

Santiago Gómez Crespo
*Consultor. Centro de Estudios
y Negocios, S. A.*

GESTION DE HOSPITALES PUBLICOS

¿CUAL es el objetivo de una empresa? Maximizar el beneficio o en su caso minimizar las pérdidas. Una empresa con pérdidas no podrá subsistir mucho tiempo. En cuanto las pérdidas sumen una cantidad superior al capital, la empresa dará en quiebra. Si en vez de ser una sociedad fuese propiedad de un empresario particular, las pérdidas continuas e insalvables producirían o bien su cierre y liquidación o bien la ruina del propietario.

Esto no quiere decir que en algún momento una estrategia a largo plazo no pueda requerir pérdidas, pero siempre con la intención de que los beneficios posteriores sean superiores a éstas. Se suele poner como ejemplo la estrategia de Ford, que bajaba el precio de su automóvil más barato, el Ford T, con el fin de provocar la quiebra de pequeñas empresas competidoras y acceder después a una situación de cuasi monopolio. O Good Year y Firestone, cuyo único objetivo de subsistir durante la gran crisis les dio una gran pujanza en la recuperación económica tras el hundimiento de sus rivales. En todo caso se observa que el objetivo de ser necesariamente la maximización del beneficio.

¿Dónde entran entonces en este esquema las empresas públicas? Cojamos como ejemplo RENFE, que con sus doscientos mil millones de pérdidas encabeza holgadamente la lista de pérdidas dentro de las empresas españolas. La gerencia, el Go-

bierno, podría decidir el cierre de RENFE, pero esto no maximizaría beneficios, en este caso no minimizaría pérdidas. El cierre produciría, entre otros gastos, un mayor presupuesto para carreteras y Guardia Civil de Tráfico, un aumento de las importaciones de petróleo, un descenso del consumo eléctrico, una disminución de los pedidos siderúrgicos, el hundimiento de las empresas nacionales de material ferroviario, el pago de los despidos y el subsidio de desempleo a los trabajadores de RENFE, etc. Parece evidente que estas consecuencias son más perjudiciales que los casi doscientos mil millones de pérdidas de RENFE. En consecuencia, si se hace frente a estas pérdidas en los presupuestos del Estado, se minimizan las pérdidas.

¿Pero cuál es el método utilizado por las empresas para maximizar beneficios durante un ejercicio? Las empresas pueden hacer dos cosas: aumentar los ingresos y/o disminuir los costes. Pero aumentar el ingreso por producto en una economía de mercado con libre competencia es casi imposible. ¿Cuánto azúcar venderíamos a 100 pesetas si en la misma estantería del supermercado un competidor vendiera el mismo producto a 90? Evidentemente, los consumidores preferirían el azúcar de la competencia y nuestras ventas estarían cercanas a cero.

Un caso muy distinto se produce en situaciones de monopolio. En éstas el vendedor elige el precio de

venta. En el caso que nos ocupa, la asistencia sanitaria pública, no sólo tenemos un caso de monopolio, sino que la compra del producto es obligatoria. En monopolios como la gasolina o el tabaco, el vendedor fija el precio de venta y el consumidor decide si desea comprar o no ese precio. A nadie se le obliga a fumar o a utilizar su automóvil. Sin embargo, en nuestro caso no sólo se produce una situación de monopolio, sino que su contratación es obligatoria por medio del pago de los seguros sociales.

¿Pero cuál es el producto en nuestro caso? Hemos de distinguir entre la Seguridad Social en general y los hospitales en particular. Los hospitales producen tratamientos médicos. Sus productos son del tipo: un parto, una rotura de menisco, una operación de cataratas, unas piedras en la vesícula, una fractura de clavícula, un infarto de miocardio, etc. De tal manera que la lista de productos generados por un hospital es enorme.

La Seguridad Social, en general, es una empresa aseguradora y, en consecuencia, produce seguros, aunque de dos tipos muy distintos. Por una parte, seguros médicos; por otra, pensiones asistenciales. Podemos comparar a la Seguridad Social con una empresa aseguradora con distintos tipos de primas, que tiene sus propios talleres para la reparación de los riesgos cubiertos por las primas de automóviles. O más exactamente con una empresa aseguradora

que tiene sus propios hospitales para cubrir las pólizas de seguros de enfermedad.

¿Entonces debe la Seguridad Social, en general, y sus hospitales, en particular, maximizar sus beneficios aumentando al máximo sus ingresos y disminuyendo sus costes? No. Porque los ingresos de la Seguridad Social, por definición, son de tipo político y no económico. Por su misma razón de existir no podemos aumentar la cuota de la Seguridad Social, o echar a un afiliado porque su hijo se enferma demasiado, porque su empresa está a punto de quebrar o por su avanzada edad. Precisamente el objetivo de la Seguridad Social es dar «seguridad social» a quienes menos la tienen, obligando a pagar las cuotas de afiliación a quienes, por tenerla, les resulte onerosa la aportación.

En consecuencia, los ingresos de la Seguridad Social son de tipo político y no económico. Es decisión política la parte de los ingresos provenientes de las cuotas de afiliación, de los impuestos o del endeudamiento. La única parte reservada a la economía en la maximización de beneficios es la reducción de costes.

La reducción de costes debe hacerse en dos vertientes. Por una parte, la reducción al mínimo posible del fraude en los subsidios y prestaciones económicas, evitando que se cobren subsidios como los de desempleo o invalidez sin cumplir los requisitos necesarios. Por otra, dismi-

nuyendo al mínimo los costes de la asistencia hospitalaria. Pero los hospitales públicos no sólo no cuentan con una contabilidad de costes que nos dé la información necesaria para la reducción de éstos, sino que en general no cuentan tampoco con una contabilidad financiera adecuada, llevando únicamente una contabilidad presupuestaria que registra los gastos aplicables a cada partida presupuestaria.

¿Entonces debemos instalar una contabilidad de costes para poder disminuir los costes y así maximizar el beneficio? Probablemente no. Un análisis de la contabilidad presupuestaria será suficiente para hallar la causa de los altos costes. Imaginemos la compra, por ejemplo, de un pulmón de acero. Durante los cinco años de vida se dotará una amortización a fin de poder reponerlo por uno nuevo pasado ese tiempo. Pero la amortización acumulada no se materializa en elementos convertibles fácilmente en liquidez, sino que normalmente se gasta en asistencia sanitaria.

¿Cuál es la causa de esta mala gestión económica? Hemos visto que los ingresos del hospital son una decisión política. Y los responsables de la gestión política deben convenir al electorado de la buena gestión de los servicios públicos. ¿Y cuál es la mejor manera de aumentar los servicios sin aumentar los impuestos? Lógicamente descapitalizar. Se puede ofertar al electorado la conti-

nidad en una gestión que no sólo mantiene la prestación del pulmón de acero, sino que sin aumentar los impuestos ha conseguido dar otras nuevas. Así en la contabilidad presupuestaria se detecta que el presupuesto para separaciones es muy superior al presupuesto para inversiones. Antes que reponer una máquina obsoleta se repara continuamente, puesto que es imposible comprar una nueva. La rentabilidad de la nueva es muy superior a la vieja, pero la sustitución es imposible.

Esta descapitalización no se produce sólo en los elementos materiales, sino en todo el ámbito hospitalario. Además de la mala información contable ya apuntada, se confeccionan historias clínicas de escasa calidad o se cede a las presiones de los sindicatos que en algunos casos terminan a la larga en huelgas salvajes con peticiones absolutamente desmedidas. Pero electoralmente es inadmisibles acudir a las elecciones después de meses sin asistencia hospitalaria por muy inadecuadas que fuesen las reivindicaciones sindicales.

¿Sería mejor una sanidad pública en la que la Administración contratase los servicios hospitalarios con los hospitales privados? Desde luego evitaría la descapitalización actual, pero traería otros problemas. Si, por ejemplo, comparamos el número de extirpaciones de ovarios en Estados Unidos y en Europa Occidental vemos que es mucho más elevado en el primer caso. La explicación

económica es clara. En un hospital privado en el que se cobra por operación deja un beneficio está clara la decisión en los casos de duda clínica. En consecuencia, los costes disminuyen por un lado y aumentan por otro. Porque si el médico aconseja operarse al paciente, éste, generalmente, decidirá operarse. Otro rasgo distintivo es el tiempo necesario para los postoperatorios. En Estados Unidos este tiempo es extremadamente breve. Se cobra lo mismo por una apendicitis con postoperatorio corto que por una apendicitis con postoperatorio largo. Pero curiosamente cuando se cobra una cantidad por día de postoperatorio éstos tienden a ser muy largos. En consecuencia, la concertación con clínicas privadas no es la panacea. Tiene sus ventajas y sus inconvenientes.

¿Pero cuál debe ser el primer paso de un hospital público para reducir costes? Cada hospital es distinto. Pero en el caso de un hospital tipo debe ser la recapitalización. Normalmente se debe empezar por la realización de un inventario de bienes físicos, pues la descapitalización es tal que con frecuencia no se posee éste. Una vez realizado éste habrá que proceder a reponer los bienes obsoletos. Esto, que parece tan simple, normalmente requerirá grandes desembolsos. Y volvemos a encontrarnos con el problema político. Electoralmente es más rentable comprar un *scanner*, por ejemplo, que ofertar que se ha reestructurado el

organigrama o que se ha inventariado el hospital. Pero existe otra causa aún más contundente para posponer la contabilidad de costes a la capitalización. No es posible implantar una contabilidad de costes si debido a la descapitalización no se tienen medios. Entre otros problemas nos encontraríamos los siguientes:

La falta de un inventario de los bienes materiales con su valor de compra, su ubicación, su grado de utilización, con las amortizaciones ya practicadas, etc., impide que se puedan dotar las amortizaciones con el rigor que requiere la contabilidad analítica e imputarlas al centro de coste correspondiente.

La inexistencia de datos escritos sobre el organigrama de la empresa hace imposible que se imputen los sueldos, salarios y seguros sociales a los centros de coste correspondientes.

Un mal funcionamiento de los almacenes en los que no lleva un método riguroso de control impide que se puedan imputar los consumos con rigor. Por otra parte, en muchos hospitales hay infinidad de almacenillos creados generalmente por el personal de enfermería de los que no se lleva ningún registro. En cuanto al almacén de cocina se pueden encontrar los casos más diversos.

La inexistencia de contabilidad general o, en su caso, su mala calidad impide el traspaso a la contabilidad analítica de una información de cali-

dad. En muchos casos la contabilidad general está sometida a la contabilidad presupuestaria, dando unos resultados pésimos.

La mala calidad de las historias clínicas hace que no podamos conocer la calidad de la asistencia sanitaria con exactitud. ¿De qué serviría la reducción de costes en un tipo de operación quirúrgica si disminuye la calidad, aumenta el número de defunciones, el de reingresos, etc?

También hay que destacar la escasa calidad de las estadísticas tanto por la información solicitada y su tratamiento como por la veracidad de los datos suministrados. El humorista Chumy Chúmez asegura que su trabajo en la Seguridad Social era hacer las estadísticas: inventárselas.

Pero la deficiencia más importante en el momento de instalar una contabilidad de costes es la descapitalización informática. En los hospitales públicos la mayoría de las tareas informatizables se realizan por métodos manuales. La falta de una red informática con un ordenador central potente origina la picaresca. Los hospitales se encuentran plagados de pequeños ordenadores personales dejados en depósito por las casas suministradoras a cambio de las más variadas contraprestaciones. De esta manera nos encontramos con pequeños ordenadores desconectados entre sí, a veces incluso incompatibles, y con un coste superior al de un sistema más adecuado.

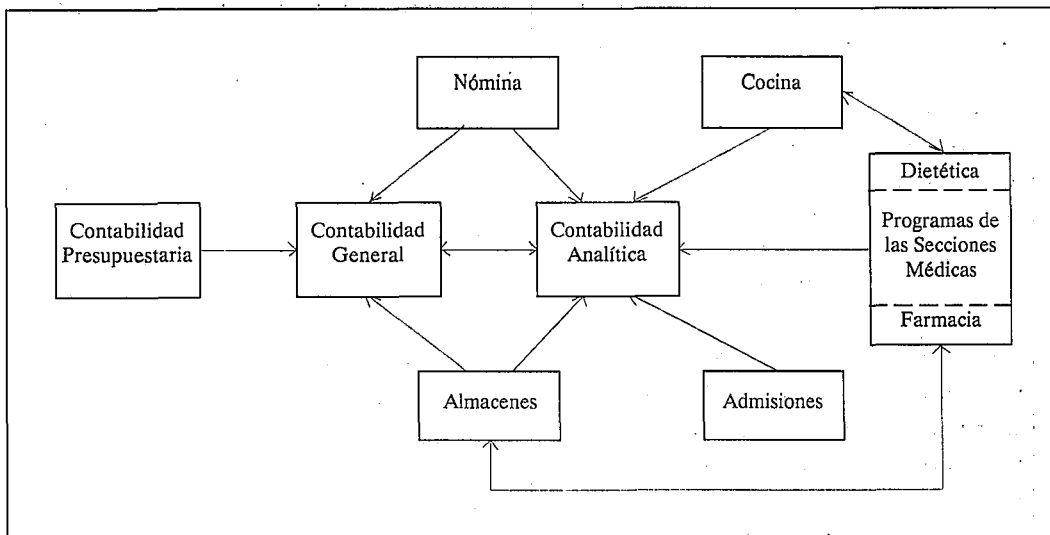
Para poder instalar un sistema de contabilidad analítica será necesaria una red informática que no sólo disminuya el coste en mano de obra, sino que aporta automáticamente la

información necesaria para la contabilidad analítica.

Los principales programas relacionados con la contabilidad analítica son los siguientes (ver gráfico 1):

GRÁFICO 1

ESTRUCTURA INFORMÁTICA PARA SURTIR DE INFORMACION A LA CONTABILIDAD ANALÍTICA DE UN HOSPITAL



- El programa de contabilidad analítica que recibirá información de los demás programas y realizará el proceso de cálculo figura, en consecuencia, en el centro de nuestro esquema informático.
- El programa de contabilidad general nos proporcionará los datos monetarios para una primera reclasificación de costes y recibirá información a su vez de la contabilidad analítica.

- La contabilidad presupuestaria tendrá su programa específico. Esta contabilidad debe ser independiente de la general, pero ha de proporcionarle los datos que sean precisos.
- La aplicación de nómina calculará los sueldos, salarios y seguros sociales del hospital trasladando su información a los tres programas contables.
- El programa de almacén permite la gestión informática de los

almacenes del hospital. Además de los almacenes generales, realizará la gestión del almacén de cocina y de los pequeños almacenes del personal auxiliar de las secciones médicas. Especial importancia merece, desde el punto de vista económico, el almacén de farmacia. Mediante la utilización de un programa que facilite la gestión de este almacén mediante el sistema de unidosis podremos imputar a cada asistencia médica su consumo de medicamentos.

- El programa de consultas externas permite llevar informáticamente la petición de hora de los pacientes no ingresados. Gracias a la informatización de esta tarea la contabilidad analítica recibe automáticamente el número de consultas externas, si es primera consulta o sucesivas, y a qué asistencia médica corresponden.
- El programa de admisiones es el más cercano a la contabilidad analítica, junto con el de contabilidad general. Gracias a él tenemos conocimiento del número de enfermos y de la duración de su estancia.
- Los diversos programas de cada una de las secciones médicas nos permiten conocer tanto la asistencia médica como de enfermería que requiere cada paciente. En consecuencia, estos

programas han de estar relacionados con el de admisiones.

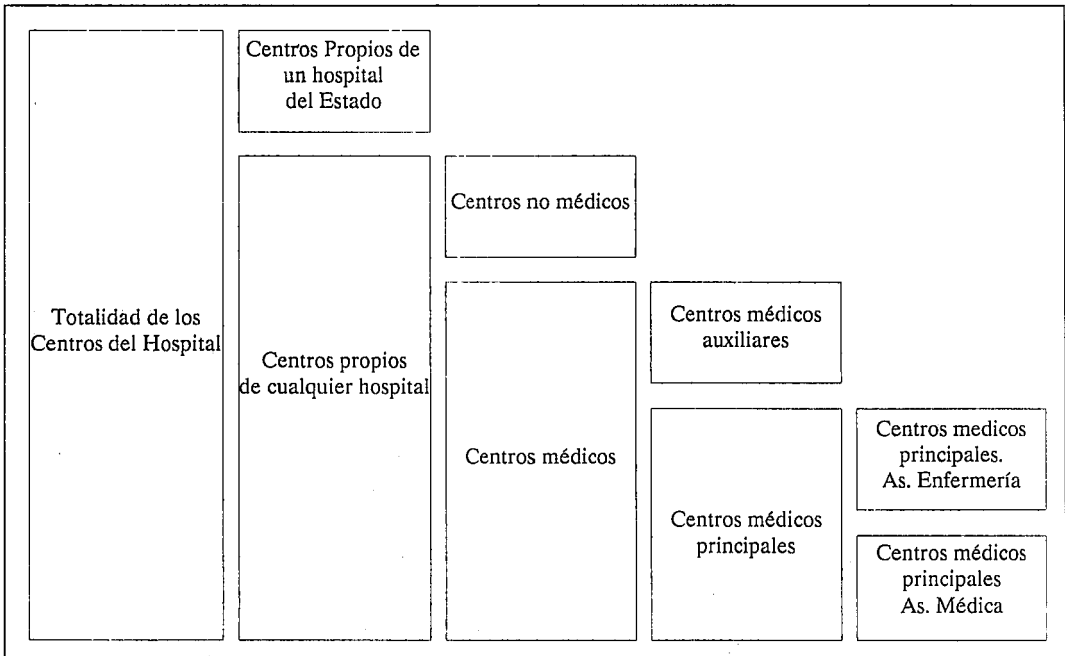
- Por último, un programa de cocina que permita llevar esta sección y que proporcionará el consumo alimenticio de cada asistencia sanitaria. Las secciones médicas hacen las peticiones para sus pacientes mediante un correo electrónico con la ayuda del programa de admisiones. Este programa estará muy relacionado con el del departamento de dietética.

Este no es el esquema informático de un hospital, sino la parte necesaria para la contabilidad analítica. Una vez que se tienen los recursos informáticos se puede empezar el proceso de instauración de una contabilidad analítica que permita un conocimiento barato y de calidad de los costes con el fin de reducir éstos.

El método de cálculo de la contabilidad analítica consta de diversas partes. Primero se han de crear los distintos centros de costes y los productos finales y después los criterios de reparto.

Los centros de costes se van a dividir en centros de costes propios de un hospital del Estado y centros de costes propios de cualquier hospital (ver gráfico 2). Los centros de costes propios exclusivamente de un hospital del Estado son aquellos que no se encuentran normalmente en hospitales privados. En este trabajo utilizaremos los de:

GRÁFICO 2

DISTRIBUCION DE LOS CENTROS DE COSTE
DENTRO DEL HOSPITAL

- Docencia.
- Fotografía.
- Biblioteca.
- Asistencia social.
- Asistencia religiosa.
- Estadística.
- Hermandad de donantes de sangre.
- Atención al paciente.
- Medicina preventiva.

Los centros propios de cualquier hospital los dividiremos en centros médicos y centros no médicos. Los centros no médicos son aquellos que no prestan un servicio médico a los

pacientes. En este trabajo utilizaremos los de:

- Dirección general.
- Dirección médica.
- Dirección de enfermería.
- Dirección económica.
- Suministros.
- Ingresos por urgencias.
- Reparaciones y conservación.
- Personal subalterno.
- Limpieza.
- Nóminas-personal.
- Telefonistas.
- Costurero.
- Cocina.

- Cafetería.
- Informática.
- Archivo de historias clínicas.
- Petición de hora para consultas externas.
- Admisiones programadas.
- Lavadero.
- Fotocopiadora.
- Horno crematorio.
- Sindical.

Los centros de costes médicos los dividiremos en centros de costes médicos auxiliares, sin atención al paciente, y centros de costes médicos principales, con atención al paciente. Vamos a utilizar los centros de costes médicos auxiliares siguientes:

- Anatomía patológica.
- Bacteriología.
- Hematología Clínica.
- Banco de Sangre.
- Radiodiagnóstico.
- Anestesiología.
- Farmacia.
- Quirófanos.
- Neurofisiología.
- Rehabilitación.

Los centros de costes médicos principales, con atención al paciente, que consideraremos en este trabajo son:

- Cirugía general.
- Medicina intensiva.
- Medicina interna.
- Oftalmología.
- Pediatría.
- Otorrinolaringología.

- Tocoginecología.
- Urología.
- Traumatología.

Estos centros, como después veremos, se dividen en dos partes. Una parte de asistencia médica y una parte de asistencia de enfermería.

Los hospitales son empresas multi-productoras que ofrecen distintos servicios definidos por cada una de las enfermedades que reciben tratamiento. Cada enfermo debe ser clasificado en un tipo específico de enfermedad y, en consecuencia, en un tipo específico de asistencia sanitaria. A fin de poder definir todas y cada una de las enfermedades que pueden ser tratadas en un hospital es conveniente utilizar o ayudarse de los GRD (Grupos de Diagnóstico de Enfermedades). También se pueden utilizar otras listas de enfermedades y tratamientos como el código Meary para ortopedia traumatológica y el código TNM para cancerología. Es importante, si se pretende comparar unos hospitales con otros, que la lista de enfermedades y diagnósticos sea igual para todos los hospitales que se desean comparar.

Una vez terminada la clasificación de los centros y los productos debemos proceder a establecer los criterios de un reparto primario. Vamos a utilizar la lista de cuentas del Plan para Centros de Asistencia Sanitaria (PCAS) para este fin. Indicaremos antes del nombre del subgrupo o de la cuenta su número en el PCAS.

60. Compras.

600. Fármacos. Directamente a los productos finales gracias a la información de la aplicación informática del almacén de farmacia que por el sistema de unidosis permite conocer el gasto exacto de cada paciente en fármacos.

602. Compra de comestibles y bebidas. Se imputará en su totalidad a la sección de cocina.

60X. El resto de las compras se imputarán según las solicitudes de cada sección recogidas por el programa informático de almacén.

Para los almacenes se puede escoger cualquier criterio de valoración de los normalmente admitidos. Sería interesante aplicar el criterio NIFO (*Nest In, First Out*), que valora las existencias a precios de reposición.

61. Gastos de personal. La aplicación informática de cálculo de nóminas y seguros sociales nos dará el gasto de cada trabajador e imputaremos su gasto a la sección en que presta sus servicios. Sólo en casos excepcionales se encuentran trabajadores que prestan sus servicios en varias secciones. En este caso procederemos a aplicar porcentajes según el tiempo empleado en cada sección.

62. Gastos financieros. Los hospitales públicos no tienen capacidad legal para efectuar este tipo de gasto. Si éste se produce no se reflejará en la contabilidad analítica.

63. Tributos. Suelen ser en nuestro caso de cuantía mínima. Se re-

partirán entre los pacientes según estancia/día.

64. Trabajos, suministros y servicios exteriores.

640. Arrendamientos. Generalmente se producen por el alquiler de equipos de trabajo utilizados en exclusiva por una sección. El coste del arrendamiento se llevará a esta sección. En los casos en que esto no suceda se necesitará un estudio pormenorizado.

641. Reparaciones y conservación. Comprende el valor de las reparaciones y mantenimientos realizados por otras empresas. Normalmente son reparaciones muy técnicas que no puede realizar el departamento de reparaciones del hospital. En consecuencia, normalmente serán fácilmente imputables al centro de costes que utiliza el bien reparado.

642. Suministros.

6420. Agua. Se pueden seguir dos criterios. La imputación por porcentajes y la instalación de contadores de agua que nos darán el consumo exacto de cada sección. La gerencia del hospital ha de decidir si el gasto de la instalación de los contadores va a ser amortizado con una mejor información analítica o no.

6421. Gas. Al igual que el consumo de agua, la dirección hospitalaria ha de decidir sobre la rentabilidad de instalar contadores o por el contrario realizar la imputación por porcentajes.

6422. Electricidad. El problema del suministro electrónico es más

complejo que los anteriores. Las compañías cobran por dos conceptos. Una cantidad por kilovatio/hora consumido y otra por la máxima potencia utilizada en el período de facturación. Para realizar la imputación primaria se pueden dar porcentajes a los centros de coste según la potencia instalada o instalar contadores y, en su caso, maxímetros. Nótese que el precio del kilovatio varía cada mes con respecto al anterior según la máxima potencia utilizada por el hospital marcada por el maxímetro general instalado por la compañía eléctrica.

646. Primas de seguros. Normalmente los hospitales públicos sólo aseguran algunos equipos de gran valor. En consecuencia, el valor del seguro se imputará a la sección que utiliza el bien. En otros casos debe estudiarse pormenorizadamente.

65. Transportes y fletes. No se suele producir este gasto.

66. Gastos diversos.

660. Material de oficina. Se imputará a la sección peticionaria gracias a la información suministrada por la aplicación informática del almacén de ingresos y material de oficina.

661. Comunicaciones. La casi totalidad del gasto en comunicaciones corresponde al consumo telefónico. Se puede repartir este gasto mediante porcentaje, que normalmente será el número de teléfonos instalados en la sección, o mediante contadores de pasos telefónicos.

662. Relaciones públicas. Se imputará a la sección donde presta sus servicios el trabajador que origina el gasto.

663. Publicidad y propaganda. No existirá este gasto salvo en los anuncios de concursos públicos. En este caso aumentará el valor del concurso.

664. Jurídico - contenciosos. Normalmente no existirá este tipo de gastos. Si se originan, habrá que ver detalladamente la causa.

68. Dotaciones del ejercicio para amortización.

680. Amortización del inmovilizado material. En contabilidad analítica normalmente las amortizaciones no se recogen de la contabilidad general, sino que se calculan. En nuestro caso, al tener una contabilidad general sin sujeciones fiscales o normativas queda abierta también esta primera posibilidad.

681. Amortización del inmovilizado inmaterial. Normalmente no existirá este gasto.

687. Amortización de gastos. Normalmente no existirá este gasto.

69. Dotaciones a las provisiones. No se traspasarán, ni calcularán, en la contabilidad analítica.

Realizando el reparto primario procederemos a realizar el reparto secundario. En una empresa industrial el reparto secundario suele realizarse con un esquema lineal en el cual las materias primas pasan por diversos departamentos hasta terminar en la

venta de productos terminados y cálculo de márgenes y resultados.

En una empresa no industrial este proceso lineal con un principio, un desarrollo y un fin claros no suele existir, dándose una estructura en el reparto secundario en la cual cualquier centro puede dar servicio a otro. Así, secciones como limpieza y suministros prestan servicios a todas las del centro, se los prestan mutuamente y se los prestan a sí mismas. Todos los servicios médicos se prestan mutuamente mediante las interconsultas, etc. En consecuencia, el reparto secundario se realizará con un sistema de ecuaciones que puede ser de tamaño enorme. Este sistema debe ser resuelto informáticamente por el método de Gauss. Cualquier otro método, como, por ejemplo, el Roche-Frobenius, saturaría la capacidad del ordenador y sería de mucha más difícil programación informática.

Para exponer el reparto secundario se va a indicar éste para grupos generales que coinciden casi íntegramente con la clasificación de las secciones realizada anteriormente.

Los centros propios de hospitales del Estado no repartirán sus costes a otros centros, quedando como centros-producto. En el caso de que se tenga gran interés en llevar este coste a los pacientes se procederá a un reparto por estancia/día.

Los centros no médicos tendrán en algunos casos costes estándar con cálculo de desviaciones y en otros un

presupuesto al que se le hallará por diferencia una desviación. No tiene interés un mayor detalle del reparto secundario de estos centros, puesto que éste no tiene ninguna dificultad, al contrario que en los centros médicos.

Para realizar el traspaso de los centros médicos auxiliares a los pacientes de los costes de su asistencia sanitaria se precisa realizar un inventario de todos los productos que se realizan en estos centros. En algunos casos el número de productos será de cientos, por lo que si es posible se debe proceder a su reducción en grupos de productos homogéneos. Una vez realizada esta clasificación se procederá a clasificarlos en unidades equivalentes, dando a cada uno un valor en esta ponderación. Mediante el sistema informático se procederá a dividir el coste de la sección entre el número de unidades ponderadas que se han realizado durante el período a fin de imputar a cada paciente el coste de las unidades específicas que ha recibido.

La asistencia de enfermería se calculará mediante la llamada Parrilla de Montesinos. Este es un sistema de cálculo que permite agrupar a los pacientes en tres niveles, según el nivel de asistencia de enfermería que precisan. Existe un primer nivel que agrupa a los pacientes con asistencia mínima, los más; un segundo nivel con los pacientes generalmente en estado más grave, y un último nivel con los pacientes que requieren gran

cantidad de asistencia de enfermería. Este cálculo debe realizarse cada día y mediante el sistema informático se imputa a cada paciente su coste diario de enfermería durante su estancia en el hospital.

Por último, a fin de repartir entre cada paciente su coste médico, se dividirá el trabajo médico en tareas, ponderándose cada una de éstas. Pondremos como ejemplo un posible reparto en la sección de urología:

Ingreso	3
Estancia/día	1,5
C. externa primera	3
C. externas siguientes	1,5
Interconsulta	3
Quirófano	20
Catéter uteral	4,5
Cambio sonda	3
Urodinamia	6
Pielografía ascendente	4,5
Cistografía retrógrada	3

Fistulografía	3
Deferentografía	12
Citoscopia	2

Esta ponderación de cada una de las actividades de una sección debe realizarse en cada hospital, ponderándose según los medios de que se disponga para la atención médica. Sólo queda dividir la sección entre el número de unidades ponderadas producidas e imputar a cada paciente el coste de su asistencia médica.

Se ha realizado una exposición de las causas de la mala gestión en los hospitales públicos y sus posibles soluciones. Este análisis es fácilmente extensible a cualquier tipo de empresa o administración pública, que posiblemente será más sencilla que la de un hospital público, ejemplo que se ha escogido por su complejidad.