**XII CONFERENCIA INTERNACIONAL DE CIENCIAS EMPRESARIALES (CICE 2019)**

**(VII Simposio de Contaduría, Finanzas y Auditoría)**

**Título**

**Procedimiento para el cálculo del costo por pacientes con endocarditis en el Cardiocentro Villa Clara.**

***Title***

***Procedure for calculating the cost of patients with endocarditis in the Cardiocentro Villa Clara.***

Alexander Jesús Pérez Cárdenas.[[1]](#footnote-1)

Rafael Michel Coca Granado. [[2]](#footnote-2)

**Resumen**

A pesar de manifestarse un incremento en los últimos años de las investigaciones relacionadas con el costo en salud, y específicamente en la actividad hospitalaria, aún no se distinguen ni concretan síntesis que de forma coherente y sostenible aporten información de costos que refleje la actividad hospitalaria. Sin embargo no se materializa una herramienta que de forma prescrita y científicamente demostrada permita la obtención de la información del costo que precisan en la actualidad las instituciones hospitalarias como herramienta de la gestión.

El objetivo general consiste en: diseñar un procedimiento para el cálculo del costo por pacientes con la patología endocarditis en el cardiocentro de Villa Clara que contribuya a la gestión del costo hospitalario en búsqueda de la eficiencia económica.

El hospital cardiocentro cuenta con un sistema de costeo actual por áreas de responsabilidad pero no se logran identificar y cuantificar los costos por pacientes y patologías, existen limitaciones para el cálculo del costo unitario, todo lo que restringe la profundidad en los análisis y en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos que se destinan en el tratamiento de las enfermedades. El procedimiento es capaz de brindar información que posibilita valorar la utilización de los medicamentos y demás recursos, a partir de los protocolos de atención hospitalaria, así como permitir la definición de precios, normas unitarias del gasto y aportar elementos para valoraciones económicas de programas médico-asistenciales hospitalarios en función de la gestión de la calidad en el servicio prestado.

**Palabras Clave:** Cálculo; Costos; Gestión; Pacientes; Patologías; Instituciones hospitalarias.

***Abstract***

***In spite of an increase in the last years of the investigations related to the cost in health, and specifically in the hospital activity, there is still no distinction or synthesis that coherently and sustainably provide cost information that reflects the hospital activity. However, it does not materialize a tool that, in a prescribed and scientifically proven way, allows the obtaining of the cost information currently required by hospital institutions as a tool of management.***

***The general objective is to: design a procedure to calculate the cost of patients with endocarditis pathology in the cardio center of Villa Clara that contributes to the management of hospital costs in search of economic efficiency.***

***The cardiocentro hospital has a current costing system for areas of responsibility but it is not possible to identify and quantify the costs for patients and pathologies, there are limitations for the calculation of the unit cost, all that restricts the depth in the analyzes and in the taking of decisions about the use of resources that are used in the treatment of diseases. The procedure is able to provide information that makes it possible to assess the use of medicines and other resources, based on hospital care protocols, as well as to allow the definition of prices, unit expenditure rules and provide elements for economic evaluations of medical programs. Hospital care in function of quality management in the service provided.***

***Keywords:*** *Calculation; Costs; Management; Patients; Pathologies; Hospital institutions.*

**Introducción**

A pesar de manifestarse un incremento en los últimos años de las investigaciones relacionadas con el costo en salud, y específicamente en la actividad hospitalaria, aún no se distinguen ni concretan síntesis que de forma coherente y sostenible aporten información de costos que refleje la actividad hospitalaria y contribuya a la gestión. Toda vez que se evidencian de forma aislada argumentos con enfoques hacia el costeo por patologías o por estancia hospitalaria a partir de la utilización de costeos directos, costeo basado en actividades, costeo por áreas de responsabilidad o vinculación de éstos, sin embargo no se materializa una herramienta que de forma prescrita y científicamente demostrada permita la obtención de la información del costo que precisan en la actualidad las instituciones hospitalarias como herramienta de la gestión. En consecuencia con los elementos que se abordan, se resume que en el hospital cardiocentro a partir del sistema de costeo actual por áreas de responsabilidad, no se logran identificar los costos por pacientes ni patologías, existen limitaciones para el cálculo del costo unitario por pacientes, todo lo que restringe la profundidad en los análisis y en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos que se destinan a esta actividad. Es aquí donde radican las principales dificultades del sistema de costeo que se utiliza en este instituto de tercer nivel de la salud, por lo que se requiere de una herramienta que posibilite cuantificar lo que se invierte por cada paciente en su atención hospitalaria. Esto implica la necesidad de un cambio en los procederes para el cálculo de los costos hospitalarios, al incorporar una visión de procesos asistenciales con la premisa de que la clave no radica solo en obtener un costo, sino que éste represente la realidad del servicio que presta el cardiocentro y proporcione la información necesaria que facilite y contribuya a la eficiencia económica.

Mediante la aplicación del procedimiento se logran perfeccionar los procesos directivos al contar con información que contribuye a la gestión hospitalaria y obtener información de costo que se corresponde con la realidad del centro hospitalario, fundamentar económicamente los estudios médico–asistenciales–hospitalarios, cuantificar los protocolos de atención hospitalaria y valorar la utilización adecuada de los medicamentos a partir de éstos, así como posibilitar el análisis de los precios de los servicios hospitalarios a partir normas unitarias del gasto y aportar elementos para el análisis y la toma de decisiones. La salud, como uno de los paradigmas sociales de la Revolución Cubana, precisa de la concientización de la población en cuanto a los recursos que se sacrifican en la atención hospitalaria no solo de forma general, (a nivel de país, provincia o institución) sino en función de lo que cuesta la atención hospitalaria que de forma gratuita recibe como paciente. Se apoya además la implementación de los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución en cuanto a “Garantizar la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios”

Se concreta en las potencialidades del procedimiento de ser capaz de brindar información que posibilita valorar la utilización de los medicamentos y demás recursos, a partir de los protocolos de atención hospitalaria, así como permitir la definición de precios, normas unitarias del gasto y aportar elementos para valoraciones económicas de programas médico-asistenciales hospitalarios en función de la gestión de la calidad en el servicio prestado.

**Metodología:**

El desarrollo de esta investigación se realizó sobre una base dialéctica, se utilizaron métodos de análisis, síntesis, deducción, inducción e históricos lógicos. Como técnicas de búsqueda de información se empleó la observación directa y revisión de documentos.

**Resultados y discusión:**

El costeo por patologías y por pacientes como resultado del análisis de la regularidad en las investigaciones que se desarrollan respecto al cálculo del costo en la actividad hospitalaria y su contribución a la gestión, vistas las diversas metodologías, procedimientos y herramientas que se presentan por autores internacionales y cubanos de relevancia en la temática, en cuanto a los objetos de costo definidos se manifiesta que en el ámbito internacional sobresale con el 25% de las investigaciones que se consultan la intención de costear la actividad hospitalaria por enfermedades y/o por pacientes, con el 19% a partir de los GRD, así como otro 19% recomienda utilizar los protocolos de atención hospitalaria como herramienta para la predeterminación de los costos. En Cuba, las principales investigaciones que se consultan enmarcan con el 50% al costeo por enfermedades y/o por pacientes como los objetos de costo a determinar en las instituciones hospitalarias, seguido de un 15% para el costeo por áreas de responsabilidad y otro 15% resalta la importancia de la utilización de los protocolos hospitalarios como instrumento para la predeterminación de los costos.

En un hospital se desarrollan diversas y complejas actividades con el objetivo de prestar un servicio que constituye un producto hospitalario que debe responder a la realidad de que en estas instituciones se atiende a una multitud de pacientes, los que según Porcel (2009); Reyes et al. (2009); Infante (2012a) (2012b); Castellanos et al. (2013); Alvear et al. (2013); Reyes et al. (2015)(2016) y Morales (2016), a pesar de poder agruparse a partir de la sintomatología que presentan y enfermedad que padecen, no consumen necesariamente la misma cantidad de recursos, ya que sobre ellos influyen aspectos tales como la edad, particularidades del paciente, gravedad, avance de la enfermedad y las complicaciones, elementos que tienen una relación directa con el costo de la atención hospitalaria. Las enfermedades que padecen los pacientes que requieren servicios en hospitales son resueltas a través de un proceso médico asistencial que insume varios productos y servicios de estas instituciones, para lo que se requiere de tantas áreas como sean necesarias. El costeo por enfermedades y por pacientes, al analizar la regularidad en los criterios e investigaciones de Sánchez y Nazco (2002a)(2002b); Montico y Velarde (2003a); Oteiza y Ramírez (2005); Montico et al.(2005a); Duque et al. (2009); Porcel (2009); Gutiérrez et al. (2009); Reyes et al. (2009)(2012); Infante (2012b); Castellanos et al. (2013) y Reyes et al. (2015)(2016) constituye una visión innovadora para la valoración de los servicios prestados por los hospitales, los que son consumidos por pacientes que padecen enfermedades. Los sistemas de información hospitalaria tienen que convertirse en sistemas integrados y coherentes con el fin de que sean útiles para la gestión del costo, la información que se obtenga debe enfocarse a la identificación de las características del paciente y la enfermedad que padece, servicios y procedimientos que requiere, profesionales que intervienen y protocolos hospitalarios, todo lo que debe reflejarse en la forma de cálculo de los costos y en su posterior análisis y evaluación.

El costeo por enfermedades y pacientes tienen que incorporar en un mismo procedimiento el cálculo del costo por enfermedad y por paciente, debido a que, una forma coherente de agrupar los recursos que se destinan a la atención hospitalaria por objeto de costo lo constituye la enfermedad y dentro de ésta, el paciente con sus particularidades y características específicas según Montico y Velarde (2003a) y Armenteros et al. (2003). El paciente no demanda una consulta, y/o una radiografía, y/o una intervención quirúrgica, sino que requiere de una solución integral a un inconveniente de salud concreto que se lleva a cabo por la utilización de distintos servicios que integran el complejo hospitalario. El servicio que se presta en los centros hospitalarios, como expone Troncoso (1992), debe denominarse solución de enfermedades a los pacientes hospitalizados, unidad de costo compuesta por la suma de los distintos recursos, servicios o actividades que deben asignarse al paciente para atender su enfermedad. En el costeo por enfermedades y por pacientes según Montico y Velarde (2003a); Duque et al. (2009); Reyes et al. (2009); Infante (2012b) y Reyes et al. (2015)(2016) es indispensable identificar y clasificar los costos por su relación con el objeto de costeo y con el nivel de actividad. Se deben determinar los costos variables por paciente y los costos totales por enfermedades. Lo que facilita los análisis en cuanto al aumento o disminución de los costos en proporción a los niveles de actividad. En más del 65% de la bibliografía que se consulta se evidencia que para el cálculo de los costos variables se utilizan elementos del sistema de costos por órdenes, donde la orden la constituye el paciente y el documento que permite la cuantificación de los recursos empleados en su atención hospitalaria es la historia clínica. Para el cálculo de los costos fijos es aplicable el sistema de costos por áreas de responsabilidad, ya que éste permite obtener el costo de utilización de los servicios por áreas. Para lograr tales resultados se requiere de sistemas de información actualizados, precisos e interconectados en todas las áreas de la institución y de recursos humanos con capacitación suficiente para registrar con oportunidad los montos sacrificados en la atención hospitalaria por áreas de responsabilidad. Es importante organizar y mantener actualizada una base de datos con los costos reales mensuales y acumulados de todas las áreas, como paso imprescindible para el cálculo y análisis del costo por paciente y por enfermedades (Infante, 2012b). El costo por enfermedad, al decir de Infante (2012a)(2012b),puede lograrse a partir de un nivel más de detalle en lo que respecta a la elaboración de la información primaria y su captación a lo interno de la institución, al incorporar los elementos que se precisan para la identificación de los recursos que se consumen por enfermedades,

Esta propuesta no implica modificaciones en la estructura general de las cuentas de gastos para su registro y por consiguiente en la emisión de los estados financieros, toda vez que su objetivo radica en poder identificar a lo interno de la institución y por áreas de responsabilidad los recursos ofrendados en la atención hospitalaria por enfermedades, al establecer subelementos donde se acumulen los montos por su origen y destino mediante los elementos del gasto que competen a cada enfermedad.

El Cardiocentro comenzó su trabajo en julio de 1986, como un servicio del antiguo Hospital Provincial de Villa Clara, con una plantilla de 90 trabajadores. Se inició con un perfil quirúrgico y desarrolló la cirugía valvular y algunas operaciones congénitas en adultos. En 1988 se adentra en la cirugía de revascularización miocárdica, perfil que se ha desarrollado progresivamente.

Desde 1987 comienzan las interconsultas a los hospitales de la región central del país (Cienfuegos, Sancti Spiritus, Ciego de Ávila y Camagüey), para establecer un accionar conjunto en la atención a estos enfermos. Ese mismo año se creó el Grupo Provincial de Cirugía Cardiovascular donde están representadas todas las especialidades médicas que intervienen en esta actividad. En 1988 inició su labor el Servicio de Hemodinámica con fines diagnósticos en pacientes adultos y niños. Este Servicio ha ido consolidando su actividad y se ha desarrollado hasta lograr iniciar, en 2003, los procedimientos intervencionistas cardiovasculares a nivel coronario y periférico; así como el intervencionismo cardíco no coronario. Desde fines de este propio año se inició el desarrollo de la electrofisiología.

En 1998 se hacen algunas cirugías coronarias sin circulación extracorpórea pero es en el año 2003 donde su actividad cobra fuerza hasta lograr, en la actualidad, realizar más del 97% de este tipo de cirugía sin usar la máquina corazón-pulmón.

Durante estos 25 años han tenido un intercambio provechoso con varias personalidades e instituciones nacionales y extranjeras dedicadas a esta actividad.

En el 2001 se crea la Red Central de Cirugía Cardiovascular que se ha desarrollado hasta convertirse en la Red Nacional de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, que cuenta con tres regiones: occidental, central y oriental. La Red Nacional, prácticamente concluida, está enlazada por una red informática y está conformada por los Servicios de Cardiología de los Hospitales Provinciales.

Desde el punto de vista administrativo existe un Consejo de Dirección integrado por cuatro Vicedirecciones que realizan, en su mayoría, trabajo asistencial. El centro cuenta con 500 trabajadores, 345 mujeres y 155 hombres, 41 médicos, 151 enfermeros (Máster 7, Licenciados 84, Especializados 30, Técnicos 50, Enfermeros Básicos 25). El 58,6% de enfermeros laboran en la atención al paciente grave (Quirófano y Unidades de Cuidados Intensivos). Cuenta con 103 técnicos, 50 propios y 53 comunes; además 179 trabajadores de servicios, obreros y administrativos.

El nivel de satisfacción a la población que ha alcanzado este centro se manifiesta en las encuestas, en las opiniones recogidas y en las numerosas cartas de sus pacientes y familiares. En el año 2003 se le otorgó al centro la ***Bandera Proeza Laboral*** por haber logrado operar más de 400 casos. El centro fue declarado ***Vanguardia Nacional*** en el año 2004 y se declaró ***Colectivo Moral*** en el 2005, condición esta que fue otorgada en presencia del Ministro de Salud Pública.

La institución tiene la visión de garantizar la asistencia médica, investigación científica y formación docente de excelencia en correspondencia con el nivel de atención, en cirugía cardiaca, vascular, cardiología clínica e intervencionista, electrofisiología y estudios auxiliares de diagnósticos a pacientes con afecciones cardíacas congénitas y adquiridas susceptibles de tratamiento; con tecnologías competitivas e infraestructura adecuada a través de un capital humano con alto nivel profesional científico y competente, para facilitar la satisfacción de los pacientes en toda la red central del país.

Somos reconocidos como centro de excelencia con alto nivel científico, docente e investigativo en los servicios de cirugía cardíaca, vascular, cardiología clínica, intervencionista y electrofisiología, apoyado en un personal competente, tecnologías y recursos adecuados en un personal competente, tecnologías y recursos adecuados que garantizan la sustentabilidad en su gestión integrada.

La Unidad Presupuestada no tiene Objeto Social solo funciones estatales a ellas asignadas que son de probación por el órgano que lo crea (Poder Popular).

El Sistema Nacional de Salud de Cuba se basa en los principios de Salud Pública Socialista, mediante los que se reconoce el derecho a la población de recibir gratuitamente los servicios prestados por las instituciones dedicadas tanto a la asistencia médica como a la asistencia social, y constituye una de las mayores conquistas del Modelo Social Cubano.

La salud pública comprende las funciones que se relacionan con los servicios médicos, lo que se manifiesta mediante la asistencia médica integral que contempla tres niveles de atención; primario, secundario y terciario, así como mediante los servicios sanitarios que se corresponden con los primeros auxilios y para lo que no se precisa de la presencia de un facultativo.

El nivel primario se ocupa de la atención a la familia como un todo, aplica acciones sanitarias en la comunidad y representa el primer contacto de la población con el sistema de salud.

El nivel secundario ofrece acciones de salud más complejas que el primario en el orden tecnológico y es una de sus características fundamentales el internamiento del paciente en la unidad de salud principal que lo representa el hospital. Su objetivo es resolver los problemas de salud con mayor nivel de complejidad y comprometimiento de la calidad de vida de las personas que atiende.

En el nivel terciario que es al cual pertenece la entidad objeto de estudio se atienden los problemas de salud más importantes de órganos y sistemas, su investigación y solución. Se caracteriza por aplicar tecnología de punta en los procederes diagnósticos y terapéuticos y realizar acciones de salud de alta complejidad con la finalidad de impedir la muerte prematura de personas y mejorar la calidad de vida. Entre las instituciones más representativas de este nivel se encuentran los institutos de investigaciones y centros que ofrecen servicios de alta complejidad tecnológica (MINSAP, 2012) (Gutiérrez& Suárez, 2013).

El presupuesto destinado a la entidad objeto de estudio para el año 2019 es de $12 200 000. Los hechos económicos que se suceden con la ejecución de las actividades en el Cardiocentro de Villa Clara se anotan de forma cronológica sobre la base de las técnicas contables de registro, pautadas según las disposiciones del Sistema Nacional de Contabilidad. Estos hechos tienen su reflejo en los documentos primarios, con los que se inicia el proceso contable de confección de comprobantes de operaciones que se sustentan, estos se asientan en diferentes sub-diarios o registros para su clasificación en cuentas y subcuentas. Con posterioridad se registran sus resultados en el libro mayor y en los submayores que corresponden, entre ellos el de gastos. Es en este submayor donde aparece reflejada la ejecución detallada de los gastos incurridos por el hospital según lo establece el clasificador de gastos definido en el Sistema Nacional de Contabilidad.

Este submayor, si bien refleja la ejecución de los gastos de las actividades hospitalarias desde su aspecto general por partidas y elementos, no es utilizable directamente para la determinación de los costos de cada una de las áreas organizativas del hospital. Para esto se efectúa una reformulación mediante la desagregación de sus cuantías en correspondencia con las áreas existentes. Estas áreas deben corresponderse con la misión y funciones que realiza la institución y estar en estrecha relación con el organigrama de la entidad, agrupándose en centros de servicios generales y administrativos, centros auxiliares y centros finales.

Constituyen centros de servicios generales y administrativos todas las áreas de responsabilidad que realizan actividades de apoyo administrativo a las estructuras del organigrama que integran la institución, están constituidos por las áreas que cumplen funciones de dirección y administración, de aseguramiento material y de servicios complementarios.

Constituyen centros auxiliares y de apoyo todas las áreas de responsabilidad que coadyuvan a la realización de las actividades de los departamentos principales. Conforman este tipo de centro, las áreas especializadas que apoyan al grupo de los centros finales en la ejecución de las acciones fundamentales de la institución. Como regla general están compuestos por los departamentos, secciones y áreas especializadas que apoyan al grupo de los centros finales en la ejecución de las acciones fundamentales de la institución. Como regla general están compuestos por los departamentos, secciones y áreas que corresponden a medios de diagnóstico y tratamiento.

Se identifican como centros finales todas las áreas de responsabilidad que constituyen las partes o subsistemas de la estructura organizativa que ejecutan las principales acciones consignadas en la misión de la institución y en los que su actividad está dirigida hacia la atención directa a los pacientes, tales como asistencia médica, atención especializada, docencia e investigación.

Para realizar la correlación de los costos por áreas de responsabilidad es preciso la utilización de hojas de trabajo que tienen como finalidad determinar los costos en salud y garantizar la compatibilidad y el cuadre con los registros contables. Este proceso se lleva a cabo a partir de las distribuciones primaria y secundaria de los costos.

Para llevar a cabo la distribución primaria de los costos se sistematizan mensualmente tres hojas de trabajo (HT) que permiten efectuar el desglose y resumen de las cuantías de los rubros correspondientes a cada centro de costos, las que son:

- Hoja de Trabajo # 1 (HT - 1): Resumen de consumo de materiales

- Hoja de Trabajo # 2 (HT - 2): Resumen de salarios

- Hoja de Trabajo # 3 (HT - 3): Resumen de servicios y estipendios

En la HT-1 se anotan y determinan por áreas de responsabilidad los importes que corresponden al consumo de alimentos, medicamentos, materiales de curación, de laboratorio, de radiología, de estomatología, de mantenimiento, de oficina, de aseo personal, de limpieza, instrumental médico y estomatológico, así como vestuario y lencería, de acuerdo a los despachos que se efectúan a éstas.

Constituye la hoja de trabajo más extensa que se elabora en los hospitales generales cubanos, dada la cantidad de información que resume y las diferentes fuentes de procedencia de la misma.

La HT-2 sintetiza los montos de salarios devengados y descanso retribuido que se acumula por los trabajadores en cada área de responsabilidad. Se tienen en cuenta las reasignaciones salariales que correspondan a otras áreas debido a la participación de trabajadores en actividades de éstas.

La HT-3 resume los montos de servicios, estipendios y otros gastos diferentes de materiales y salarios por cada área de responsabilidad. Se relacionan los costos por conceptos de viáticos, servicios recibidos, prestaciones sociales y otros, de acuerdo a las diferentes áreas que los originan. Incluye además las cuantías de electricidad y depreciación de activos fijos tangibles.

Con la información por áreas de responsabilidad de los materiales, salarios y otros servicios se elabora el informe de costos, lo que constituye el cierre de la distribución primaria, luego de lo que se procede a la distribución secundaria, proceso en la determinación de los costos, en el que de forma secuencial y por el método escalonado se distribuyen las cuantías acumuladas en las áreas que representan a las actividades de servicios generales, administrativos, auxiliares y de apoyo, hacia las finales.

Este proceso culmina cuando todos los costos de la institución son distribuidos hacia las áreas que se corresponden con las actividades fundamentales del hospital. Para sistematizar la distribución secundaria de los costos se utiliza la HT- 4: Hoja de distribución de costos indirectos, la que permite efectuar la distribución de los costos acumulados en los centros de servicios generales y administrativos, de apoyo y auxiliares hacia otros centros con los que se relacionan de acuerdo a las actividades que realizan. Al terminar el proceso de distribución, todos los costos de estas áreas pasan a constituir los indirectos de las que clasifican como finales.

Al concluir este proceso se elabora por área de responsabilidad el informe resumen del monto total del consumo del mes y el acumulado, así como los niveles de actividad (días-pacientes, días-camas, egresados, pacientes atendidos, camas reales, casos atendidos, consultas realizadas, cantidad de intervenciones, minutos quirúrgicos, alumnos o profesionales) según corresponda, información con la que se obtiene el costo unitario por áreas producto de la división del costo total por el nivel de actividad que se defina.

**Pasos para el cálculo del costo por pacientes con la patología endocarditis en el Cardiocentro de Villa Clara.**

Se propone un procedimiento diseñado para el cálculo del costo por pacientes diagnosticados con endocarditis sobre la base del estudio de la bibliografía, autores clásicos y la consulta a especialistas del ramo, el cual se elabora partiendo de la necesidad de conocer la patología que se va a costear. Consta de dos Fases (Conocer la patología que se va a costear y determinar el costo por pacientes en la patología endocarditis) con sus respectivos pasos y tareas:

Para desarrollar la Etapa I se debe consultar abundante bibliografía y materiales médicos, entrevistar a especialistas de la salud, a personal con reconocido prestigio y experiencia en la actividad hospitalaria y a profesores de la Facultad de Ciencias Médicas, revisar las guías de buenas prácticas médicas por patologías, así como realizar observaciones minuciosas de procederes médicos, entre otras técnicas y herramientas.

|  |  |
| --- | --- |
| **ETAPA I:** Conocer la patología que se va a costear | Nombrar y definir la patología a costear. |
|  |
| Presentar y establecer los exámenes diagnósticos. |
|  |
| Presentar el manejo terapéutico. |
|  |
| Presentar los criterios de alta. |
| **ETAPA II:**  Determinar el costo por pacientes con la patología endocarditis |  |
| Confeccionar descripción escrita de los procesos. |
|  |
| Elaborar diagrama de flujo. |
|  |
| Clasificar los elementos del costo para la salud atendiendo a la capacidad de asociarse. |
|  |  |
| Determinar los inductores del costo para los elementos indirectos |



**Figura 2.2:** Etapas del procedimiento propuesto para la determinación del costo por pacientes con la patología endocarditis en el Cardiocentro de Villa Clara.

**Fuente:** Elaboración propia.

Esta primera etapa tiene como objetivo conocer las particularidades de la patología que se va a costear, puesto que al constituir el paciente el centro del costeo, es importante tener un conocimiento previo de qué tipo de atención precisa y requiere. Además para los objetivos de esta investigación, se considera patología cada servicio hospitalario que requiera el paciente. Esta etapa consta de un paso con seis tareas, organizadas de forma lógica y coherentemente interrelacionadas, tal y como se expone a continuación.

***Para la realización de la Etapa I deben cumplimentarse las siguientes tareas:***

* Nombrar y definir la patología a costear: en el nombre de la patología se consigna la denominación científica y/o popular de la patología y la definición refleja las características de la patología, así como otras cuestiones importantes para la comprensión de la misma. Para realizar ambas es preciso consultar materiales bibliográficos referentes a temas de medicina y luego consultar con personal calificado y especializado en estos aspectos.
* Presentar y establecer los exámenes diagnósticos: el criterio de diagnóstico resume las características y síntomas que debe presentar el paciente para determinar que se corresponde con la endocarditis. El criterio de diagnóstico se toma de las guías de buenas prácticas médicas que existen a nivel nacional para todos los tipos de atención médica- asistencial u hospitalaria. Luego se relacionan todos los exámenes que se precisa realizar al paciente para confirmar que padece la patología, deben declararse los momentos de realización de éstos, las cantidades y tipos en cada uno de los casos que sea necesario establecer. Esos exámenes aparecen definidos por patologías en las guías de buenas prácticas médicas existentes a nivel nacional. Igualmente deben consultarse a especialistas y personal experimentado en el tratamiento de la patología con el objetivo de fundamentar la información recopilada.
* Presentar el manejo terapéutico: el manejo terapéutico constituye la guía del trabajo o el plan de tratamiento a realizar por el médico, especialista, enfermera, técnico y asistente así como todo el personal implicado directamente en la atención al paciente, toda vez que debe contener las medidas generales que son indispensables adoptar para el tratamiento de la patología en los estadíos que puedan presentarse. Deben detallarse cada uno de los medicamentos y sus posibles variantes con las dosis y períodos de aplicación por tipo de pacientes, además el tipo de atención que según el estadío clínico va a requerir cada uno, exámenes auxiliares del tratamiento, sus cantidades y períodos, así como la forma en que debe manejarse cada situación valorando siempre todas las alternativas para todos los casos posibles.
* Presentar los criterios de alta: en esta tarea se explican las condiciones que debe presentar el paciente para ser declarado de alta, los términos de la misma y las complicaciones que pueden alterar estos términos. De esta forma se cumplimenta la etapa I del procedimiento, logrando un conocimiento elemental de la patología que va a atenderse el paciente, quien es al final el objeto del costeo.

***En la Etapa II se procede a la determinación del costo por paciente.***

La segunda Etapa cuenta para cumplimentarse con las siguientes tareas.

Confeccionar descripción escrita: tiene como objetivo presentar una descripción detallada de la trayectoria que recorre el paciente en todo su proceso de atención hospitalaria, constituyendo ésta la guía para la confección del diagrama de flujo. Para cumplimentarla, es preciso combinar la observación directa al paciente con entrevistas, intercambios y reuniones con personal médico especializado.

* Elaborar diagrama de flujo: los diagramas de flujo a los que también se les llaman flujo gramas, son gráficos que señalan el movimiento, desplazamiento o curso de una actividad, un formulario, un informe, materiales, personas o recursos. Son de gran importancia ya que brindan elementos de juicio idóneos para la representación de procedimientos y procesos, así como las pautas para su manejo en sus diferentes versiones.

No constituyen precisamente un esquema para representar gráficamente un algoritmo. Se basan en la utilización de diversos símbolos para representar operaciones específicas. Se les llama diagramas de flujo porque los símbolos utilizados se conectan por medio de flechas para indicar la secuencia de la operación.

Para poder hacer comprensibles los diagramas a todas las personas, los símbolos se someten a una normalización, es decir, existen símbolos casi universales, la simbología utilizada para la elaboración de diagramas de flujo es variable y debe ajustarse a un patrón definido previamente.

El diagrama de flujo constituye la base para la asignación de los costos a cada uno de los procesos o momentos por los que transita el paciente, logrando de esta forma que a su salida de la institución hospitalaria se pueda conocer cuánto se ha invertido en su tratamiento.

* Clasificar los elementos del costo para la salud atendiendo a la capacidad de asociarse. La clasificación de los elementos del costo que inciden en la actividad hospitalaria, atendiendo a la capacidad de asociarse, resulta de singular importancia, toda vez que permite identificar aquellos elementos sobre los que debe prestarse especial atención para desarrollar de forma acertada los procesos de planificación, control y toma de decisiones.

En este sentido se procede en esta tarea a la clasificación de los elementos del costo en directos e indirectos, con el objetivo de tener identificados, en primer lugar, los que inciden directamente en el servicio hospitalario y sobre los que las acciones de control y las decisiones deben estar más enfocadas. De igual modo, es importante conocer los costos indirectos, que al no poder ser rastreados en cada servicio hospitalario por paciente, precisan de inductores para la determinación de los costos en el procedimiento propuesto. Para cumplimentar esta tarea es necesario partir de lo dispuesto en el manual de costos hospitalarios y consultar con los expertos y el grupo de trabajo para analizar dicha clasificación.

* Determinar los inductores del costo para los elementos indirectos en esta tarea, se analizan detenidamente los elementos del costo para la salud con comportamiento indirecto, específicamente los correspondientes al sistema hospitalario y se definen por parte de los expertos y el equipo de trabajo aquellos inductores de asignación de los costos al paciente que resultan más representativos para cada caso, considerando además la posibilidad real de acceso a la información que se requiere para esto.
* Costear por pacientes. En la tercera tarea de este paso se procede al costeo por pacientes de los elementos directos e indirectos.
* Elementos directos: Los elementos del costo para las instituciones hospitalarias que hayan sido considerados directos se acumulan por paciente a costeo real. Tomándose por cada paciente las cantidades, tipos y costos de los consumos reales en cada caso, para lo que es aconsejable analizar la historia clínica del paciente, donde deben aparecer los procederes médicos que se han llevado a cabo, realizar monitoreo mediante la observación y entrevistas a pacientes, acompañantes y personal médico y procesar esa información mediante un sistema computarizado, en primera instancia Microsoft Excel, habilitando una hoja de costos por paciente.
* Elementos indirectos: En este caso, se asignan los costos por paciente, atendiendo a los inductores definidos con anterioridad, prestando especial atención al paciente como centro del costeo y a los servicios que constituyen costos indirectos y que él requiere para su atención hospitalaria. Para cumplimentar esta tarea, es preciso considerar todos los costos indirectos que se incurren en la trayectoria que sigue el paciente para su atención hospitalaria, así como sus respectivos inductores; por lo que se sigue el diagrama de flujo presentado en el paso anterior. Asimismo deben ser considerados los costos indirectos definidos por el Sistema Nacional de Salud en el manual de costos hospitalarios que inciden en todos los pacientes de la institución y los días de hospitalización de cada paciente. El inductor de costo, lo constituye un elemento o base real, mientras que la tasa que se aplica al paciente se obtiene de la división del costo de que se trate entre el inductor correspondiente para un período dado.
* Acumular los costos por pacientes Para la acumulación de los costos por pacientes se analiza el diagrama de flujo presentado para cada caso y se acumulan todos los elementos del costo directos e indirectos que han sido necesarios para la atención hospitalaria del paciente. El costo por paciente incluye desde el servicio de recepción en la institución hasta su alta médica. Se debe habilitar igualmente, una hoja de costos en Microsoft Excel por paciente para facilitar los cálculos y presentar el costo para cada uno, delimitando los conceptos que lo originan, para de este modo auxiliar a la administración en el desarrollo de los procesos directivos de planificación, control y toma de decisiones.
* Analizar los costos por pacientes Finalmente, en este paso, luego de determinados los costos por pacientes, se presentan gráficamente los resultados del período que se está analizando, clasificados por tipos de pacientes, atendiendo a sus estadíos clínicos, con el objetivo de analizar las variaciones en cuanto a la media del período, para ello se toman los valores mínimos y máximos por pacientes en cada caso y se analizan puntualmente las causas de la ocurrencia de los mismos, de conjunto con el personal médico que ha incidido en esos costos.

De esta forma queda presentado el procedimiento para la determinación de los costos por pacientes en el Cardiocentro de Villa Clara , procedimiento que permite conocer el costo por paciente atendido de acuerdo a la atención patológica que precisa de la institución hospitalaria, información con la que la administración puede desarrollar con mayor precisión las actividades de control, planificación y por ende la toma de decisiones, al tener identificados los costos para cada uno de los pacientes que se atienden en su institución, limitando el consumo desmedido de materiales, medicamentos y otros recursos que ahora deben responder y justificarse con la atención prestada a un paciente en específico.

**Conclusiones:**

1. El estudio de los elementos teóricos, demuestra la necesidad de enfocar el costeo hacia los pacientes, patologías y por procesos como los objetos de costo que representan el quehacer de la actividad hospitalaria.
2. El sistema de costeo por áreas de responsabilidad establecido por el MINSAP para los institutos de tercer nivel aporta información para el control, pero no contribuye al cálculo efectivo del costo en estas instituciones puesto que no permite su determinación por patologías ni por pacientes
3. El procedimiento diseñado consta de objetivos y premisas donde se articulan las etapas y pasos que lo conforman; su concepción teórica se fundamenta en la necesidad de obtener información de costos que contribuya a la toma de decisiones y su concepción metodológica integra elementos que permiten identificar, predeterminar y calcular los costos por pacientes en las patologías
4. Los resultados de la validación del procedimiento a través de expertos demuestran que es posible la determinación del costo por pacientes con determinadas enfermedades, aportando elementos cuantitativos y cualitativos que contribuyen a la gestión del costo en la actividad hospitalaria.

**Referencias bibliográficas**

1. Acosta, M. A., Carbajales, A. I., López, G., Figueredo, D., & Ramos, J. C. (2002). Valoración de los costos de laboratorio clínico en el Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech. Revista Archivo Médico de Camagüey,6.
2. Álvarez, L., & Reyes, R. (2015). Los costos por pacientes atendidos con catarata en el Hospital Provincial de Cienfuegos (Trabajo de Diploma Licenciatura en Turismo). Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
3. Alvear, S., Canteros, J., Jara, J., & Rodríguez, P. (2013). Costos reales de tratamientos intensivos por paciente y día cama. Revista Médica Chile, 141(2), 202-208.
4. Alvear, S., Canteros, J., &Rodríguez, P. (2010). Estudio retrospectivo de costos de tratamientos intensivos por paciente y día cama. Revista Médica Chile, 138, 558-566.
5. Alvis-Guzmán, N., Paternina, A., Alvis-Estrada, L., & De la Hoz, F. (2011). Costos directos de varicela complicada en una población pediátrica de Colombia. Revista Salud Pública. Colombia, 13(6), 921-929.
6. Amat, J. (1995). La contabilidad de gestión como instrumento de dirección. Diario Cinco Díaz. España.
7. Araujo, M. (2009). Metodología: Elaboración de planes de mejora continúa para la gestión de la calidad. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de redes asistenciales.
8. Armenteros, M., Ripoll, V., & Vega, V. (2003). Una propuesta de coste de las patologías por actividades. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 1(1), 91-112.
9. Martínez, Y., & Reyes, R. (2015). Costos por pacientes atendidos con dengue en el Hospital Provincial General de Cienfuegos (Trabajo de Diploma Licenciatura en Contabilidad y Finanzas). Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
10. Mass, C. (2011). La Contabilidad de Gestión y la formación de la cadena de valor en el sector de la salud: el costo de las enfermedades. COFIN Habana. Revista de la Facultad de Contabilidad y Finanzas.
11. Mass, C., López, M., & Gálvez, A. M. (2014). Procedimiento para calcular los costos de la cirrosis hepática en el Instituto de Gastroenterología considerando su cadena de valor extendida hacia los agentes sociales (Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Contables y Financieras). Universidad de La Habana. Facultad de Contabilidad y Finanzas, Habana, Cuba.
12. Mesa, M., & Blanco, M. A. (2011). Costo hospitalario del ictus isquémico agudo. Revista Cubana de Medicina Militar, 40(1), 22-31.
13. Miembros de la Comisión Redactora. (1996). Constitución de la República de Cuba.
14. Ministerio de Finanzas y Precios. (2008). Resolución No. 19-2008. Resolución No. 19/2008.
15. Ministerio de Salud Pública. MINSAP. Cuba. (1994). Manual de Costos Hospitalarios. Ministerio de Salud Pública. Cuba.
16. Ministerio de Salud Pública. MINSAP. Cuba. (2002). Sistema de costo en policlínicos.
17. Ministerio de Salud Pública. MINSAP. Cuba. (2009). Metodología para la estimación de Costos Estándar en los Establecimientos de Salud (Vol. 195–2009/MINSAP, p. 31).
18. Ministerio de Salud Pública. MINSAP. Cuba. (2012). Manual de Instrucción y Procedimientos de Costos en Salud. MINSAP.
19. MINSAP. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. (2014). Anuario estadístico de salud 2013. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud.
20. MINSAP. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. (2015). Anuario estadístico de salud 2014.
21. Monge, P. (2004). El cálculo de costes en los hospitales públicos españoles: Ventajas e inconvenientes de los modelos utilizados. Revista Partida Doble, 159, 64-73.
22. Montico, E., & Velarde, M. (2003a). La contabilidad de costos en instituciones de salud. Los costos y las empresas de salud en Uruguay. Accedido desde http://www.saludygerencia.com/recurso4/docs/fin/contasalud.htm
23. Montico, E., & Velarde, M. (2003b). Una propuesta de costos para las instituciones de asistencia médica colectiva: costos por pacientes y patologías. Presentación VIII Congreso Internacional de Costos. Presentado en elVIII Congreso Internacional de Costos, Punta del Este, Uruguay.
24. Montico, E., Velarde, M., & Kaplan, A. (2005a). La contabilidad de costo en instituciones de salud. Gerencia de Salud. Accedido desdehttp://www.gerenciasalud.com/art448.htm
25. Montico, E., Velarde, M., & Kaplan, A. (2005b). Los costos en instituciones de salud II.
26. Mora, A. (2006). ¿Se puede construir un sistema público de salud con bienes económicos? Siete puntos críticos. Revista Académica Contribuciones a la Economía. Accedido desde http://www.eumed.net/ce/
27. Moreno, R., & Nogueira, M. L. (2010). Manejo intrahospitalario de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. Boletín. Escuela de Medicina Pontificia. Universidad Católica de Chile.
28. Mukodsi, M. (2001). Costo por actividad. Una metodología y su aplicación en el sector de la salud. Presentación en Powert Point, Ciudad de la Habana.
29. Ripoll, V. (1992). El nuevo papel de la Contabilidad de Gestión. Economía 3. España.
30. Rodríguez, E. (2005). El sistema de costeo basado en las actividades.
31. Rodríguez, Enrique. (2012). Manual del usuario. Herramientas para el cálculo de los costos en salud. Ministerio de Salud Pública. Cuba.
32. Rodríguez, R. de los Á., Reynales, L. M., Jiménez, J. A., Juárez, S. A., & Hernández, M. (2010). Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo. Revista Panamericana de Salud Pública, 6(28), 412-420.
33. Ruiz, D., & Reyes, R. (2010). Procedimiento para la determinación de los costos por pacientes en la atención al embarazo ectópico en el hospital provincial de Cienfuegos (Licenciatura en Contabilidad y Finanzas). Universidad de Cienfuegos Carlos Rafael Rodríguez, Cienfuegos, Cuba.
34. Sánchez, H. J., Flores, J., & Martín, M. (2011). Métodos e indicadores para la evaluación de los servicios de salud (1ra Edición.). España: Universidad Autónoma de Barcelona. España. Accedido desdehttp://publicacions.uab.cat
35. Sánchez, L. M., Soulary, M. E., & Carbonell, N. (2005). La necesidad de los costos como instrumento de gestión para las entidades del sector público.
36. Sánchez, P., & Nazco, B. (2002a). Sistema de costo desarrollado para la actividad hospitalaria, aplicación en el Kurhotel Escambray. Revista Cubana Medicina Militar, 31(4).
37. Sánchez, P., & Nazco, B. (2002b). Logros y perspectivas del Sistema de Costos Hospitalarios, diseñado para la gerencia. Revista Cubana Medicina Militar, 31(3), 164-169.
38. Santos, C., Rodríguez, C., Díaz, L., & Bautista, E. (2004). Módulo de estimación de costos hospitalarios (1st ed.). México DF: Secretaría de Salud.
39. Santos, L. M., & Reyes, R. (2014). Determinación de los costos por pacientes atendidos con Neumonía en el Hospital Provincial de Cienfuegos (Trabajo de Diploma Licenciatura en Contabilidad y Finanzas). Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
40. Santos, M. (2014a). Sistema de Gestión de la Calidad. Hospital Provincial General Clínico Quirúrgico Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.
41. Santos, M. (2014b). Caracterización del Hospital Provincial General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.
42. Suárez, A., Cruz, Y., Roig, A., Casademunt, N., & Bernal, P. (2009). Consideraciones sobre los costos en los servicios hospitalarios cubanos.
43. Suárez, A., & Fernández, R. (2006). El método reciproco en la asignación de gastos indirectos .Aplicación en un centro hospitalario.
44. Suárez, A., Gutiérrez, G., & Casademunt, N. (2011). La gestión de los costos en los servicios cubanos de Salud. Aplicaciones. COFIN Habana. Revista de la Facultad de Contabilidad y Finanzas.
45. Suárez, A., Gutiérrez, G., & Casademunt, N. (2012). La información y el análisis de los costos en los servicios cubanos de salud. Aplicaciones. Presentación XIII Evento de la Mujer Economista.
46. Subirats, L. (2012). Protocolos médicos. Presentación Vice Ministerio de Hospitales. Guatemala. Presentado enTaller elaboración de protocolos médicos, Guatemala.
47. Taladrid, R. (2014, 2015). Pasaje a lo desconocido. Habana, Cuba.
48. Troncoso, G. (1992). Los costes en la actividad sanatorial. Determinación de costes por patología. Revista Costes y Gestión, 3(1), 186-206.
49. Vargas, V., & Hernández, C. (2009). Sistemas de información de costos para la gestión hospitalaria. Revista de Ciencias Sociales. Universidad de Zulia. Venezuela, XV(4), 716-726.
50. Velásquez, A., Minaya, P., Grillo, P. F., Ruiz, S., Reyes, N., & Yamaguchi, L. P. (2015). Documento técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica. Ministerio de Salud. Perú. Accedido desdehttp://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp
51. Villareal, E., Montalvo, G., Salinas, A. M., Guzmán, E., Tovar, N. H., & Garza, M. E. (1996). Costo en el primer nivel de atención. Revista Salud Pública de México. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 38(005), 332-340.

1. MSc. Alexander Jesús Pérez Cárdenas. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba. alpcardenas@uclv.cu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dr. Rafael Michel Coca Granado. Instituto Superior de Ciencias Medicas de Villa Clara, Cuba. rafaelmcg@infomed.sld.cu. [↑](#footnote-ref-2)