Repercuidos)</b> |
| <b>Costes Estructurales</b>                             |

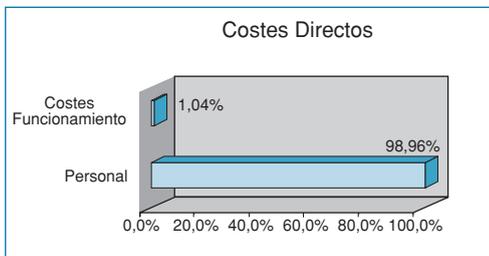


Relación de Costes Directos e Indirectos en relación a los Costes Totales del GFH Farmacia

Fuente: Contabilidad Analítica Hospital Clínico San Carlos

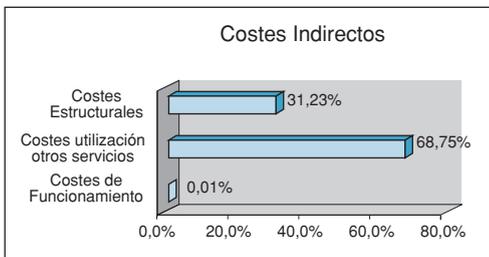
## Análisis: Hospitalización

- ✓ A continuación se muestra la distribución de los Costes totales de una unidad de Hospitalización entre los distintos conceptos de coste.



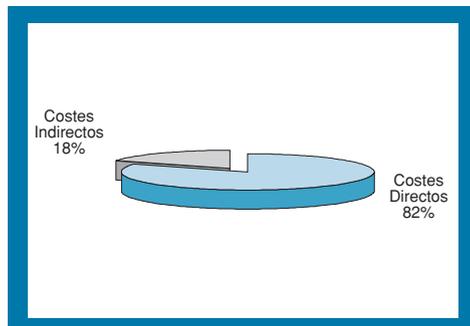
Conceptos contenidos en el total de Costes Directos del GFH Hospitalización

| COSTES DIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo I</b>                                                      | <b>Costes de Personal</b>                                |
| <b>Capítulo II</b>                                                     | <b>Costes de Funcionamiento</b>                          |
| (22.110)                                                               | Material, Suministros y Productos Farmacéuticos          |
| (22.160)                                                               | Material, Suministros y otros implantes                  |
| (22.161)                                                               | Material, Suministros y otros Material de laboratorio    |
| (22.162)                                                               | Material, Suministros y otros Material de radiología     |
| (22.164.16)                                                            | Material, Suministros y otros Material gases medicinales |
| (22.164)                                                               | Material, Suministros y otros material sanitario         |



Conceptos contenidos en el total de Costes Indirectos del GFH Hospitalización

| COSTES INDIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo II</b>                                                       | <b>Costes de Funcionamiento</b>                           |
| (22.00)                                                                  | Material, Suministros y otros Material oficina            |
| (22.02)                                                                  | Material, Suministros y otros Material Informático        |
| (22.12)                                                                  | Material, Suministros y otros instrum. y pequeño utillaje |
| (22.13)                                                                  | Material, Suministros no sanitario (menaje)               |
| (22.14)                                                                  | Material, Suministros y otros Lencería y vestuario        |
| (22.17)                                                                  | Material, Suministros y otros material no sanitario       |
| (22.17.12)                                                               | M. S y otros Material no sanitario consumo y rep.         |
| (22.17.2)                                                                | Material, Suministros y otros material para consumo       |
| (22.19)                                                                  | Material, Suministros y otros Material limpieza y aseo    |
| (22.69)                                                                  | Material, Suministros y otros Gtos. Diversos              |
| (61.00)                                                                  | Contratos de mantenimiento                                |
|                                                                          | <b>Costes utilización otros servicios (Repercutidos)</b>  |
|                                                                          | <b>Costes Estructurales</b>                               |

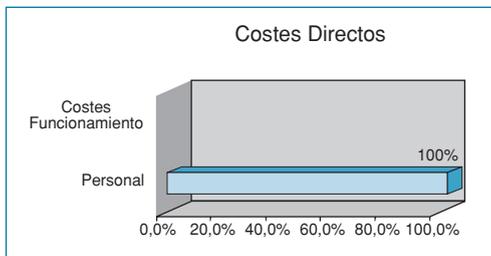


Relación de Costes Directos e Indirectos en relación a los Costes Totales del GFH Hospitalización

Fuente: Contabilidad Analítica Hospital Clínico San Carlos

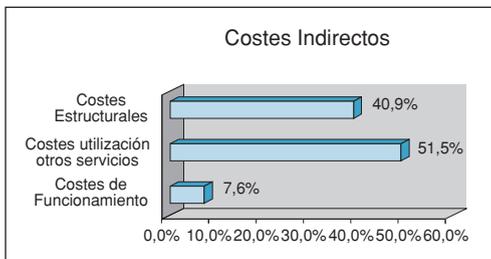
### Análisis: Admisión

- ✓ A continuación se muestra la distribución de los Costes totales de una unidad de Admisión del hospital entre los distintos conceptos de coste.



Conceptos contenidos en el total de Costes Directos del GFH Admisión

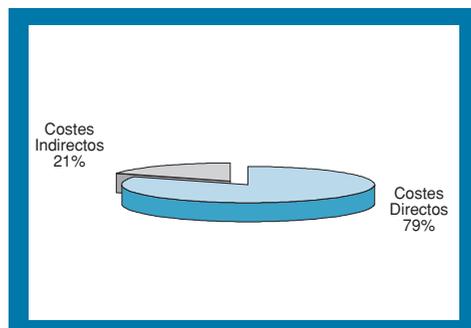
| COSTES DIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo I</b>                                                      | <b>Costes de Personal</b>                               |
| <b>Capítulo II</b>                                                     | <b>Costes de Funcionamiento</b>                         |
| (22.110)                                                               | Material, Suministros y Productos Farmacéuticos         |
| (22.160)                                                               | Material, Suministros y otros implantes                 |
| (22.161)                                                               | Material, Suministros y otros Material de laboratorio   |
| (22.162)                                                               | Material, Suministros y otros Material de radiología    |
| (22.164.16)                                                            | Material, Suministros y otro Material gases medicinales |
| (22.164)                                                               | Material, Suministros y otro material sanitario         |



Conceptos contenidos en el total de Costes Indirectos del GFH Admisión

| COSTES INDIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo II</b>                                                       | <b>Costes de Funcionamiento</b>                          |
| (22.00)                                                                  | Material, Suministros y otros Material oficina           |
| (22.02)                                                                  | Material, Suministros y otros Material Informático       |
| (22.12)                                                                  | Material, Suministros y otro instrum. y pequeño utillaje |
| (22.13)                                                                  | Material, Suministros no sanitario (menaje)              |
| (22.14)                                                                  | Material, Suministros y otros Lencería y vestuario       |
| (22.17)                                                                  | Material, Suministros y otro material no sanitario       |
| (22.17.12)                                                               | M. S y otros Material no sanitario consumo y rep.        |
| (22.17.2)                                                                | Material, Suministros y otro material para consumo       |
| (22.19)                                                                  | Material, Suministros y otro Material limpieza y aseo    |
| (22.69)                                                                  | Material, Suministros y otros Gtos. Diversos             |
| (61.00)                                                                  | Contratos de mantenimiento                               |

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| <b>Costes utilización otros servicios (Repercutados)</b> |
| <b>Costes Estructurales</b>                              |

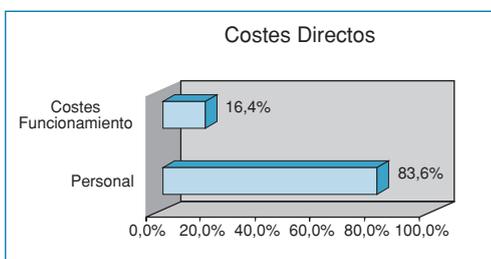


Relación de Costes Directos e Indirectos en relación a los Costes Totales del GFH Admisión

Fuente: Contabilidad Analítica Hospital Clínico San Carlos

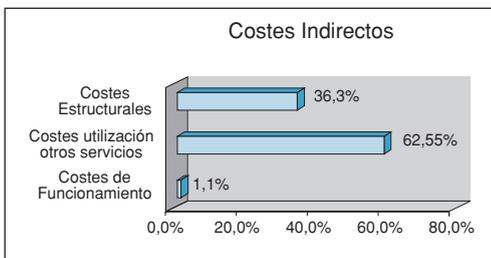
### Análisis: Laboratorio

- ✓ A continuación se muestra la distribución de los Costes totales de una unidad de Laboratorio del hospital entre los distintos conceptos de coste.



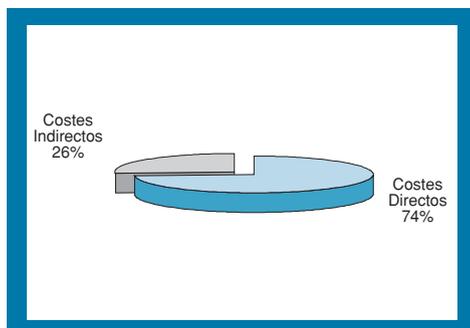
Conceptos contenidos en el total de Costes Directos del GFH Análisis Clínicos P-8

| COSTES DIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo I</b>                                                      | <b>Costes de Personal</b>                                |
| <b>Capítulo II</b>                                                     | <b>Costes de Funcionamiento</b>                          |
| (22.110)                                                               | Material, Suministros y Productos Farmacéuticos          |
| (22.160)                                                               | Material, Suministros y otros implantes                  |
| (22.161)                                                               | Material, Suministros y otros Material de laboratorio    |
| (22.162)                                                               | Material, Suministros y otros Material de radiología     |
| (22.164.16)                                                            | Material, Suministros y otros Material gases medicinales |
| (22.164)                                                               | Material, Suministros y otros material sanitario         |



Conceptos contenidos en el total de Costes Indirectos del GFH Análisis Clínicos P-8

| COSTES INDIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo II</b>                                                       | <b>Costes de Funcionamiento</b>                           |
| (22.00)                                                                  | Material, Suministros y otros Material oficina            |
| (22.02)                                                                  | Material, Suministros y otros Material Informático        |
| (22.12)                                                                  | Material, Suministros y otros instrum. y pequeño utillaje |
| (22.13)                                                                  | Material, Suministros no sanitario (menaje)               |
| (22.14)                                                                  | Material, Suministros y otros Lencería y vestuario        |
| (22.17)                                                                  | Material, Suministros y otros material no sanitario       |
| (22.17.12)                                                               | M. S y otros Material no sanitario consumo y rep.         |
| (22.17.2)                                                                | Material, Suministros y otros material para consumo       |
| (22.19)                                                                  | Material, Suministros y otros Material limpieza y aseo    |
| (22.69)                                                                  | Material, Suministros y otros Gtos. Diversos              |
| (61.00)                                                                  | Contratos de mantenimiento                                |
| <b>Costes utilización otros servicios (Repercutidos)</b>                 |                                                           |
| <b>Costes Estructurales</b>                                              |                                                           |



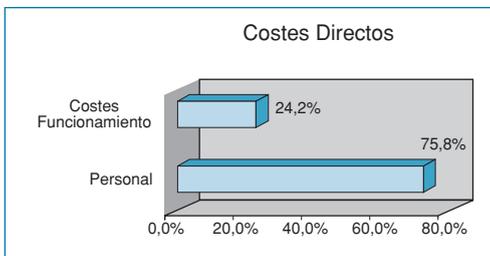
Relación de Costes Directos e Indirectos en relación a los Costes Totales del GFH Análisis Clínicos P-8

Fuente: Contabilidad Analítica Hospital Clínico San Carlos

## Análisis: Radiodiagnóstico

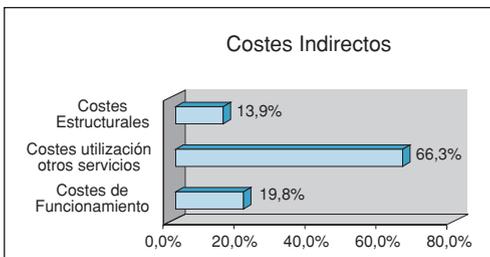
- ✓ A continuación se muestra la distribución de los Costes totales de una unidad de Radiodiagnóstico entre los distintos conceptos de coste.

### 1 Localización de las Actividades del proceso



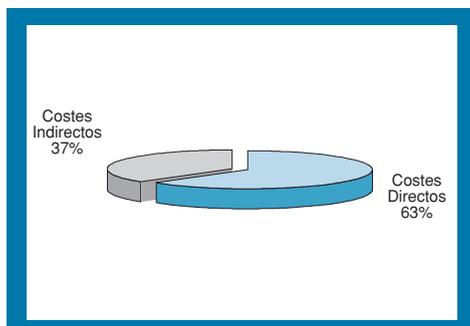
Conceptos contenidos en el total de Costes Directos del GFH Radiodiagnóstico

| COSTES DIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo I</b>                                                      | <b>Costes de Personal</b>                               |
| <b>Capítulo II</b>                                                     | <b>Costes de Funcionamiento</b>                         |
| (22.110)                                                               | Material, Suministros y Productos Farmacéuticos         |
| (22.160)                                                               | Material, Suministros y otros implantes                 |
| (22.161)                                                               | Material, Suministros y otros Material de laboratorio   |
| (22.162)                                                               | Material, Suministros y otros Material de radiología    |
| (22.164.16)                                                            | Material, Suministros y otro Material gases medicinales |
| (22.164)                                                               | Material, Suministros y otro material sanitario         |



Conceptos contenidos en el total de Costes Indirectos del GFH Radiodiagnóstico

| COSTES INDIRECTOS<br>(Relación Costes Asignados directamente al proceso) |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo II</b>                                                       | <b>Costes de Funcionamiento</b>                          |
| (22.00)                                                                  | Material, Suministros y otros Material oficina           |
| (22.02)                                                                  | Material, Suministros y otros Material Informático       |
| (22.12)                                                                  | Material, Suministros y otro instrum. y pequeño utillaje |
| (22.13)                                                                  | Material, Suministros no sanitario (menaje)              |
| (22.14)                                                                  | Material, Suministros y otros Lencería y vestuario       |
| (22.17)                                                                  | Material, Suministros y otro material no sanitario       |
| (22.17.12)                                                               | M. S y otros Material no sanitario consumo y rep.        |
| (22.17.2)                                                                | Material, Suministros y otro material para consumo       |
| (22.19)                                                                  | Material, Suministros y otro Material limpieza y aseo    |
| (22.69)                                                                  | Material, Suministros y otros Gtos. Diversos             |
| (61.00)                                                                  | Contratos de mantenimiento                               |
| <b>Costes utilización otros servicios (Repercuidos)</b>                  |                                                          |
| <b>Costes Estructurales</b>                                              |                                                          |



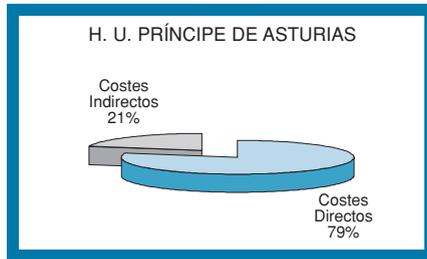
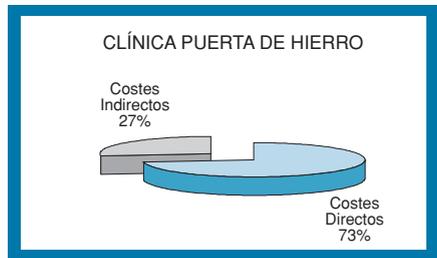
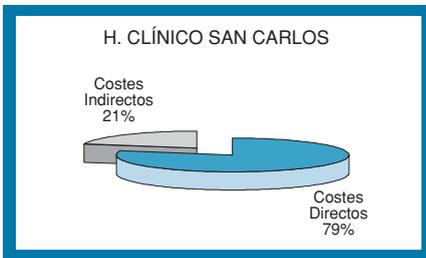
Relación de Costes Directos e Indirectos en relación a los Costes Totales del GFH Radiodiagnóstico

Fuente: Contabilidad Analítica Hospital Clínico San Carlos

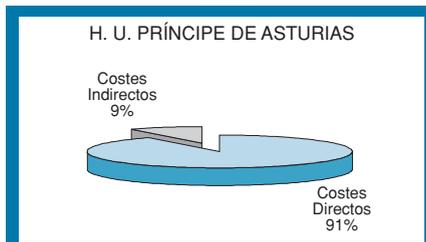
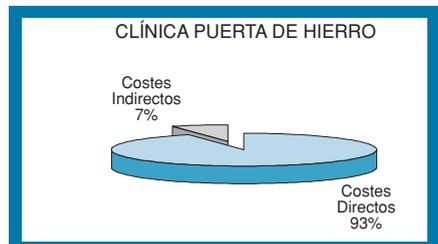
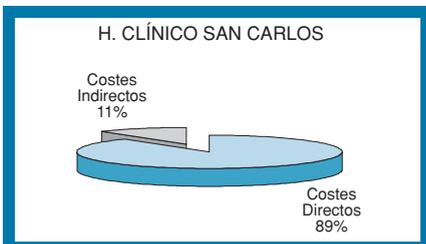
### Análisis por proceso

- ✓ A continuación se analiza la relación preliminar de costes directos e indirectos en la composición del coste total de los dos procesos estudiados en distintos hospitales del INSALUD
- ✓ Puede observarse el peso relativo del coste directo imputado mediante el método de costes por actividad respecto al total del coste de cada proceso.

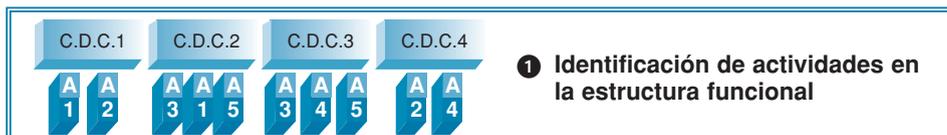
#### GRD 167



#### GRD 39



### 6.2.3 Imputación de Costes Indirectos

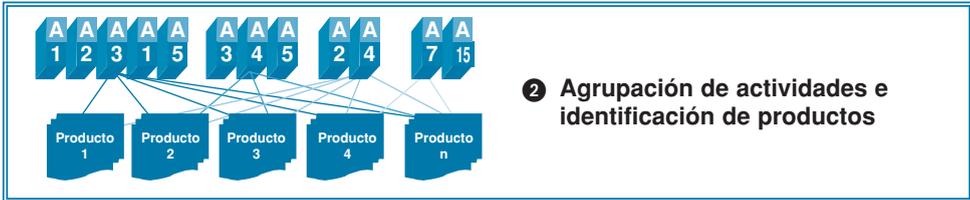


- ✓ La localización de los distintos recursos consumidos por las distintas actividades se realizará en el nivel más desagregado de la estructura funcional del centro hospitalario, es decir, en los Centros de Coste o Grupos funcionales homogéneos (GFH).
- ✓ Para ello se realiza la localización de los GFH participantes en los distintos procesos.
- ✓ A continuación se muestra un ejemplo de GFH'S participantes en dos procesos y su correspondiente codificación facilitada por los servicios de contabilidad analítica de un centro hospitalario.

| Calsificación GFH participantes en los procesos |                                  |        |                                  |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|--------|----------------------------------|
| GRD 167S                                        |                                  | GRD 39 |                                  |
| Código                                          | GFH                              | Código | GFH                              |
| ADMU                                            | Admisión urgencias               | ACLH   | Laboratorio Bioquímica Hospital  |
| ACLH                                            | Laboratorio Bioquímica           | ACLV   | Laboratorio Bioquímica V. Val    |
| ADMC                                            | Admisión Central                 | ACLT   | Laboratorio Bioquímica Torrejón  |
| ANRC                                            | Consulta Preanestesia            | ADMC   | Admisión Central                 |
| ANRH                                            | Anestesia-Reanimación            | ANRC   | Consulta Preanestesia            |
| APAH                                            | Anatomía patológica              | ANRH   | Anestesia-Reanimación            |
| CGDC                                            | Consulta Cirugía Hospital        | DCLA   | Docu. Clínica-Archivo            |
| CGDH                                            | Cirugía General y Digestivo      | FARM   | Farmacia Hospital                |
| CGDV                                            | Consulta Cirugía Val             | H2CC   | Hospitalización 2.º C            |
| CGDT                                            | Consulta Cirugía Torrejón        | LHEH   | Laboratorio Hematología Hospital |
| DCLA                                            | Doc. clínica-archivo             | LHET   | Laboratorio Hematología Torrejón |
| ENDC                                            | Consulta endocrinología hos.     | LHEV   | Laboratorio Hematología V. Va.   |
| FARM                                            | Farmacia Hospital                | OFTC   | Consulta oftalmológica Hospital  |
| H**                                             | Hospitalización                  | OFTH   | Oftalmología P A                 |
| LHEH                                            | Laboratorio Hematología          | OFTT   | Consulta Oftalmológica Torrejón  |
| PSUB                                            | Personal subalterno              | OFTV   | Consulta Oftalmológica V.Val     |
| QRF1                                            | Quirófanos                       | QRF1   | Quirófano Planta 1               |
| RADH                                            | Radiología Hospital              | QRF3   | Quirófano Planta 3               |
| SAPH                                            | Atención al Paciente Hospital    | RADH   | Radiología Hospital              |
| SAPT                                            | Atención Paciente Torrejón       | RADT   | Radiología Torrejón              |
| SAPV                                            | Atención paciente Virgen del Val | RADV   | Radiología V. Val                |
| SEC5                                            | Pool secretaría medicina         | SAPH   | Atención Paciente Hospital       |
| UCAL                                            | Unidad de Calidad Asistencial    | SAPT   | Atención Paciente Torrejón       |
| URGE                                            | Urgencias Hospital               | SAPV   | Atención Paciente Virgen del Val |
|                                                 |                                  | SEC5   | Pool secretaría medicina         |
|                                                 |                                  | UCAL   | Unidad Calidad Asistencial       |

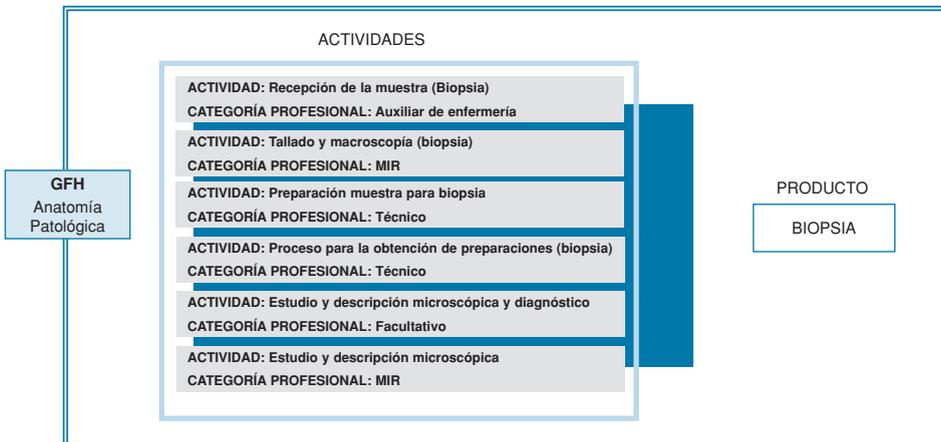
- ✓ Es necesario identificar dentro de cada proceso aquellas actividades desarrollados por un mismo GFH. Esto supone realizar una primera agrupación de actividades atendiendo al centro de responsabilidad donde se realiza.

En la Guía Asistencial se encuentran enumeradas todas las actividades desarrolladas de manera secuencial en cada proceso. Por tanto se realizará una primera agrupación de dichas actividades atendiendo al centro de responsabilidad.



- ✓ Posteriormente se realiza una reagrupación de actividades realizadas dentro de cada GFH caracterizadas por un mismo factor de causalidad, es decir, agrupación de actividades dentro de un centro de coste cuya realización constituya la elaboración de un producto.
- ✓ De esta manera será posible identificar aquellos productos elaborados por los distintos centros de responsabilidad y en los que en etapas posteriores realizaremos la imputación de costes no asignados directamente en las actividades.

*Agrupación de actividades en un GFH que dan lugar a la producción de un producto demandado por el proceso*

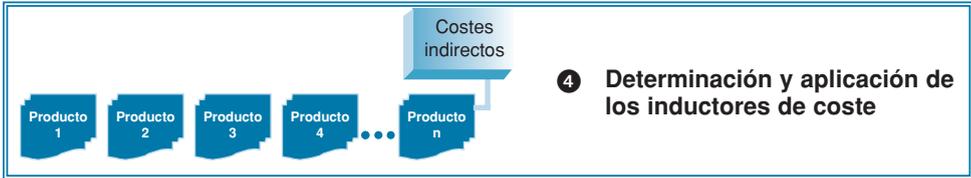


Fuente: PWC



### 3 Localización de costes

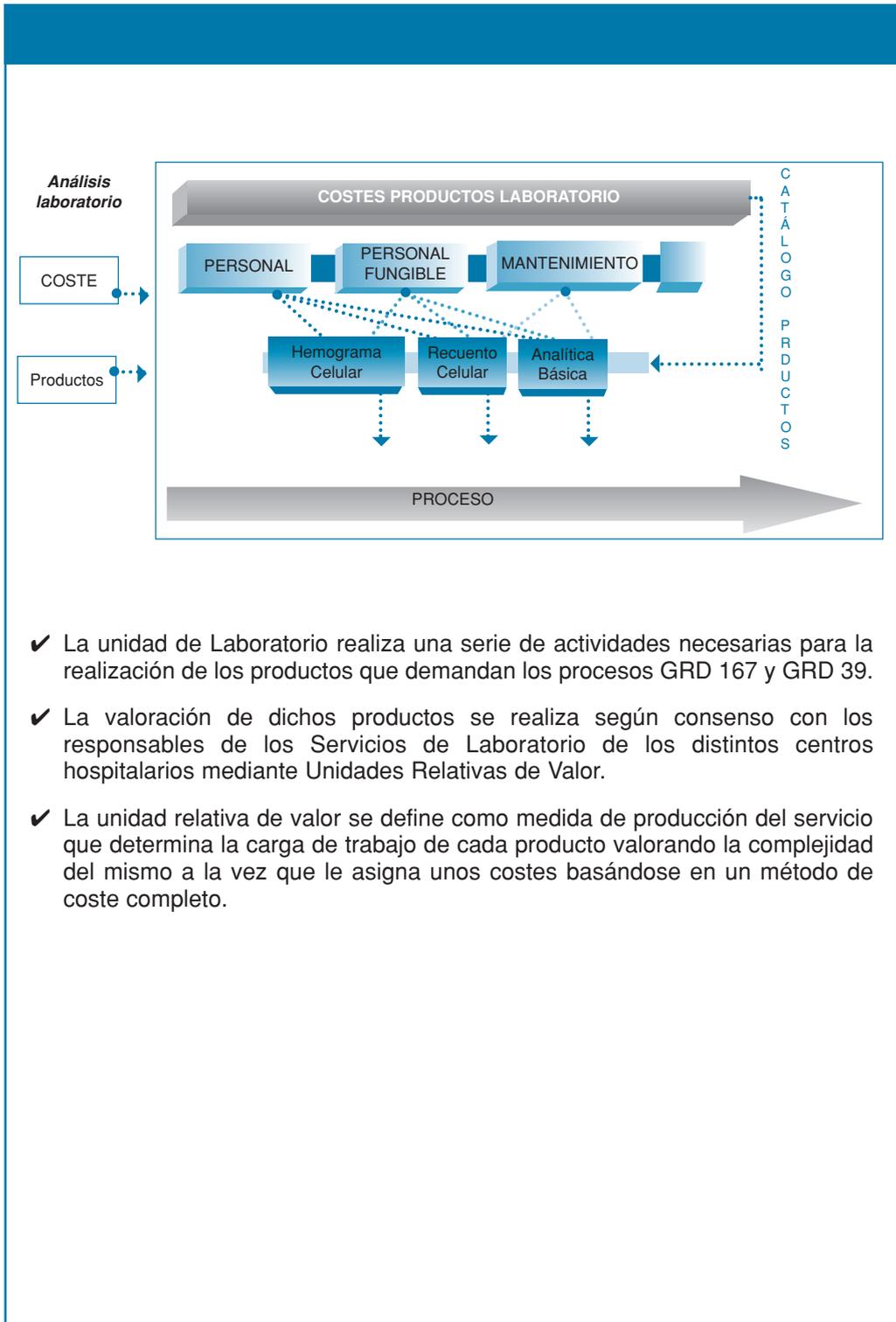
- ✓ Los costes totales del centro hospitalario se distribuyen entre sus distintos centros de coste conforme al sistema de imputación que posean según se analizó anteriormente, de forma que a nivel más desagregado podemos saber cuales son los costes de un determinado Centro de Coste o GFH, costes que incluirán como hemos visto:
  - Los costes propios derivados básicamente del personal adscrito a cada GFH, consumo de material no inventariable, fungible o no, consecuencia de las peticiones de suministros de cada GFH, así como los costes de material de mantenimiento, consumo de productos farmacéuticos, entre otros.
  - Los costes repercutidos, que nos permitirán obtener información acerca de los GFH clientes, es decir para quien se gasta y que productos demanda el servicio.
  - Los costes de estructura atribuidos al GFH.
- ✓ Tanto los costes propios como los repercutidos son consecuencia de la realización de las distintas actividades que se realizan en el Centro de Coste, teniendo como objeto la realización de una serie de productos.
- ✓ Los costes estructurales son independientes de la producción del servicio pero la estructura es necesaria para la misma, por lo que debe incorporarse al coste del producto.
- ✓ **Será necesario por tanto solicitar a los servicios de Contabilidad Analítica los costes totales de los centros de coste implicados en los procesos para el periodo contable coincidente con el periodo de estudio y realizar un análisis de los distintos componentes de coste de los mismos.**



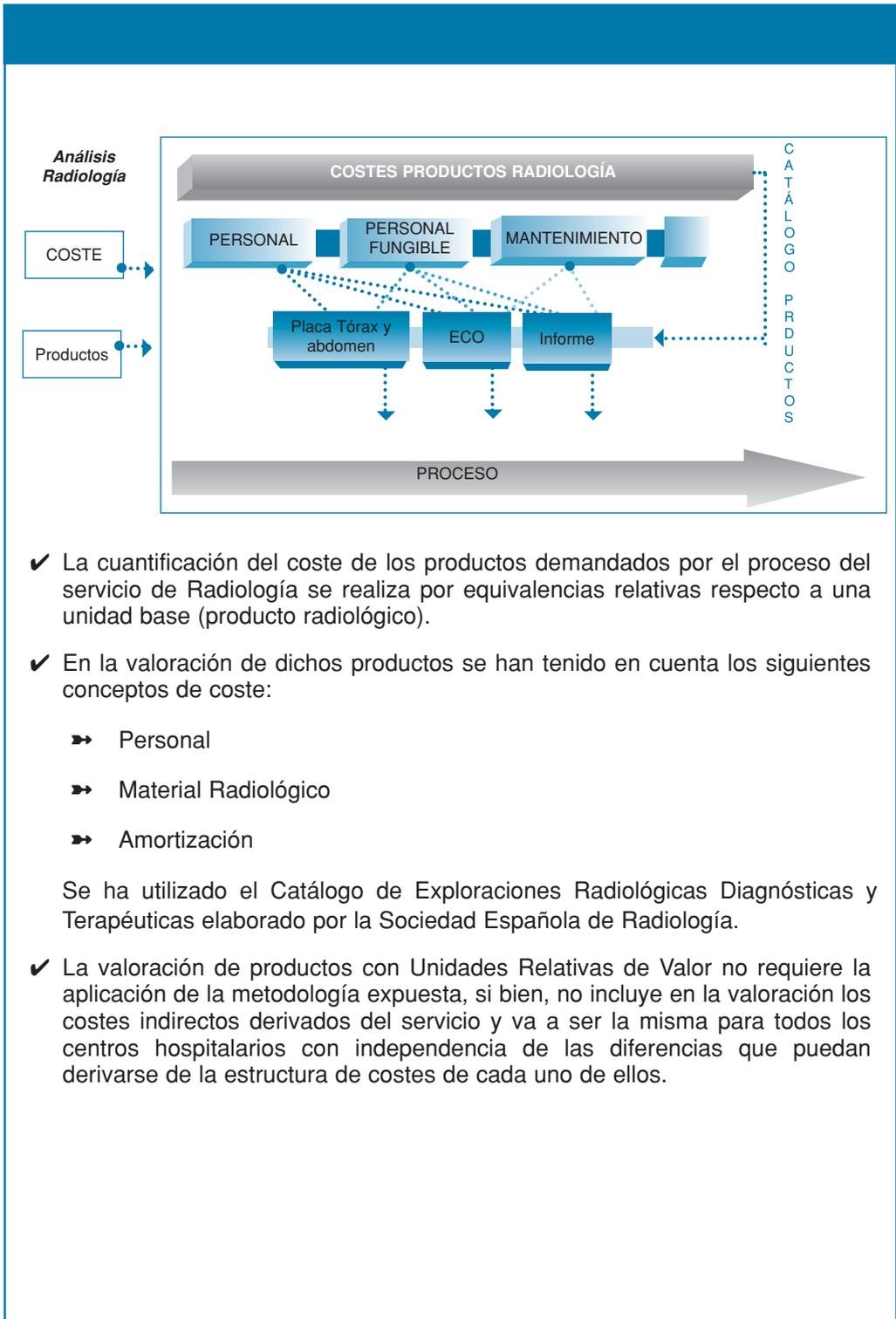
- ✓ Conocer los costes de los productos intermedios de un proceso es una necesidad. Esto no sólo permite obtener el coste total del proceso, lo que es más importante proporciona información a los servicios para su gestión interna, tanto a nivel de sus compras de fungibles como en el uso de sus recursos personales e inventariables.
- ✓ Esta fase se centra en el análisis causal de los costes, es decir, en determinar aquellos factores o hechos que influyen en el volumen de ejecución de las actividades, siendo por tanto, la causa del consumo de los recursos utilizados al realizar éstas. Esta búsqueda de factores ha de ser una tarea colectiva e interfuncional, esto es, en la que estén implicadas todas aquellas personas relacionadas con las distintas áreas o ámbitos del hospital en los que se desarrollan las distintas actividades. Con tal objeto se realizaron reuniones con los responsables de los servicios proveedores de los productos con una mayor significación en el coste final de los procesos.
- ✓ Los criterios de asignación de costes acordados se muestran en la siguiente tabla:

| Servicio                   | Criterios Asignación Costes Indirectos |
|----------------------------|----------------------------------------|
| <i>Anatomía Patológica</i> | Actividad (nº de pruebas)              |
| <i>Quirófano</i>           | Tiempo                                 |
| <i>Hospitalización</i>     | % Costes Directos                      |
| <i>Farmacia</i>            | % Costes Directos                      |
| <i>Admisión</i>            | % Costes Directos                      |
| <i>Laboratorio</i>         | Unidades Relativas de Valor            |
| <i>Radiología</i>          | Unidades Relativa de Valor             |

- ✓ El proceso de asignación de costes indirectos culmina con la determinación del coste indirecto asignado a cada producto demandado por el proceso. Dicha determinación es fruto de la aplicación del criterio de asignación sobre el total de costes indirectos del servicio.
- ✓ A continuación analizaremos la imputación de costes a los productos en los distintos servicios de los procesos.



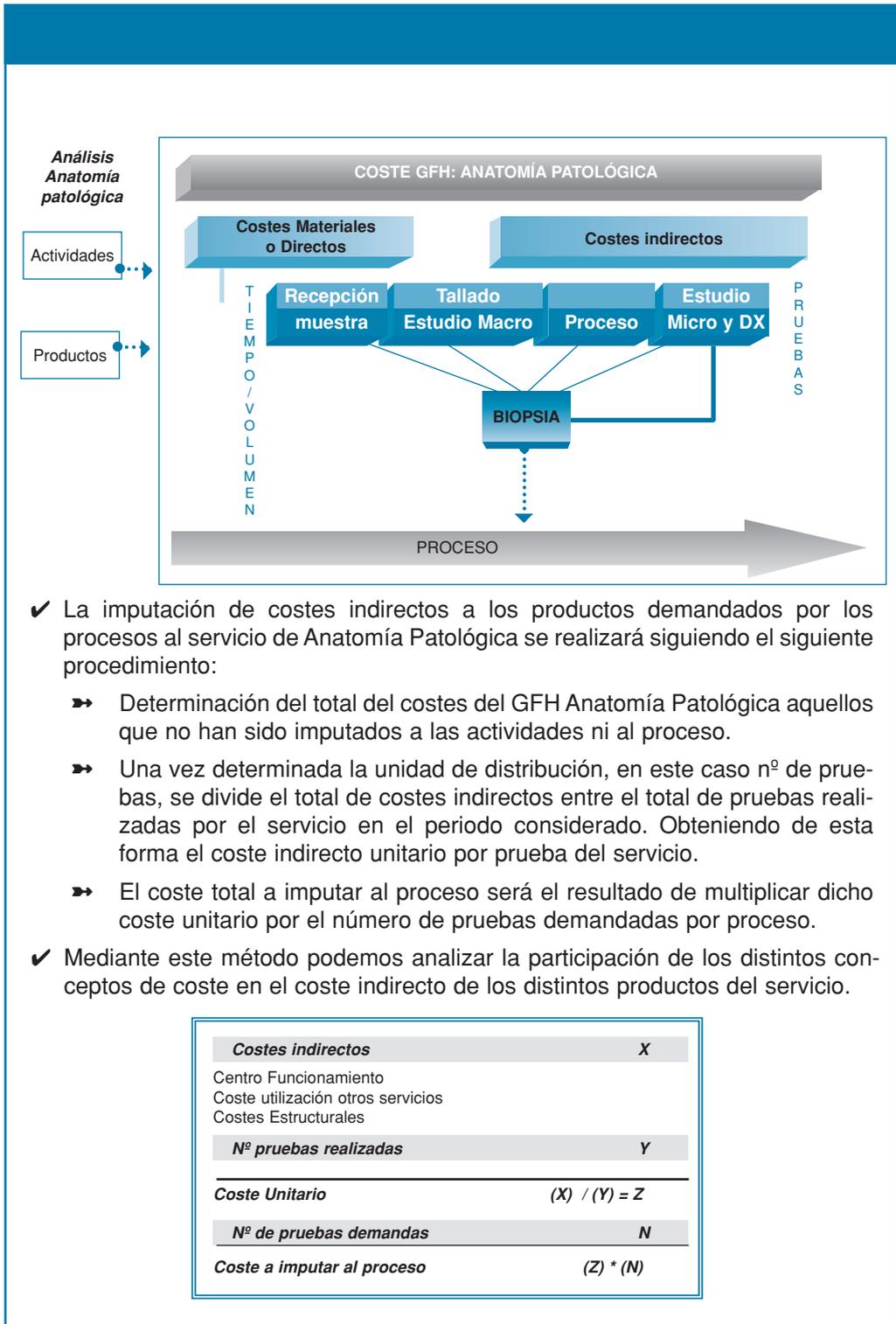
- ✓ La unidad de Laboratorio realiza una serie de actividades necesarias para la realización de los productos que demandan los procesos GRD 167 y GRD 39.
- ✓ La valoración de dichos productos se realiza según consenso con los responsables de los Servicios de Laboratorio de los distintos centros hospitalarios mediante Unidades Relativas de Valor.
- ✓ La unidad relativa de valor se define como medida de producción del servicio que determina la carga de trabajo de cada producto valorando la complejidad del mismo a la vez que le asigna unos costes basándose en un método de coste completo.

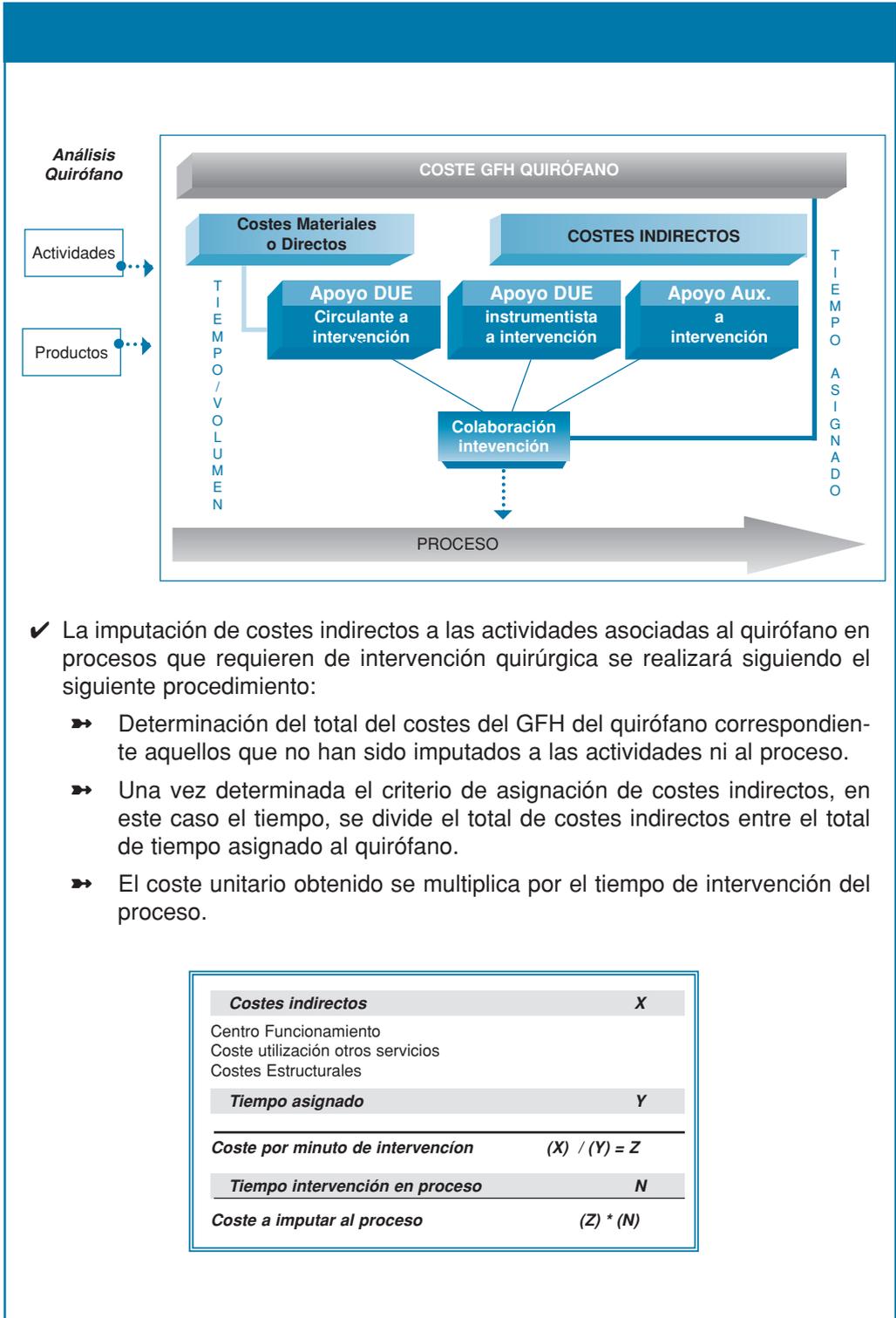


- ✓ La cuantificación del coste de los productos demandados por el proceso del servicio de Radiología se realiza por equivalencias relativas respecto a una unidad base (producto radiológico).
- ✓ En la valoración de dichos productos se han tenido en cuenta los siguientes conceptos de coste:
  - Personal
  - Material Radiológico
  - Amortización

Se ha utilizado el Catálogo de Exploraciones Radiológicas Diagnósticas y Terapéuticas elaborado por la Sociedad Española de Radiología.

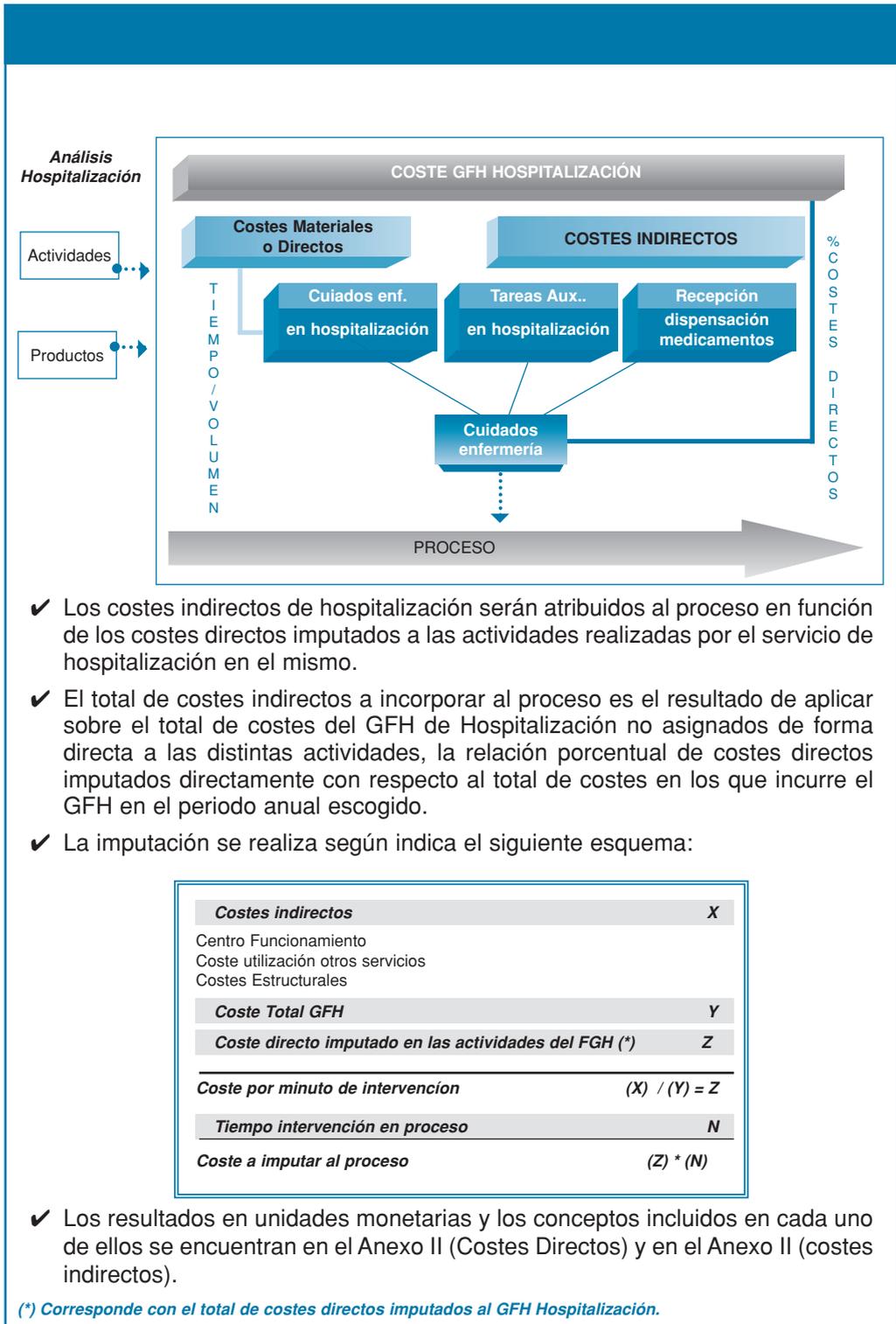
- ✓ La valoración de productos con Unidades Relativas de Valor no requiere la aplicación de la metodología expuesta, si bien, no incluye en la valoración los costes indirectos derivados del servicio y va a ser la misma para todos los centros hospitalarios con independencia de las diferencias que puedan derivarse de la estructura de costes de cada uno de ellos.

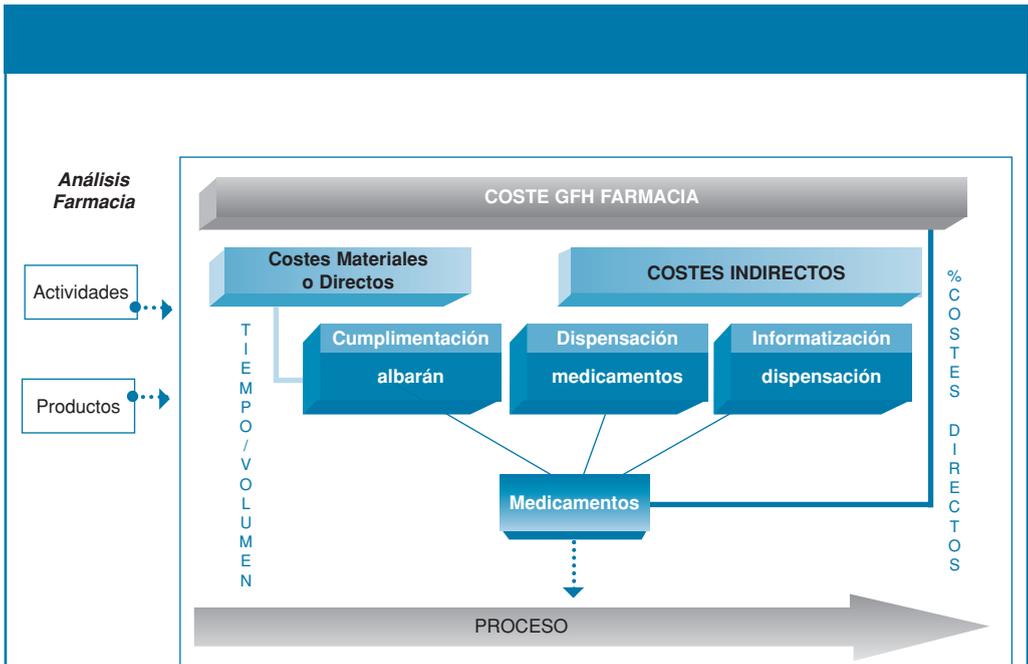




- ✓ La imputación de costes indirectos a las actividades asociadas al quirófano en procesos que requieren de intervención quirúrgica se realizará siguiendo el siguiente procedimiento:
  - Determinación del total del costes del GFH del quirófano correspondiente aquellos que no han sido imputados a las actividades ni al proceso.
  - Una vez determinada el criterio de asignación de costes indirectos, en este caso el tiempo, se divide el total de costes indirectos entre el total de tiempo asignado al quirófano.
  - El coste unitario obtenido se multiplica por el tiempo de intervención del proceso.

|                                         |                      |
|-----------------------------------------|----------------------|
| <b>Costes indirectos</b>                | <b>X</b>             |
| Centro Funcionamiento                   |                      |
| Coste utilización otros servicios       |                      |
| Costes Estructurales                    |                      |
| <b>Tiempo asignado</b>                  | <b>Y</b>             |
| <hr/>                                   |                      |
| <b>Coste por minuto de intervención</b> | <b>(X) / (Y) = Z</b> |
| <b>Tiempo intervención en proceso</b>   | <b>N</b>             |
| <b>Coste a imputar al proceso</b>       | <b>(Z) * (N)</b>     |



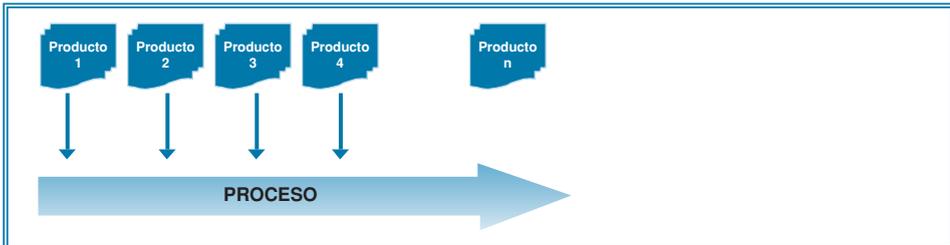


- ✓ Los costes indirectos de Farmacia serán atribuidos al proceso en función de los costes directos imputados a las actividades realizadas por el servicio para el proceso.
- ✓ El total de costes indirectos a incorporar al proceso es el resultado de aplicar sobre el total de costes del GFH de Farmacia no asignados de forma directa a las distintas actividades, la relación porcentual de costes directos imputados directamente con respecto al total de costes en los que incurre el GFH en el periodo anual escogido.
- ✓ A continuación se muestra un esquema del cálculo del coste a imputar en los procesos:

|                                         |                      |
|-----------------------------------------|----------------------|
| <b>Costes indirectos</b>                | <b>X</b>             |
| Centro Funcionamiento                   |                      |
| Coste utilización otros servicios       |                      |
| Costes Estructurales                    |                      |
| <b>Tiempo asignado</b>                  | <b>Y</b>             |
| <hr/>                                   |                      |
| <b>Coste por minuto de intervención</b> | <b>(X) / (Y) = Z</b> |
| <b>Tiempo intervención en proceso</b>   | <b>N</b>             |
| <b>Coste a imputar al proceso</b>       | <b>(Z) * (N)</b>     |

(\*) Corresponde con el total de costes directos imputados al GFH Farmacia.

#### 6.2.4. Cálculo del coste del proceso según demanda

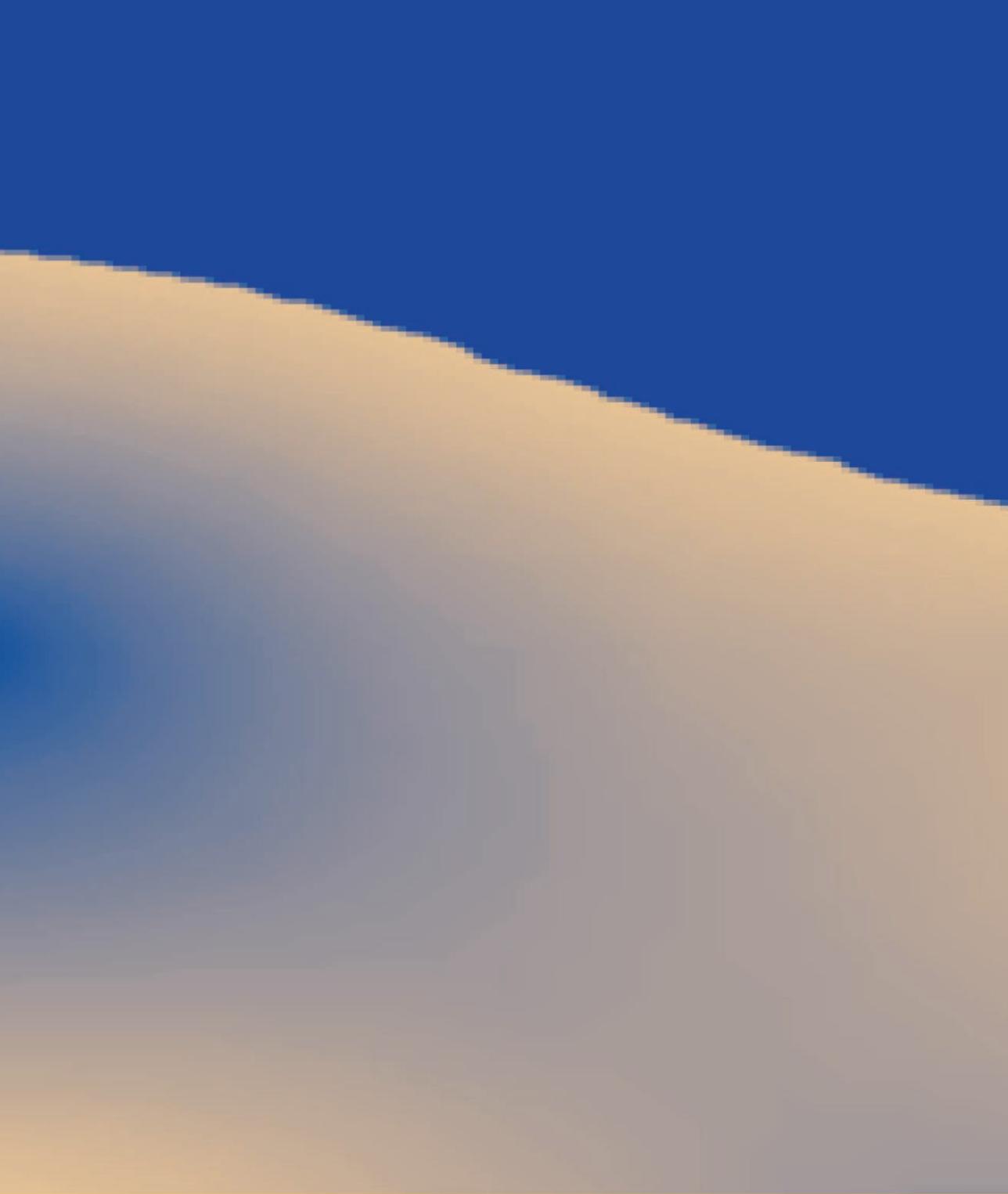


- ✓ Según la metodología expuesta el coste de cada producto está compuesto:
  - Coste de personal y material asociada a las actividades necesarias para la realización del mismo
  - Coste indirecto del servicio productor asociado al producto
- ✓ El Proceso demanda productos de los distintos servicios del centro hospitalario. El coste del proceso lo componen por tanto el coste de los productos necesarios para la satisfacción de las necesidades del paciente y se sistematiza en:
  - Costes Directos asociados al total de actividades que componen el proceso.
  - Costes Indirectos asociados a los productos demandados por el proceso.
- ✓ Para calcular el coste del proceso, se tomarán en cuenta los costes vinculados a las actividades que integran dicho proceso. Englobará siguiendo la metodología expuesta la totalidad de los costes directos asociados a las actividades y los costes indirectos asociados a las distintos servicios participantes en los procesos, cuyos productos son demandados por el mismo.

## Referencias Bibliográficas

- Adaptación del modelo EFQM a la Comunidad de Madrid. Caso práctico. Comunidad de Madrid y PricewaterhouseCoopers; 1998.
- Álvarez, F. R.; Altomere, G.; Lorenzo, S.; Cardín, J.; y Pombo, N.: “¿Qué es el método de costes basado en las actividades (ABC)? Aplicación al sector sanitario”. Todo Hospital, 1999.
- Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Blanco Ibarra, F.: “La contabilidad de dirección estratégica en: Contabilidad de costes y analítica de gestión para las decisiones estratégicas”. Tema 43. Editorial Deusto; 1998.
- Brimson, J. A.: “Contabilidad por Actividades”. Marcombo, S.A.; 1995.
- Casas, M.: “GRD. Una guía práctica para médicos”. Cuadernos de Gestión Clínica. IASSIST; 1995.
- Castellón Taliani, E.; y Lizcano Álvarez, J.: “El sistema de gestión y costes basado en las actividades”. Instituto de Estudios Económicos; 1994.
- “Diez veces diez. Ejemplos de prácticas de calidad en la Comunidad de Madrid”. Comunidad de Madrid y PricewaterhouseCoopers; 1998.
- European Foundation For Quality Management. Autoevaluación: Directrices para el sector público: Salud 1995, EFQM, Bruselas, 1996.
- Gestión Clínica en los Centros del INSALUD, Insalud, 2001.
- Gestión analítica hospitalaria (Proyecto Signo). Insalud, 1996.
- Gestión de procesos: Osakidetza, 1995.
- Gestión por procesos y gestión del proceso. Osakidetza, 1998.
- Guía para el rediseño de procedimientos administrativos de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid y Coopers & Lybrand, 1996.
- Hammer, M. y Champy, J.: “Reingeniería de la empresa”. Editorial Parramón, 1994.
- Hicks, D.T.: “El sistema de costes basado en las actividades (ABC)”. Marcombo, S.A., 1997.

- Kleinsorge, I. K. y Tanner, R. D.: "Activity Based Costing: Eight questions to answer before your implement". Journal of Cost Management. Fall. 1991.
- Lizcano Álvarez, J. Documento de trabajo: Vinculación del Sistema de Costes Basado en las Actividades y el cálculo de costes G.R.D., 1999.
- Calidad Total en la Fundación Hospital Alcorcón. Revista de Calidad Asistencial, 1983; 13.
- Revista de Calidad Asistencial; número monográfico de Gestión por Procesos; junio 1999; 14.
- Sacket, D.L.; Richardson, W. S., Rosenberg, W.; Haynes, R.B.: "Medicina Basada en la Evidencia". Editorial Churchill Livingston; 1997.
- Sáez Torrecilla, Á.; Fernández Fernández, A. y Gutiérrez Díaz, G.: "Contabilidad de Costes y Contabilidad de Gestión", 1<sup>er</sup> volumen, McGraw-Hill, 1995.
- Simón, J.: Documento de trabajo: "La búsqueda de la excelencia por parte de las organizaciones sanitarias"; 1999.
- Simón, J.: Documento de trabajo: "La organización hacia los procesos"; 1999.
- Udpa, S. "Activity Based Costing for Hospitals". Health Manage Rev.; 1996.



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO

