



Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS CONTABLES

FILIAL UNIVERSITARIA AGUADA DE PASAJEROS

TRABAJO DE DIPLOMA

Título: Cálculo de los costos por pacientes atendidos con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), en el policlínico con camas Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros. Año 2011.

Autor: Manuel Zamora González

Tutor: Msc. Rolando Rodríguez Pérez.

Asesor: Dor C. Pedro Cobas Bolaños.

Curso 2011-2012

“Año 54 de la Revolución”

Disciplina: Costo



**Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Departamento de Ciencias Contables
Filial Universitaria Aguada de Pasajeros**

TITULO DEL TRABAJO DE DIPLOMA:

**Título: Procedimiento para el cálculo de los costos de
producción en la Granja de Alimentos Antonio Sánchez de
Aguada de Pasajeros**

Autor: Manuel Zamora González

Tutor: MSC Rolando J. Rodríguez Pérez

Curso: 2011 – 2012

AVAL DE INVESTIGACIÓN.

1. Avala

Policlínico con camas Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros

Hago constar que el presente trabajo fue realizado en el Policlínico con camas Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros, perteneciente a la Unidad Presupuesta Dirección Municipal de Salud de Aguada, como parte de la culminación de los estudios en la especialidad de Licenciatura en Contabilidad y Finanzas a favor del Técnico medio en Contabilidad y Finanzas Manuel Zamora González, que tiene como tutor al MSc Rolando J Rodrigues Pérez, cumpliendo la misma con los objetivos diseñados.

Certifico que la presente investigación ha sido revisada según acuerdo de la dirección del centro y la misma cumple con los requisitos que debe tener un trabajo de esta envergadura, referido a la temática señalada.

José Armando Molina Portelles
Director Del Policlínico Miguel Alipio León
Aguada de Pasajeros.

Lic. Nancy Santana Santana
Espec. Principal Contabilidad

2. Datos de la investigación.

Título: Cálculo de los costos por pacientes atendidos con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), en el policlínico con camas Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros. Año 2011.

Autor: Manuel Zamora González

Tutor: MSc. Rolando J Rodrigues Pérez.

Capítulo I- Bases teóricas referenciales de la investigación: se realiza un estudio en relación con los diferentes conceptos de proceso y enfoques de los costos hospitalarios llegando a conclusiones sobre la necesidad de gestiones de los procesos en la actualidad para las respuestas a los objetivos de la investigación.

Capítulo II.- Diagnóstico de la unidad objeto de estudio y presentación de un Procedimiento para la determinación del control del costo-paciente atendido con (IRA), en el Policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros: en este se realiza el diagnóstico de la situación actual de la entidad y la aplicación del Procedimiento.

Capítulo III.- Aplicación del procedimiento presentado y propuesta de acciones para perfeccionar el costo-paciente atendido con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) en el Policlínico con camas Alipio León de Aguada de Pasajeros; que permiten determinar el costo-paciente, en la institución objeto de estudio.

VALIDACION DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO PARA LA DETERMINACION DE LOS COSTOS POR PACIENTE ATENDIDO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Aguada (IRA).

En él se realizó la validación del procedimiento aplicado

Actualidad: El trabajo posibilita el cumplimiento de los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, en el Capítulo VI referido a la Política Agroindustrial, de los Lineamientos Generales, específicamente, en el número 143 que plantea: "Potenciar la calidad del servicio que se brinda, así como el ahorro, la utilización eficiente de los recursos y la eliminación de gastos innecesarios", aprobado el 18 de abril del 2011 en el VI Congreso del PCC

3. Novedad

Aplicación de un procedimiento para el cálculo del costo de pacientes atendidos por Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) en el Policlínico con camas Miguel Alipio de León

Bibliografía.

Se consulta una amplia bibliografía, de gran actualidad y de fuentes autorizadas.

Dado a los 15 días del mes de abril de 2011.

Hago constar que el presente trabajo fue realizada en la Universidad de Cienfuegos " Carlos Rafael Rodríguez " como parte de la terminación de los estudios en la especialidad de Licenciatura en Contabilidad y Finanzas, autorizando a que el mismo sea utilizado por las organizaciones e instituciones para los fines que estime conveniente. No podrá ser presentado en eventos, ni publicado sin la aprobación de la Facultad.

Firma del Autor.

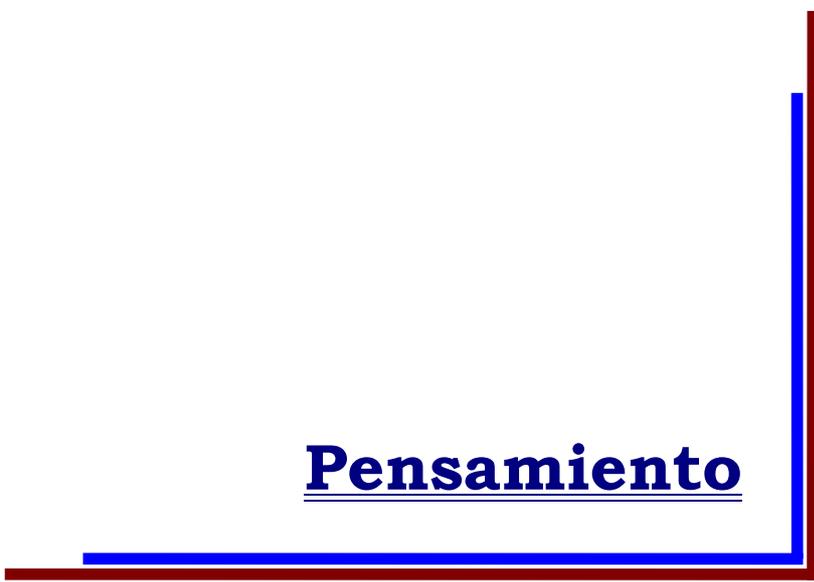
Los abajo firmantes certificamos que el presente trabajo ha sido revisado según acuerdo de la dirección de nuestro centro y que el mismo cumple con los requisitos que debe tener un trabajo de esta envergadura, referido a la temática señalada.

Información Ciencia –Técnica.
Nombre(s), Apellidos y Firma.

Computación.
Nombre(s), Apellidos y Firma.

Firma del Tutor.

Pensamiento



PENSAMIENTO



Así, digno y libre, independiente y sabio, conocedor de los demás y de si mismo, a la par instruido e inspirado, así ha de ser el que en nuestros días quiera robar una estrella más al cielo para dejarla en la tierra perpetuamente atada a su nombre.

JOSÉ MARTÍ

Dedicatoria

DEDICATORIA

A mi madre y mi padre

A mi hermano

A mi esposa y mi hija.

A mis amigos.

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

Tendría, en este momento tan importante de mi vida como estudiante, que dar gracias a tantas personas que colaboraron con mi formación, que sería interminable la relación de nombres y podría tal vez por olvido no mencionar algunos de ellos. A todos los de que la forma más sencilla y humilde hayan aportado al menos un consejo en todos estos años.

Muchas Gracias.

Resumen

RESUMEN

La complejidad de los costos hospitalarios está determinada por las múltiples y diversas acciones que ocurren en la actividad hospitalaria y lo complejas de sus interrelaciones. Esto determina la necesidad de que cualquier sistema de costos que se implante en los hospitales sea extralibros; para de esta manera no dificultar las tareas inherentes a las acciones de contabilización. En ese sentido la determinación de los costos en instituciones hospitalarias requiere que sea el paciente el centro del costeo, dado que es éste quien precisa el servicio y consume el recurso; por lo tanto el objetivo general de esta investigación consiste en aplicar un Procedimiento que permita la determinación del costo- paciente atendido con Insuficiencia respiratoria aguda (IRA), en el policlínico con camas Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros, que posibilita conocer de forma sistemática el comportamiento del mismo. Es un hecho que cada paciente requiere de una atención diferente y personalizada, lo que implica que los costos difieran para cada uno de ellos, situación que hoy resulta una problemática en este sector, toda vez que la información que se ofrece arroja un costo unitario. El procedimiento que se propone, surge a partir de la revisión bibliográfica realizada de literatura nacional e internacional, así como del análisis del sistema de costeo que se aplica en la actualidad en las instituciones hospitalarias cubanas, unido a la necesidad de las administraciones de contar con información relevante, precisa y oportuna que permita valorar los costos por pacientes

Summary

SUMMARY

The complexity of the hospital costs is determined by the multiple and diverse stocks that they happen in the hospital activity and the complex of its interrelations. This determines the necessity that any system of costs that is implanted in the hospitals is extralibros; for this way not to hinder the inherent tasks to the cost stocks. In that sense the determination of the costs in hospital institutions requires that he/she is the patient the center of the cost, since it is this who precise the service and it consumes the resource; therefore the general objective of this investigation consists on applying a Procedure that allows the determination of the cost - attended patient with sharp breathing Inadequacy (ANGER), in the policlínico with beds Miguel Alipio León of Watery of Passengers that facilitates to know in a systematic way the behavior of the same one. It is a fact that each patient requires of a different and custom attention, what implies that the costs differ for each one of them, situation that today is a problem in this sector, all time that the information that offers throws an unitary cost. The procedure that intends, arises starting from the carried out bibliographical revision of national and international literature, as well as of the analysis of the cost system that is applied at the present time in the Cuban hospital institutions, together to the necessity of the administrations of having outstanding, precise and opportune information that allows to value the costs for patient

Índice

INDICE.

<u>Contenido</u>	<u>Pág</u>
Resumen	
Introducción	1
Capítulo I: Bases teóricas referenciales de la investigación	6
1.1- Introducción a la teoría de costos.....	6
1. 1. 1- La contabilidad de costos como Herramienta de control.....	8
1.1.2- Concepto general de costos. Objetivo de la determinación costos.....	9
1.2- Elementos del costo.....	15
1.3. Diversos Sistemas de Acumulación del Costo.....	16
1.4. Los costos en las instituciones de salud.....	18
1.5. Desarrollo del Costo Hospitalario.....	18
Capítulo II: Presentación de un Procedimiento para la determinación del costo-paciente hospitalario en el Policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros	26
2.1 Caracterización de la entidad objeto de estudio Policlínico con camas Miguel Alipio de León de Aguada.....	26
2. 2 . El proceso de determinación de los costos en las instituciones hospitalarias Cubanas.	31
2.3. Requisitos y elementos del Procedimiento de costeo por paciente en el policlínico con camas Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros.....	37
2.4.- El Procedimiento para el costeo por paciente en el Policlínico con camas Miguel Alipio de León de Aguada.....	40
Capítulo III: Aplicación del Procedimiento presentado y propuesta de acciones para perfeccionar el costo-paciente hospitalario en el Policlínico con camas Alipio León de Aguada de Pasajeros	47
3.1. Validación del procedimiento propuesto para la determinación de los costos por pacientes atendidos con Insuficiencia respiratoria Aguda (IRA), en el Policlínico con camas Miguel Alipio de león de Aguada. Año 2011.....	47
3.1.1. Nombrar las patologías.	47
3.1.2.	
3.1.3 Presentar el criterio de diagnóstico.....	48
3.1.4 Establecer los exámenes auxiliares de diagnóstico.	48
3.1.5 Presentar el manejo terapéutico.....	48
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
Bibliografía	
Anexos	

Introducción

INTRODUCCIÓN

Como el Sistema de Costos para Hospitales al momento de su implantación no era un diseño acabado, sino más bien el esbozo de los aspectos básicos de las técnicas de costos para su aplicación en las unidades hospitalarias, el mismo hubo de sufrir diferentes modificaciones y aclaraciones en el orden operativo. Dicha implantación se efectúa al calor de los lineamientos emanados del Congreso del Partido Comunista de Cuba, donde se recomendaba la creación de mecanismos que permitieran medir la eficiencia económica de las actividades. Siendo su propósito establecer hábitos de trabajo, disciplina en las informaciones y crear las condiciones necesarias para una ulterior profundización del mismo.

La complejidad de los costos hospitalarios está determinada por las múltiples y diversas acciones que ocurren en la actividad hospitalaria y lo complejas de sus interrelaciones. Esto determina la necesidad de que cualquier sistema de costos que se implante en los hospitales sea extralibros; para de esta manera no dificultar las tareas inherentes a las acciones de contabilización.

Si se toma en consideración que alrededor del 60% del presupuesto de salud, se emplean en la actividad hospitalaria; es un imperativo el estudio de los costos de estas instituciones, pues mediante los mismos puede apreciarse en magnitudes de valor el resultado obtenido en los planes, derivado de la política de ahorro orientada por las máximas instancias del Partido y del Gobierno.

Los costos constituyen un instrumento de trabajo de la gestión administrativa, tanto para el hospital como institución como para los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud como organización. La necesidad de su conocimiento se fundamenta, entre otros, en los aspectos siguientes:

Conocer con precisión la relación entre las acciones de salud y su costo.

Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros.

Tomar decisiones oportunas para la corrección de desviaciones en la ejecución del presupuesto.

Establecer políticas para lograr mayor eficiencia de la gestión hospitalaria.

Poder fundamentar debidamente normas financieras y de gastos por tipo de institución.

Evaluar la utilización de recursos escasos o deficitarios. Elaborar índices necesarios al proceso de planificación.

Confeccionar anteproyectos de presupuestos más adecuados basados en el estudio del comportamiento de los costos de los diferentes servicios hospitalarios. Sin duda alguna, la obtención de los costos reales de la actividad hospitalaria tiene singular importancia aún cuando se encuentra enmarcada en un sector no productivo; pues su conocimiento es lo que

permitirá la optimización de los gastos sociales en que se incurre, con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud de la población.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:

El registro y control del comportamiento de los costos hospitalarios que se aplica hoy en el Policlínico con camas Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros resulta insuficiente para las necesidades de planificación, control y toma de decisiones tan necesarias en cualquier esfera de la producción o los servicios, toda vez que se acumulan los costos por procesos y se informan por centros de costo, lo cual no responde a las características de los costos en salud, puesto que para la determinación de los costos de la atención médica por pacientes y patologías es imprescindible valorar primeramente las características del paciente y de la patología en sí, y luego es que puede costearse siguiendo los procesos o actividades por las que transita el mismo. Para esta Institución de salud es necesario conocer cuánto se invierte por pacientes en cada patología, específicamente se realiza este estudio en las patologías de: Insuficiencia respiratoria aguda (IRA), lo cual permite determinar con precisión los gastos incurridos. De igual forma se podrá definir un rango de eficiencia o un estándar de costos siguiendo el protocolo de atención médica en las patologías antes mencionadas que permita la realización de comparaciones y la determinación y análisis de las variaciones. Por lo que se declara como PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN:

No se conoce el costo – paciente atendido con insuficiencia respiratoria Aguda (IRA) en el policlínico con cama Alipio León de Aguada de Pasajeros.

OBJETIVO GENERAL: Aplicar un Procedimiento que permita la determinación del costo-paciente atendido con Insuficiencia respiratoria aguda (IRA), en el policlínico con camas Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros, que posibilita conocer de forma sistemática el comportamiento del mismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Construir las bases teóricas referenciales de la investigación.

Diagnosticar la situación actual del costo-paciente hospitalario en el Policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros.

Presentación de un Procedimiento para la determinación del costo-paciente atendido con IRA, en el Policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros.

Aplicación del Procedimiento para la determinación del costo paciente atendido con Insuficiencia respiratoria aguda (IRA), en el Policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros.

Proponer acciones para perfeccionar el costo-paciente atendido de Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), en el Policlínico con camas Alipio León de Aguada de Pasajeros.

HIPÓTESIS.

Con la aplicación del Procedimiento costo-paciente hospitalario en las patologías Insuficiencia respiratoria aguda (IRA), se logra determinar el costo por paciente atendido en esta patología en el Policlínico con camas Alipio León de Aguada de Pasajeros.

Esta hipótesis se valida a través del establecimiento del procedimiento de (Pérez & Reyes, 2009) al conocer cuánto se invierte por paciente en cada servicio de atención primaria aportando información precisa y oportuna que facilite el proceso de toma de decisiones.

VARIABLES:

Variable independiente: Procedimiento para el cálculo del costo-paciente.

Variable dependiente: costo - paciente.

En la realización de este trabajo se han utilizado los siguientes métodos:

Métodos de nivel teórico.

Análisis y síntesis

Al analizar la información sobre el tópico el uso de la tecnología, los costos por paciente y las patologías que se relacionan con los mismos y el proceso de cálculo mediante las hojas de trabajo, además durante la revisión bibliográfica. Para la elaboración de la propuesta de acciones y el análisis de los resultados obtenidos con su implementación del procedimiento..

Inducción y deducción

Durante la revisión bibliográfica, para arribar a inferencias y razonamientos lógicos acerca del trabajo con los costos-pacientes y en la metodología del procedimiento del cálculo de los mismos y al final de la investigación.

Métodos del nivel empírico.

Observación (directa)

En el proceso de implementación y valoración de la propuesta del procedimiento del cálculo de los costos- pacientes, que potencia el uso de las hojas de trabajo, con la participación activa y consecuente de los médicos y enfermeras, con el propósito de recoger la información

necesaria sobre los niveles de gastos antes y después de la aplicación del procedimiento aplicado.

Entrevistas a directivos del policlínico y del municipio.

Se aplicó en todas las etapas la investigación, para constatar los conocimientos que poseen los médicos, enfermeras y técnicos de la salud acerca del tema tratado, los procedimientos que emplean para la inserción de los gastos por paciente en las hojas de trabajo inherentes al procedimiento aplicado y sus opiniones sobre la preparación alcanzada una vez aplicado el procedimiento propuesto.

Análisis de documentos

En el proceso de estudio de los documentos normativos y metodológicos del Ministerio de Salud, que incluyó la revisión de resoluciones, orientaciones metodológicas, circulares y libros de texto que describe el procedimiento aplicado, para recopilar informaciones acerca de la problemática antes, durante y después de aplicada la propuesta.

Método matemático

Análisis porcentual

Para cuantificar y procesar los datos obtenidos durante el desarrollo de la investigación.

En la investigación coincide la población y la muestra: Número de pacientes atendidos en el período de la aplicación del procedimiento de cálculo del costo-paciente atendido con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) del Policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros.

El Trabajo de Diploma está constituido por un breve Resumen, la Introducción, el Desarrollo que contiene 3 capítulos, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos.

En el capítulo I Bases teóricas referenciales de la investigación: se realiza un estudio en relación con los diferentes conceptos de proceso y enfoques de los costos hospitalarios llegando a conclusiones sobre la necesidad de gestiones de los procesos en la actualidad para las respuestas a los objetivos de la investigación.

En el capítulo II: Diagnóstico de la unidad objeto de estudio y presentación de un Procedimiento para la determinación del control del costo-paciente atendido con (IRA), en el Policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros: en este se realiza el diagnóstico de la situación actual de la entidad y la aplicación del Procedimiento.

En el capítulo III: Aplicación del procedimiento presentado y propuesta de acciones para perfeccionar el costo-paciente atendido con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) en el Policlínico con camas Alipio León de Aguada de Pasajeros; que permiten determinar el costo-paciente, en la institución objeto de estudio.

Implicaciones prácticas: El trabajo posibilita el cumplimiento de los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, en el Capítulo VI referido a la Política Agroindustrial, de los Lineamientos Generales, específicamente, en el número 143 que plantea: “Potenciar la calidad del servicio que se brinda, así como el ahorro, la utilización eficiente de los recursos y la eliminación de gastos innecesarios”, aprobado el 18 de abril del 2011 en el VI Congreso del PCC.

Capítulo I.

Capítulo I: Bases teóricas referenciales de la investigación.

Los costos en instituciones de salud.

El presente capítulo tiene como objetivo analizar los fundamentos teóricos para la determinación de los costos por pacientes en las instituciones hospitalarias, partiendo de las características de la contabilidad de costos y el enfoque del costeo por paciente y su patología. Para efectuar el mismo fue conveniente efectuar una recopilación de información y materiales emitidos por especialistas en la materia respecto a la contabilidad como ciencia, que estudia entre otros aspectos la “contabilidad de costo”, en la cual se especifican los objetivos, clasificación, características, y sistemas de acumulación de estos, profundizando en la actividad hospitalaria, constituyéndose sobre esa base los epígrafes que conforman el mismo.

1.1- Introducción a la teoría de costos.

La contabilidad de costos es el proceso de elaboración de cuentas contables diseñadas para proporcionar información a los gestores de la compañía. Todas las empresas están obligadas, por ley, a llevar a cabo un registro contable para que los accionistas y los acreedores conozcan la situación real de la empresa. Pero también necesitan una contabilidad financiera diaria que les permite conocer con detalles su situación frente a clientes y proveedores. Pero esta contabilidad financiera permite obtener una información sobre el estado de cuentas en un momento muy puntual, por lo que por si sola, no basta para tomar decisiones administrativas o de gestión.

La contabilidad administrativa se deriva de la llamada contabilidad de costos, que tiene como función principal proporcionar información que permita a los gestores controlar las operaciones que dirigen. También puede proporcionar cualquier tipo de datos sobre todas las actividades de la empresa, pero suele centrarse en analizar los ingresos y costos de cada actividad, la cantidad de recursos utilizados, así como la cantidad de trabajo o la amortización de la maquinaria, equipos o edificios. La contabilidad permite obtener información periódica sobre la rentabilidad de los distintos departamentos de la empresa y la relación entre las previsiones efectuadas en el presupuesto, y puede explicar por qué se han realizado desviaciones. Por ejemplo, para saber si la diferencia entre los beneficios reales y los presupuestado se deben a que han disminuido las ventas o a que han aumentado los costos, o a una combinación de los dos. Además permite realizar previsiones y estimaciones, de forma que los directivos puedan hacerse una idea de la situación de la empresa al finalizar el ejercicio sino se producen cambios en las condiciones de los mercados.

La contabilidad de costos también es esencial para poder hacer una planificación (por ejemplo, para elaborar el presupuesto) y para resolver toda una serie de problemas, como la elección del método de producción más barato. Ayuda en la toma de decisiones difíciles, como es la determinación del precio de venta, cuales deben ser los gastos de capital o diferentes métodos de financiación.

Cuanto mayor es una empresa, más necesaria resulta la contabilidad de costos y más importante aún definir de forma adecuada el tipo de información que se quiere saber.

Es frecuente la tendencia a solicitar cada vez más información, lo que no tiene porqué ser una política acertada. Si los gestores disponen de demasiados datos pueden encontrarse en una situación en la que los árboles no les permitan ver el bosque, y dedicar demasiado tiempo a mirar los árboles y descuidar el resto de sus obligaciones, o pueden perderse en una enorme cantidad de cifras y no utilizar de modo adecuado la información, y si se dispone de demasiada hay que analizarla a un costo mayor. Además, se perderá más tiempo en su elaboración. Esto es importante, porque la utilidad de la información proporcionada por la contabilidad de costos depende de su actualidad, cuanto más tiempo transcurra, menor será el reflejo de la situación real. Si los sistemas de recogida de datos, análisis y preparación son prolongados, la utilidad de la información será menor y el riesgo de cometer errores administrativos o de gestión será mayor.

Los costos y los sistemas contables. Contabilidad de costos. Vinculación y distinción con la contabilidad patrimonial y gerencial.

La contabilidad patrimonial tiene dos objetivos fundamentales, informar acerca de la situación del ente (balance) y evaluar los cambios que se producen en el capital como resultado de las actividades (estado de resultados). Los informes relativos al costo afectan a ambos, ya que el costo de los productos no vendidos se reflejan en el primero y el de los vendidos en el segundo.

Por tanto el sistema de contabilidad de costo no es independiente de las cuentas patrimoniales. El sistema de contabilidad de costo se ocupa directamente del control de los inventarios, activos de plantas y fondos gastados en actividades funcionales.

La contabilidad de costos se ocupa de la clasificación, acumulación, control y asignación de costos. Los costos pueden acumularse por cuentas, trabajos, procesos, productos u otros segmentos del negocio.

Los costos sirven, en general, para tres propósitos:

Proporcionar informes relativos a costos para medir la utilidad y evaluar el inventario (estado de resultado y balance general).

Ofrecer información para el control administrativo de las operaciones y actividades de la empresa (informes de control).

Proporcionar información a la administración para fundamental la planeación y la toma de decisiones (análisis y estudios especiales).

El sistema formal de contabilidad de costos generalmente ofrece información de costos e informaciones para la realización de los dos primeros objetivos. Sin embargo para los fines de planeación y la toma de decisiones de la administración, esta información generalmente debe reclasificarse, organizarse y complementarse con otros informes económicos y comerciales pertinentes tomados de fuentes ajenas al sistema normal de contabilidad de costos.

Una función importante de la contabilidad de costos es la asignar costos a los productos fabricados y comparar estos costos con el ingreso resultante de su venta.

Las características de la contabilidad de costos son las siguientes:

- Es analítica, puesto que se planea sobre segmentos de una empresa y no sobre su total.
- Predice el futuro, a la vez que registra los hechos ocurridos.
- Los movimientos de las cuentas principales son en unidades.
- Solo registra operaciones internas.
- Refleja la unión de una serie de elementos materia prima, mano de obra directa y cargas fabriles.
- Determina el costo de los materiales usados por los distintos sectores, el costo de la mercancía vendida y el de las existencias.
- Sus periodos son mensuales y no anuales como los de la contabilidad general.
- Su idea implícita es la minimización de los costos.

La contabilidad de costos es una rama de la contabilidad general que sintetiza y registra los costos de los centros fabriles, de servicios y comerciales de una empresa, con el fin de que puedan medir, controlar e interpretar los resultados de cada uno de ellos, a través de la obtención de costos unitarios y totales en progresivos grados de análisis y correlación.

Al igual que la contabilidad general se basa en la partida doble. Es una parte de la contabilidad general que exige ser analizada con mayor detalle que las demás.

Si bien puede prescindirse de base contable para establecer costos, no es recomendable por las eficiencias, errores y omisiones que pueden originarse.

Un sistema de costos integrado en la contabilidad general permite operar con la perfecta seguridad que ofrece el balanceo de las cuentas.

1. 1. 1- La contabilidad de costos como Herramienta de control.

Un control de costos efectivos se caracteriza por la correcta observación de los siguientes aspectos:

- Delineación de centros de responsabilidad. “Un centro de costos” representa una actividad relativamente homogénea para la cual existe una clara definición de autoridad.
- Delegación de autoridad.
- Estándares de costos. El control de costos supone la existencia de un criterio razonable para medir la participación. El individuo cuya responsabilidad se evalúa debe participar en la elaboración de los estándares.
- Determinación de costos controlables. Solo los costos que son controlables directivamente por un individuo deben considerarse en la evaluación de su responsabilidad.
- Informes de costos. Se requieren informes de costos significativos y oportunos, los cuales deben compararse por los resultados reales y los estándares.
- Reducción de costos. El control de costos alcanza su máximo nivel de perfección si existe un plan formal para eliminar las desviaciones de las formas de los costos.

Es conveniente comparar los costos totales reales con:

Costos totales presupuestados.

Costos totales estándares.

Costos totales reales de periodos anteriores.

Costos unitarios reales de otros departamentos o plantas.

Los costos presupuestados son estimados de lo que se consideran que serán los costos. Los costos estándares son medidas de lo que se consideran que deberían ser los costos. Los costos reales representan lo que fueron los costos.

La contabilidad de los costos como herramienta de apoyo en la toma de decisiones. Las decisiones de la administración implican una selección entre cursos de acción opcionales.

Los costos juegan un papel muy importante en el proceso de la toma de decisiones. Cuando se puedan asignar valores cuantitativos a las opciones, la administración cuenta con un indicador acerca de cual es la opción más conveniente desde el punto de vista económico.

Esto no representa necesariamente la decisión final, puesto que los factores no cuantitativos, como el prestigio en la industria, relaciones obrero – patronales, etc., también pueden influir en la decisión.

1.1.2- Concepto general de costos. Objetivo de la determinación costos.

El costo constituye un elemento fundamental para la administración de los recursos que dispone una cooperativa en función de general utilidades en beneficio de la misma y el colectivo de cooperativistas y trabajadores. Por tanto la confección de un sistema de costos no se limita a implantar modelos y sus metodologías sino que constituye un

Instrumento eficaz para la revisión y la toma de decisiones partiendo de la selección que brinda el mayor beneficio productivo con el menor nivel de gastos. Representa los gastos de producción durante un periodo de tiempo.

El análisis del costo mide la eficiencia de los recursos invertidos, además de la conjugación de cada uno de los elementos que conforman el gasto de producción, acorde a los rendimientos productivos obtenidos con la producción total. El costo es quien nos permite conocer la adecuada utilización y control de los recursos de una empresa, el cumplimiento de la tecnología aplicada, la calidad de la producción obtenida y sus rendimientos, que son factores que derivan en la reducción del costo unitario.

Existen diversas versiones del concepto de costos, ya que su definición interesa a múltiple disciplina, economía, derecho, ingeniería, contabilidad y constituye, por otra parte una noción intuitiva continuamente en la vida ordinaria.

No ha de sorprender que existan variados conceptos de la categoría de costos para diferentes propósitos explicitados en las disciplinas que deben elaborar conceptualizaciones más refinadas para enfrentarse a la solución de problemas económicos.

El costo es un recurso que se sacrifica o al que se renuncia para alcanzar un objetivo específico.

El costo de producción es el valor del conjunto de bienes y esfuerzo en que se ha incurrido o se va a incurrir, que deben consumir los centros fabriles para obtener un producto terminado, en condiciones de ser entregados al sector comercial.

Entre los objetivos y funciones de la determinación de costos, se encuentran los siguientes:

Servir de base para fijar precios de ventas y para establecer políticas de comercialización.

Facilitar la toma de decisiones.

Permitir la valuación de inventarios.

Controlar la eficiencia de las operaciones.

Contribuir a planeamiento, control y gestión de la empresa.

Los desembolsos pueden gastarse o comprarse con los ingresos en el periodo en el cual se produce (gastos que no son de fábricas: mercadotecnia, venta, distribución, gastos administrativos).

Los desembolsos pueden capitalizarse como activo fijo, gastos o cargos diferidos u otros activos, y después depreciarse, amortizarse o agotarse.

Tales cargos son:

1- "Gastados" en el periodo incurrido sino se relacionan con la producción, o mas bien, con funciones que no son de fabricación (depreciaciones).

2- Los desembolsos pueden ser inventariados o tratados como costos de productos que, cuando sean vendidos, se convertirán en el renglón de costos de artículos vendidos en el estado de resultados.

De acuerdo con la función en la que se incurren:

- De producción: son los que se generan en el proceso de transformar la materia en productos terminados: materia prima (costos de materiales integrados al producto) mano de obra (que interviene directamente en la transformación del producto) y gastos de fabricación indirectos (intervienen en la transformación del producto, con excepción de la materia prima y la mano de obra directa).
- De distribución o venta: son los que se incurren en el área que se encarga de llevar el producto desde la empresa hasta el último consumidor.
- De administración: se originan en el área administrativa.

Según los periodos de contabilidad:

- Costos corrientes: aquellos en que se incurre durante el ciclo de producción al cual se originan (Ej. fuerza motriz, jornales).
- Costos previstos: incorporan los cargos a los costos con anticipación al momento en que efectivamente se realiza el pago (Ej. cargas sociales periódicas).
- Costos diferidos: erogaciones que se efectúan en forma diferida (Ej. seguros, alquileres, depresiones, etc.).

Según la función que se desempeñan:

Indican cómo se desglosan por función las cuentas, Producción en Proceso de manera que posibiliten la obtención de costos unitarios precisos.

- Costos industriales.
- Costos comerciales.
- Costos financieros.

Según la forma de imputación a las unidades de productos:

Costos directos: se pueden relacionar, independientemente del volumen de actividad, a un producto o departamento determinado. Los que física y económicamente pueden identificarse con algún trabajo y centro de costos (materiales, mano de obra, consumidos por un trabajo determinado).

Costos indirectos: aquellos que no pueden asignarse con precisión, por lo tanto se necesita una base de prorrateo (Seguros, lubricantes, sueldo del gerente de planta, alquileres, etc.).

Según el tipo de variabilidad:

Los costos varían ante los cambios en el volumen de producción. Es vital la comprensión de su comportamiento para casi todos los aspectos de costeo de productos, para la evaluación del desempeño toma gerencial de decisiones, es por eso que dada esta importancia se prevean los

fundamentos de su relación y sus categorías los que clasifican como costos variables, semivARIABLES y fijos.

Variables: mantiene una relación directa con las cantidades producidas, son proporcionales al volumen de trabajo (materiales, energía).

SemivARIABLES: en determinados tramos de la producción operan como fijos, mientras que en otros varían y, generalmente, en forma de saltos (pasar de un supervisor a dos supervisores); o que están integrados por una parte fija y una variable (servicios públicos).

Fijos: (estructurales) en periodos de cortos a mediano plazo, son constantes, independientes del volumen de producción (alquiler de la fabrica, cargas sociales de operarios mensualizados).

Existen dos categorías:

1 – Costos fijos discrecionales: son susceptibles de ser modificados (sueldos, alquileres).

2–Costos fijos comprometidos: no aceptan modificaciones, son los llamados costos sumergidos (depreciación de la maquinaria).

Características de los costos fijos:

1 – Controlabilidad: son controlables respecto a la duración del servicio que prestan a la empresa.

2 – Están relacionados estrechamente con la capacidad instalada.

3 – Están relacionados con un nivel relevante. Permanecen constantes en un amplio intervalo.

4 – Regulados por la administración.

5 – Están relacionados con el factor tiempo.

6 – Son variables por unidad y fijos en su totalidad.

Características de los costos variables:

1 – Controlabilidad: son controlables a corto plazo.

2 –Son proporcionales a una actividad. Tiene un comportamiento lineal relacionado con alguna medida de actividad.

3 – Están relacionados con un nivel relevante, fuera de ese nivel puede cambiar el costo unitario.

4 – Son regulados por la administración.

5 – En total son variables, por unidades son fijos.

De acuerdo con el tiempo que fueron calculados:

- Históricos: se incurrieron en un determinado período.

- Predeterminados: son los que se estiman con bases estadísticas y se utilizan para elaborar los presupuestos.

De acuerdo con el tiempo en que se cargan o se enfrentan a los ingresos:

- De periodo: se identifican con los intervalos de tiempo no con los productos o servicios.

- Del producto: se llevan contra los ingresos únicamente cuando han contribuido a generarlos en forma directa, sin importar el tipo de venta (a crédito o tal contado). Los costos que no contribuyeron a generar ingresos en un periodo determinado, quedaran como inventariados.

Según el grado de control:

- Controlables: las decisiones permiten su dominio o gobierno por parte de un responsable (nivel de producción, stock, números de empleados). Es decir, una persona, a determinado nivel, tiene autoridad para realizarlo o no.

- No controlables: no existe la posibilidad de su manejo por parte de un nivel de responsabilidad determinado (costo laboral).

Según su cómputo:

- Costo contable: Solo asigna las erogaciones que demanda la producción de un bien: materiales, mano de obra y costos indirectos de fabricación.

- Costo económico – técnico: computa todos los factores utilizados. Agrega otras partidas que si bien no tienen erogación, si son insumos o esfuerzos que tienen un valor económico por su intervención en el proceso el valor locativo del inmueble propio, la retribución del empresario y el interés del capital propio.

No significan egresos periódicos, si son ingresos medidos en términos de costo de oportunidad, que renuncian a percibir por ser utilizados en provecho del propio titular de dichos factores.

De acuerdo con la importancia sobre la toma de decisiones:

- Relevantes: se modifican o cambian de acuerdo con la opción que se adopte, también se les conoce como costos diferenciales, por ejemplo: cuando se produce la demanda de un pedido especial y existe capacidad ociosa. En este caso, la depreciación del edificio permanece constante, por lo que es un elemento relevante para tomar la decisión.

- Irrelevantes: son aquellos que permanecen inmutables sin importar el curso de acción elegido.

De acuerdo con el tipo de costo incurrido:

- Desembolsables: implicaron una salida de efectivo, por lo cual pueden registrarse en la información generada por la contabilidad.

- De oportunidad: se originan al tomar una determinada decisión, la cual provoca la renuncia a otro tipo de opción. El costo de oportunidad representa utilidades que se derivan de opciones que fueron rechazadas al tomar una decisión, por lo que nunca aparecerán registradas en los libros de contabilidad.

De acuerdo con el cambio originado por un aumento o disminución en la actividad:

- Diferenciales: son aquellos aumentos o disminuciones en el costo total, o el cambio en cualquier elemento del costo, generados por una variación en la operación de la empresa:

1- Costos decrementales: cuando los costos diferenciales son generados por disminuciones o reducciones en el volumen de operación.

2- Costos incrementales: cuando las variaciones en los costos son ocasionados por un aumento en las actividades u operaciones de la empresa.

- Sumergidos: Independientemente del curso de acción que se elija, no se verán alterados.

De acuerdo con su relación a una disminución de actividades:

- Evitables: son aquellos plenamente identificables con un producto o departamento, de tal forma que si se elimina el producto o departamento, estos costos se suprimen.

- Inevitables: son los que no se suprimen, aunque el departamento o producto sea eliminado de la empresa.

Terminología:

- Productos en proceso: Es la producción incompleta, los materiales que estén solo parcialmente convertidos en productos terminados que puede haber en cualquier momento.

- Costos: representan una porción del precio de adquisición de artículos, propiedades o servicios, que ha sido diferida o que todavía no se ha aplicado a la realización de ingresos.

- Gastos: son costos que se han aplicado contra el ingreso de un período determinado.

- Pérdidas: reducciones en la participación de la empresa por las que no se ha recibido ningún valor compensatorio, sin incluir los retiros de capital.

Comportamiento de los costos desde el punto de vista económico:

Los costos de fabricación fijos totales permanecen constantes a cualquier volumen de producción. Los costos variables totales aumentan en forma lineal, es decir, en proporción directa con los cambios que ocurren en la producción. La línea para los costos unitarios variables es constante y la línea para los costos unitarios fijos declina mas agudamente en los niveles de producción bajos, donde el efecto de las unidades agregadas sobre los costos fijos es mayor, y menos agudamente en los niveles superiores. El costo total por unidad también muestra una declinación pronunciada en los niveles inferiores debido a la influencia de los costos fijos.

En economía se considera que los aumentos o disminuciones en los costos variables ocurren a un ritmo variable. Como consecuencia, en economía también cambia el costo unitario variable promedio, que es constante en contabilidad.

El decremento en el costo unitario variable, que ocurren en los niveles de poca actividad, se origina debido a un aumento de la eficiencia. El aumento en el costo unitario variable ocurre en los niveles de operación muy elevados, cuando se llega al punto de utilidad decreciente, en este punto ocurren embotellamientos. Los costos unitarios que resultan de los sistemas de contabilidad son costos promedio; la teoría de la economía se ocupa de los costos marginales.

Un costo marginal representa el aumento en los costos totales que resulta de la producción de una unidad adicional

De acuerdo con la teoría económica, las utilidades de la empresa se maximizan en el punto en el cual el ingreso marginal, es decir, el aumento en el ingreso derivado de la venta de una unidad adicional, es igual al costo marginal.

1.2- Elementos del costo.

Los elementos del costo de un producto o componentes integrales para su formación, proporciona una información muy necesaria para la medición del ingreso y la fijación del precio del producto.

Los tres elementos del costo de fabricación son:

1 – Materias primas: Todos aquellos elementos físicos que es imprescindible consumir durante el proceso de elaboración de un producto, de sus accesorios y de su envase. Esto con la condición de que el consumo del insumo debe guardar relación proporcional con la cantidad de unidades producidas.

2 – Mano de obra directa: valor del trabajo realizado por los operarios que contribuyen al proceso productivo.

3 – Carga fabril: Son todos los costos en que necesita incurrir un centro para el logro de sus fines; costo que, salvo caso de excepción, son de asignación indirecta, por lo tanto precisa de bases de distribución.

La suma de las materias primas y la mano de obra directa constituyen el costo primo.

La combinación de la mano de obra directa y la carga fabril constituye el costo de conversión, llamado así porque es el costo de convertir las materias primas en productos terminados.

Los rubros integrantes del precio de venta son los siguientes:

Materia prima + Mano de obra directa + Carga fabril + Gastos comerciales + Ganancia.

Costo primo.

Costo de conversión.

Costo de producción y/o servicios.

Costo de venta.

Costo total.

Precio de venta.

Ciclo de contabilidad de costos.

El flujo de los costos de producción sigue el movimiento físico de las materias primas a medida que se reciben, almacenan, gastan y se convierten en artículos terminados. El flujo de los

costos de producción da lugar a estados de resultados, de costos de ventas y de costos de artículos fabricados.

Los materiales que realmente forman parte del producto terminado se conocen con el nombre de materias primas o materiales principales. Los que no se convierten físicamente en parte del producto o tienen importancia secundaria se llaman materiales o materiales auxiliares.

Para mantener una inversión en existencias debidamente equilibrada, se requieren una labor de planeación y control. Un inventario excesivo ocasiona mayores costos que incluyen pérdidas debidas a deterioros, espacio de almacenamiento adicional y el costo de oportunidad del capital.

La escasez de existencias producen interrupciones en la producción, excesivos costos de preparación de maquinas y elevados costos de procesamiento de facturas y pedidos.

La materia prima es el único elemento del costo de fabricación nítidamente variable

1.3. Diversos Sistemas de Acumulación del Costo.

La acumulación del Costo en general es la colección organizada de datos de costo con vía a un juego de procedimientos o sistemas.

La clasificación de los costos es la agrupación de todos los costos de producción en varias categorías para satisfacer las necesidades de la administración.

Una adecuada acumulación de los costos provee a la administración de bases para predecir las consecuencias económicas de sus decisiones.

Entre los sistemas de Acumulación de Costos más conocidos se encuentran:

Sistema periódico de acumulación de costos

El sistema perpetuo de acumulación de los costos.

Sistema de Costeo por Órdenes de Trabajo

Sistema de Costeo por Procesos

Sistema de Costeo por Actividades (ABC)

El sistema periódico de acumulación de los costos provee únicamente información de costo limitada y requiere ajustes trimestrales o al final de año para determinar el costo de los productos terminados, no es considerado un sistema completo de acumulación mientras los costos de la materia prima, del trabajo en proceso y los productos terminados, sean determinados únicamente después que se realicen los inventarios físicos.

El sistema perpetuo de acumulación de los costos se diseña para presentar información relevante a la administración de manera oportuna, para ayudar en las decisiones de planeación y control. El principal objetivo de dicho sistema, como en el caso del sistema periódico, es la acumulación de los costos totales y el cálculo de costos unitarios.

Un sistema de costo por órdenes de trabajo es más apropiado allí donde los productos difieren en cuanto a las necesidades de materiales y conversión. Cada producto se fabrica de acuerdo con las especificaciones del cliente y el precio con que se cotiza está estrechamente ligado al costo estimado. El costo incurrido en la fabricación de una orden específica, debe por lo tanto asignarse a los artículos producidos.

Bajo un sistema de costo por órdenes de trabajo, los tres elementos básicos del costo, materiales directos, mano de obra directa y costos indirectos de fabricación se acumulan de acuerdo a los números asignados a las órdenes. El costo por unidad de cada trabajo se obtiene al dividir el costo total entre el total de unidades de la orden. Una hoja de costos se utiliza para sumariar los costos de cada orden de trabajo. Los gastos de venta y administración con base en un porcentaje del costo de fabricación, se incluyen en la hoja de costo para obtener el costo total.

El costeo por procesos se utiliza cuando los productos se hacen mediante técnicas de producción en gran volumen (procesamiento continuo). El costeo por proceso es adecuado cuando se producen artículos homogéneos en gran volumen, así como en las refinerías de petróleo o en una fábrica de acero.

Bajo un sistema de costos por proceso, los tres elementos básicos del costo de un producto (materiales directos, mano de obra directa y costos indirectos de fabricación) se acumulan de acuerdo con los departamentos o centros de costo. Un departamento es una división funcional principal en una fábrica donde reejecutan procesos de manufactura. Cuando dos o más procesos se ejecutan en dos departamentos, puede ser conveniente dividir la unidad departamental en centros de costos. Cada proceso se conforma como un centro de costo, los costos se acumulan por centros de costos, en vez de por departamentos.

Entre los objetivos del sistema de costos por procesos se encuentran:

- Determinar como serán asignados los costos de manufactura incurridos durante cada período.
- Determinar el costo unitario total para poder determinar el ingreso.

En consecuencia, cada departamento determina que parte de los costos totales incurridos en el mismo se pueden atribuir a las unidades en proceso y que parte a las terminadas, luego cada departamento prepara un informe del costo de producción donde ilustra las asignaciones.

Como principales características del sistema de costeo por proceso se encuentra que:

- Los costos se acumulan y registran por departamento o centros de costos.
- Cada departamento tiene su propia cuenta de inventario de trabajo en proceso en el libro mayor. Esta cuenta se carga con los costos del proceso incurridos en el departamento y se acredita con los costos de unidades terminadas transferidas a otro departamento o artículos terminados.

Las unidades equivalentes se usan para determinar el inventario de trabajo en proceso en términos de las unidades terminadas al fin de un período y los costos unitarios se determinan por departamentos.

Las unidades terminadas y sus correspondientes costos se transfieren al segundo departamento o al inventario de artículos terminados. En el momento que las unidades dejan el último departamento del proceso, los costos totales del período han sido acumulados y pueden usarse para determinar el costo unitario de los artículos terminados.

Los costos totales y unitarios de cada departamento son agregados periódicamente, analizados y calculados a través de los usos de informes de producción.

El costeo por proceso se ocupa del flujo de las unidades a través de varias operaciones ó departamentos, sumándosele más costos adicionales en la medida en que avanzan. Los costos unitarios de cada departamento se basan en la relación entre los costos incurridos en un período de tiempo y las unidades terminadas en el mismo período.

En el Sistema de costo por actividades (ABC) no se trata únicamente de un método de cálculo de costos cuyo máximo objetivo es lograr la exactitud, sino que se trata de un sistema de gestión empresarial, que engloba desde el cálculo del costo de cualquier tipo de información para la gestión empresarial y facilita a la alta dirección información relevante y oportuna para la toma de decisiones en cuanto a: el costo de las actividades de la empresa, el costo de los procesos del negocio, el costo de los diferentes eslabones de la cadena de valor, el costo de los productos y/o servicios, el costo de los clientes de forma individual, qué productos son rentables y cuáles no, qué clientes son rentables y cuáles no, decisiones de hacer o comprar en toda la cadena de valor, reducciones de costos basadas en el análisis de las actividades, reducciones de costos basadas en el análisis de los procesos, la clasificación de las actividades respecto al valor añadido, y decisiones sobre reducción, eliminación o división de determinadas actividades.

1.4. Los costos en las instituciones de salud.

Los costos tanto de producción o de servicios deben reflejar verdaderamente todos los recursos materiales, humanos, financieros, técnicos o de otras índoles involucradas en la realización o la obtención de la actividad productiva o prestación de servicios, a tal punto que puedan ser medibles por unidades individuales, tanto de producción como de servicios.

1.5. Desarrollo del Costo Hospitalario.

La implantación del Sistema de Costo para Hospitales se efectúa al calor de los lineamientos emanados del I Congreso del Partido Comunista de Cuba, donde se recomendaba la creación de mecanismos que permitieran medir la eficiencia económica de las actividades, siendo su propósito establecer hábitos de trabajo, disciplina en las informaciones y crear las condiciones necesarias para una ulterior profundización del mismo.

El Sistema de costos para Hospitales es el método que permite la obtención de un conjunto de indicadores o costos unitarios relacionados con las diferentes acciones que se realizan en la institución hospitalaria. Debe señalarse que el Sistema de Costo no es independiente del Sistema Nacional de Contabilidad, sino más bien, representa una reelaboración de este.¹⁴

La instrumentación del Sistema es capaz de por una parte, de medir adecuadamente los gastos de los recursos en la prestación de servicios, y por otra, evidenciar las posibles desviaciones que puedan surgir entre lo que se ha gastado y lo que debió gastarse.

Los costos constituyen un instrumento de trabajo de la gestión administrativa, tanto para las instituciones de salud, como para los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud (SNS) como organización. La necesidad de su conocimiento se fundamenta, entre otros, en los aspectos siguientes:

- Conocer con precisión la relación entre las acciones de salud y su costo.
- Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros.
- Tomar decisiones oportunas para la corrección de desviaciones en la ejecución del presupuesto.
- Establecer políticas para lograr mayor eficiencia en la gestión hospitalaria.
- Un sistema de costo para instituciones de salud, tiene como objetivos:
 - Posibilitar a la institución, mediante el conocimiento de los costos reales de sus acciones, tomar las medidas que se requieren para elevar la eficiencia de su gestión.
 - Permitir a los diferentes niveles de dirección del SNS, mediante el conocimiento de los costos de las diferentes acciones que se ejecutan por las instituciones, controlar económicamente su actividad, así como fundamentar normas y elaborar índices que permiten mejorar el proceso de planificación de éstas.
 - Llevar a los dirigentes y trabajadores la educación económica necesaria, informándoles cuánto cuestan las acciones que en su área de trabajo se ejecutan y darle participación para el análisis de los gastos.

Sin duda alguna, la obtención de los costos en la actividad de salud tiene singular importancia aún cuando se encuentra enmarcada en un sector no productivo; pues su conocimiento es lo que permite la optimización de los gastos sociales en que se incurren, con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud de la población.

Según el (Manual de Costos Hospitalarios. Ministerio de Salud Pública Cubano.

“se denominan costos hospitalarios al conjunto de indicadores que permiten evaluar la eficiencia del trabajo del hospital pues muestran, cuánto le cuesta al mismo el realizar las actividades que le son inherentes de acuerdo a su nivel de atención médica. En él se refleja el nivel de productividad alcanzado, el grado de eficiencia con que se utilizan los activos fijos tangibles; así como, la óptima utilización de medicamentos y otros recursos materiales”.

Este manual es aplicable además a todas las instituciones de salud cubanas. La complejidad de los costos para la salud está determinada por las múltiples y diversas acciones que ocurren en esta actividad y lo complejas de sus interrelaciones. Esto determina la necesidad de que cualquier sistema de costos que se implemente esté totalmente integrado con el registro contable.

Los costos hospitalarios son el conjunto de indicadores que permite evaluar la eficiencia económica del trabajo del hospital. En ellos se reflejan el nivel de productividad alcanzados, la óptima utilización de medicamentos y otros recursos materiales, los locales de consulta, salones de operaciones, etc.

Lo laborioso de la implantación y obtención de los costos hospitalarios esta determinado por las múltiples y diversas acciones que ocurren en la actividad hospitalaria y lo complejo de sus interrelaciones, porque requiere de un trabajo en equipo muy coordinado y sistemático.

El Sistema permite conocer los costos reales de las acciones, ya que de cada costo unitario brinda información en cuanto a la composición del mismo, o sea, posibilita saber cuanto se ha gastado directamente como promedio en cada acción, tanto en materiales y salario como en otros gastos directos. Con relación a los costos indirectos, posibilita saber cuál es la cuantía de los mismos; motivada por la cooperación o apoyo de otras áreas organizativas para llevar a cabo las diferentes acciones de salud que se ejecutan a nivel institucional.

En las instituciones hospitalarias el costo directo está dado por aquellos gastos originados por; el pago de la fuerza de trabajo que ejecuta las acciones, los consumos de materiales empleados y también, aquellos servicios recibidos y otras obligaciones que puedan asociarse de manera específica a la actividad que se ejecuta y los costos indirectos son aquellos gastos o parte de gastos que por regla general, se originan en otras áreas organizativas de apoyo a las acciones fundamentales del hospital. Son ejemplos de costos indirectos con respecto a una sala de hospitalización; los administradores de toda índole, los de alimentación, los de mantenimiento, los de lavandería, los de medio de diagnóstico y tratamiento y otros, los cuales se ejecutan con la finalidad de apoyar las acciones que realiza la misma.

Debido al incremento en los montos de las inversiones en nuevas unidades y equipamientos; así como en las cuantías destinadas a las acciones de salud; cada día reviste mayor importancia la necesidad de conocer los costos de los diferentes tipos de instituciones de salud,

como forma de coadyuvar a la optimización de los recursos destinados a tal fin por el presupuesto del Estado.

Como se ha planteado con anterioridad un centro de costo es la unidad lógica del trabajo de costos, caracterizada por representar una actividad relativamente homogénea con una clara definición de autoridad y por la que se acumulan gastos. En el caso de la actividad de salud, su determinación coincide con los criterios de departamentalización de la estructura organizativa de la institución; aunque también puede agrupar a varios departamentos o a subdivisiones de éstos, como también pueden ser por determinados servicios o actividades que se entienda recomendable que integren centros de costos.

Los centros de costos según lo establecido en el (Manual de Costos Hospitalarios, 1994) se clasifican en:

- Centros de servicios generales y administrativos: Están constituidos por todas aquellas dependencias de la institución que cumplen con funciones de dirección y administración, de aseguramiento material y de servicios no médicos ni paramédicos; colaborando de esta manera con el resto de los centros de costos.
- Centros auxiliares: Lo conforman, aquellos que cooperan con los denominados médico-asistenciales en la prestación de atención a los pacientes (sean estos ambulatorios u hospitalizados), así como, con los de docencia e investigación en la ejecución de sus acciones.
- Centros finales : Estos centros se dividen en: los centros médicos – asistenciales: En los que su actividad está dirigida hacia la atención directa de los pacientes, comprendiendo tanto a los servicios de hospitalización como a los servicios externos que brinda la institución y os centros de docencia e investigación por su parte pueden ser identificados fundamentalmente en función de estas actividades; a diferencia de otros centros donde la investigación y la docencia puedan estar presentes, pero no como objetivo principal.
- Los otros centros finales: Son aquellos, que no se corresponden con actividades desarrolladas por los centros anteriormente definidos. (Manual de Costos Hospitalarios. 1994).

En resumen, la información de costos en instituciones que prestan servicios de salud es tan importante como la que se origina y muestra por parte de cualquier otra entidad. Es evidente que en estos casos no puede hablarse de costos de producción pero los recursos sacrificados para la atención de salud reviste cada día mayor interés y relevancia dada la actual situación mundial; puesto que éstos recursos son aportados en su totalidad por el gobierno cubano.

Como se expuso con anterioridad, la información de costos debe ser clasificada atendiendo a los propósitos que se persiguen en cada caso y a las necesidades de obtener la información de forma precisa, relevante y oportuna, es por ello, que los costos en la actividad de salud debe clasificarse atendiendo a las peculiaridades y características de la misma.

Los costos en las instituciones de salud se clasifican atendiendo a:

- Su forma de participación.
- Su relación con el nivel de actividad.
- Su relación con el resultado de la actividad.
- Su pronóstico.

Seguidamente se presenta una breve fundamentación de esta clasificación.

De acuerdo a su relación con el nivel de actividad se clasifican en:

- Los costos fijos son aquellos cuyas cuantías no varían en relación con el nivel de actividad realizado, o sea, que se mantienen constantes hasta cierto límite, independientemente del volumen alcanzado en la misma. Su fijeza o constancia lo determina la necesidad de incurrir en dichos gastos a pesar de que el volumen o nivel de actividad estuviese muy por debajo del límite establecido.

- Los costos variables son aquellos que su monto está directamente asociado al nivel de actividad como pueden ser los gastos que se incurren en medicamentos, alimentos, servicios de lavandería y otros. Las cuantías de estos costos aumentan o disminuyen en correspondencia.

- Teniendo en cuenta la relación con el resultado de la actividad los costos pueden clasificarse en:

- El costo total es el resultado de la acumulación de todos los costos en que ha sido necesario incurrir para la producción de bienes materiales o la prestación de servicios; por lo que, de acuerdo al tipo de análisis que se esté efectuando, puede ser la sumatoria de los costos directos e indirectos incurridos o también, de los costos fijos y variables efectuados en el desarrollo de la actividad objeto de análisis.

- El costo unitario es el resultado de dividir el total de gastos acumulados en un centro de costos, entre la cantidad que corresponde a su base de distribución.

Atendiendo a su pronóstico se definen como costos predeterminados que son los que se calculan en un período económico o fecha anterior a la época en que se espera que realmente ocurran. Estos costos se dividen en estimados y estándar. El costo estimado es aquel que se cree ocurrirá en un futuro, tomando en cuenta la experiencia; por lo que, es usual que para su formulación se emplee el criterio de expertos y el costo estándar es el que se cree deba producirse en un futuro; tomando como base para su pronóstico, los análisis realizados sobre determinadas tendencias. En su determinación se utilizan las series históricas, las normas establecidas y otros elementos informativos que permitan enriquecer los pronósticos que a tal fin se emitan.

Por otra parte nos encontramos con el costo presupuestado que es, en cierta forma, un costo predeterminado; sin embargo, existe una diferencia fundamental que lo distingue; ya que el total del presupuesto, es el límite superior del plan de gastos

Los servicios para la salud pública constituyen un tipo de operación clasificada, según la teoría de administración de las operaciones, lo que viene dado por el elevado grado de interacción con el cliente (paciente) y de adaptación del servicio a las peculiaridades de cada uno; esto contrasta evidentemente con la heterogeneidad propia de los servicios que prestan las instituciones de salud. Aunque resulte obvio la diferenciación que existe entre una consulta externa, intervenciones quirúrgicas relativas a un accidente cerebro-vascular o a columna vertebral, el hecho que algunos de estos actos médicos resulten repetitivos no evita la afirmación que se trata de "productos distintos" solicitados por personas concretas e identificadas.

Consecuentemente, se afirma que la actividad de salud obedece a las características de una producción discontinua, por lo tanto, el sistema de costos aplicables es el de órdenes de producción, o más bien llamadas órdenes de servicios, y el documento básico es la hoja de costo por pacientes.

Es importante destacar que el paciente no demanda una consulta, y/o una radiografía, y/o una intervención quirúrgica, sino pide una "solución integral" a un inconveniente de salud concreto que se lleva a cabo por la utilización de distintos servicios que integran el complejo de salud. Entonces, el producto que se "vende" en los centros de atención al paciente debiera denominarse solución de patologías, unidad de costo compuesta por la suma de los distintos servicios o actividades que deben aplicarse para obtenerla.

Una empresa de salud, es una organización compleja desde todo punto de vista. Si bien hay diferentes tipos de instituciones, los productos/servicios se "fabrican" de la misma manera, pues todos comparten las mismas características, a saber:

- Son intangibles, quizás los elementos que se utilizan para prestarlos son tangibles (medicamentos, materiales, placas) pero el producto en sí no lo es.
- No son homogéneos, es decir, un mismo producto puede variar en sus costos dependiendo de la patología de cada paciente; y a su vez la misma patología puede originar distintos gastos.
- Son manuales, es decir, no se pueden fabricar en una cadena de producción, sino que los hace la mano del hombre.
- No es fácil hallar una unidad de medida, es decir, cuantificar su producción.

Claro está que cada producto/servicio es creado mediante un proceso, al que es necesario costear a través de determinada metodología para obtener el costo por paciente- patología y proceso.

Más que un sistema de costo, la aplicación de un costeo por paciente- patologías y procesos lleva, sin dudas a la reorganización de una institución de salud, mejorando notablemente su gestión tanto asistencial como administrativa. La clave de la administración no está solo en

obtener un costo, sino que éste represente la realidad de la empresa y que a través del mismo se puede gestionar eficaz y eficientemente.

Una empresa de salud es una organización compleja desde todo punto de vista. Si bien hay diferentes tipos de instituciones, los productos / servicios se "fabrican" de la misma manera, pues todos comparten las mismas características, a saber:

Son intangibles, quizás los elementos que se utilizan para prestarlos son tangibles (medicamentos, materiales, placas, etc.) pero el producto en sí no lo es. No podríamos decirle a un paciente: "Aquí tiene una operación de vesícula, tómela".

No son homogéneos, es decir, un mismo producto puede variar en sus costos dependiendo de la patología de cada paciente; y a su vez la misma patología puede originar distintos gastos.

Son manuales, es decir, no se pueden fabricar en una cadena de producción, sino que los hace la mano del hombre.

No es fácil hallar una unidad de medida, es decir, cuantificar su producción.

Claro está que cada producto / servicio es creado mediante un proceso, al que es necesario costear a través de determinada metodología para obtener el costo por paciente y patología.

Más que un sistema de costo, la aplicación de un costeo por paciente y patologías lleva, sin dudas a la reorganización de una institución de salud, mejorando notablemente su gestión tanto asistencial como administrativa

1.6. Caracterización del sistema hospitalario cubano.

El Sistema Nacional de Salud cubano se basa en los principios de salud pública socialista, mediante los que se reconoce el derecho a la población de recibir de forma gratuita los servicios prestados por las instituciones dedicadas tanto a la asistencia médica como a la asistencia social y constituye una de la mayores conquistas del modelo social cubano.

La salud pública comprende las funciones relacionadas con los servicios médicos, el que constituye la asistencia médica completa y se presta en tres niveles de atención; la primaria, secundaria y terciaria; así como los servicios sanitarios, que se corresponden con los primeros auxilios y para lo que no es preciso necesariamente la presencia de un facultativo. La salud pública incluye hospitales, policlínicos, puestos médicos, clínicas y laboratorios estomatológicos, laboratorios de higiene y epidemiología y microbiología, laboratorios de prótesis dentales y ortopédicas, unidades médicas especiales así como los balnearios medicinales, el servicio de cruz roja, los bancos de sangre y hogares maternos.

Anualmente el estado cubano destina cuantiosas sumas al sustento, desarrollo y perfeccionamiento del sector de la salud, constituyendo este uno de los paradigmas del sistema revolucionario. En ese sentido en el año 2010 se emplearon 3845 millones de unidades monetarias (u.m) lo que constituye un gasto de 334,28 U;M por habitante, mientras que en el 20011, esta cifra ascendió a 4156 millones, representando 362,67 per cápita, situación en la

que la atención hospitalaria índice directamente con más del 75 % de ese monto arrojando un índice de 10,2 ingresos por cada 100 habitantes lo que constituye un total de 1 343 518 ingresos en el período.

La atención hospitalaria constituye el servicio de internamiento al que acceden los pacientes para recibir los servicios de salud que requieren con el objetivo de mejorar sus problemas tanto físicos como mentales y de rehabilitación.

El sistema hospitalario cubano cuenta actualmente con 224 unidades de servicios, de ellas 83 constituyen hospitales generales, 35 clínicos-quirúrgicos, 22 rurales, 13 de maternidad, 25 infantiles, 33 especializados y 13 fungen como institutos de investigación. De igual modo 125 cuentan con más de 100 camas de los que 30 sobrepasan las 400.

Las instituciones hospitalarias cubanas tienen establecidos manuales de normas y procedimiento, los que rigen tanto las actividades inherentes a la atención médica y hospitalaria propiamente como las administrativas contables y financieras. En ese contexto, cuentan con un manual de costos hospitalarios emitido por primera vez en el año 1985 por el Ministerio de salud Pública, donde se establece el método o sistema de costeo que debe aplicarse en función de determinar los costos totales y unitarios en la actividad hospitalaria. Este manual ha sufrido modificaciones desde entonces hasta llegar a la versión actual que data del año 1994. En el mismo se estipula la realización de análisis de gastos por centros de costos, los que incluyen todas las áreas y departamentos de la institución, estos informes se elaboran y presentan con periodicidad mensual y serán explicados más detalladamente más adelante.

Conclusiones parciales del capítulo:

Los elementos teóricos abordados, sin lugar a dudas, permiten una mejor comprensión de la problemática que se plantea en la investigación objeto de estudio..

Capítulo II.

Capítulo II: Presentación de un Procedimiento para la determinación del costo-paciente hospitalario en el Policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros

Este capítulo tiene como objetivo fundamental diagnosticar la unidad objeto de investigación y presentar el diseño de un Procedimiento para la determinación del costo-paciente hospitalario atendido en el Policlínico con camas Miguel Alipio de León de Aguada de Pasajeros, partiendo de la caracterización del sistema hospitalario cubano y de la institución objeto de estudio.

2.1 Caracterización de la entidad objeto de estudio Policlínico con camas Miguel Alipio de León de Aguada.

Aguada de Pasajeros se funda en el año 1913 de acuerdo al hallazgo arqueológico por el ingeniero Juan Antonio Cosquillee la Barrera en el año 1921 se le da la categoría de municipio y recibe el nombre de Aguada de Pasajeros por el Presidente de la República.

El 11 de agosto de 1929, a las 4:30 PM se fundó el Colegio Médico de Aguada de Pasajeros, con 5 médicos cifra que se mantiene más menos hasta el triunfo de la Revolución.

En cuanto a la asistencia Médica, los casos de urgencias eran atendidos en la casa de socorro, que controlaba el estado y la asistencia Estomatológica estaba en manos de 2 estomatólogos privados, existían 5 Médicos particulares, los cuales cobraban por cada consulta entre 3 y 5 pesos, existía un equipo de rayos X que era propiedad de un médico.

La Jefatura de salubridad, en el 1942 abrió las vías del desarrollo de la Higiene y la Epidemiología. De igual forma en el período 1952 – 1958 lo único importante para la zona fue la creación de una instalación para los niños llamado: Organización Nacional Dispensarios Infantiles (ONDI), la cual fue solicitada al Gobierno central a través del Ministerio de Defensa para que el edificio que ocupaba el cuartel del ejército sea convertido en hospital, además se propone la creación de un hospital en la Ciénaga de Zapata y el dispensario infantil para la localidad de Aguada, ya que los niños pobres tenían que atenderse en Rodas y Abreus.

El 9 de febrero de 1962 con el triunfo de la Revolución es que se materializan estas peticiones y se convierte el cuartel de la tiranía en hospital, el mismo contaba con tres salas, una de niños con 15 camas, una de hombres con 12 camas y otra de mujeres con 20 camas. Había un salón de parto atendido por dos comadronas. Contaba el hospital con 8 médicos y de 30-40 enfermeras. Se habilitó así mismo un laboratorio, un salón de rayos x y uno dental, destacando que toda la atención se hacía gratuita. Una ambulancia prestaba servicios a la instalación y existía ya en esta fecha un Departamento que atendía higiene, sanidad y fumigación. Ese mismo año se crean postas médicas en el central Antonio Sánchez y en Real Campiña y 3

años después en Perseverancia.. La atención a la población en cuanto a salud en general ocupaba un radio de acción que se extendía hasta Yaguaramas y la Ciénaga de Zapata hasta que se produce la nueva División Político Administrativa en 1976.

En el año 1984 comienza el programa del Médico y la Enfermera de la Familia con el incremento del número de profesionales de la salud.

El municipio está dividido en dos Áreas de salud y 7 consejos populares con dos Grupos Básicos de Trabajo.

El municipio es eminentemente llano, con microclima donde las temperaturas extremas son altas o bajas según las épocas del año, cuenta con dos embalses pequeños de agua ubicados en el consejo popular Primero de Mayo, existen lagunas naturales y el agua de consumo es toda Subterránea, las principales fuentes económicas son la producción Cañera, la producción de arroz y otros granos, así como los servicios a la población, el consejo popular Torula de Antonio Sánchez está altamente industrializado contando con un Central, Fabrica de Torula, Fabrica de Alcoholes Finos, Fabrica de Ron, Fabrica de CO2 y Fabrica de Pienso Animal.

Ubicación del Municipio:

Aguada de Pasajeros tiene una extensión territorial de 680 Km².

Con una población de 30878 Habitantes.

Una densidad poblacional de 45.4 habitantes por Km².

Limita por el Norte con Calimete.

Por el Sur con Abreus y Rodas.

Por el Este con Rodas

Por el Oeste con Calimete y Ciénaga de Zapata

CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN. (Anexo # 1)

La Pirámide de población es Estacionaria: Igual número de personas aproximadamente en todos los grupos de edades con tendencia al aumento paulatino de las edades avanzadas. Característica de los países en vías de desarrollo.

Según el índice de Rocet muestra una Población Envejecida con un 13.9 %, con 4301 personas mayores de 65 años y los mayores de 50 años es muy superior a la menor de 15 años (5613 contra 9476)

POBLACIÓN DISPENSA RIZADA POR CONSEJOS POPULARES Y ÁREAS DE SALUD.
(ANEXO # 2)

POBLACIÓN POR SEXO. AGUADA DE PASAJERO. (Anexo # 3)

De los anexos 1,2 y 3 se deducen las siguientes tasas fundamentales para la salud.

$$\text{Óptimo Fecundo (O: F)} = \frac{1789}{7302} \times 100 = 24.5 \%$$

$$\text{Tasa Global de Fecundidad (T.G.F)} = \frac{384}{7303} * 100 = 5.2 \%$$

$$\text{Índice de masculinidad: } \frac{14468}{13990} \times 100 = 103.4 \%$$

Tasa de Mortalidad infantil = 12,6 por cada 10 000 nacidos vivos

Actualmente esta institución cuenta con 33 departamentos o áreas clasificadas en centros de costos de servicios generales, administrativos, auxiliares o finales que se relacionan en la siguiente tabla:

Centros	Centros de costo
Servicios Generales	SIUM
	Economía
	Dirección
	Planificación
	Almacén de alimentos y misceláneas
	Mantenimiento
	Dietista
	Cocina
	Comedor
	Pantry
	Lavandería
	Otros servicios
	Biblioteca
Auxiliares	Registros médicos
	Central de esterilización
	Farmacia
	Laboratorio de urgencia
	Laboratorio clínico
	Laboratorio SUMA
	Laboratorio microbiología
	Rayos x
	Higiene
Finales	Hogar materno
	Sala cirugía menor
	Sala pediatría
	Sala de medicina
	Sala de cuidados intensivos
	Consulta de ortopedia
	Cuerpo guardia
	CIREN
	Endoscopia
	Ultrasonido
	Traumatología

En el 2009-2010 la institución recibió una reparación no capital pero que mejoró de forma considerable los departamentos de asistencia médica fundamentalmente; lo que permitió incluso incrementar algunos servicios como endoscopia y laboratorio SUMA entre otros.

La misión de esta institución Aguadense consiste en encargarse de satisfacer las demandas de atención médica especializada del pueblo y de contribuir a la formación y a la superación continuada de Recursos Humanos necesarios para ellos; reconociendo que la satisfacción de la población es el valor más importante a cultivar y la calidad total es la mejor estrategia para conseguirlo.

En tanto su visión se resume en lograr que los aguadenses se sientan satisfechos, seguros y confiados de su Policlínico con camas, lograr que las demás instituciones y autoridades sanitarias de la provincia y del país nos identifiquen como un centro de excelencia para nuestro nivel de atención y tipo de institución, que todos nos reconozcan como un colectivo profundamente humano y comprometido, que tiene la energía y la inteligencia necesaria para mejorar continuamente lo que hace.

En la institución se prestan los siguientes servicios, los cuales se pueden apreciar en la tabla siguiente.

Servicios que presta el Policlínico con camas Miguel Alipio León de Aguada.

Servicios	Tipo de servicio
Clínicos	Medicina Interna
	Dermatología
	Psiquiatría
	Ortopedia
	Endoscopia
	Cirugía menor
Laboratorios	Laboratorio clínico
	Microbiología
	Banco sangre
	SUMA
Otros servicios	Radiología
	Salud mental
	Biblioteca
	Electromedicina
	Estadística
	Admisión-archivo e información
	Servicio social

2.2 . El proceso de determinación de los costos en las instituciones hospitalarias Cubanas.

Los hechos económicos que se suceden en la ejecución de las actividades de las instituciones hospitalarias cubanas son anotados cronológicamente en base a 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 todo un proceso contable de confección de comprobantes de diario que se sustentan en los mismos; éstos se van anotando en diferentes subdiarios o registros, como son: de pagos, de operaciones y otros, para su clasificación en cuentas y subcuentas. Con posterioridad, se pasan sus resultados al libro mayor y a los submayores que correspondan, entre ellos, el de gastos.

Es en este submayor precisamente, donde aparece reflejada la ejecución detallada de los gastos incurridos por el hospital, codificadas por epígrafes y partidas; según lo establecido por el clasificador de gastos definidos en el referido Sistema Nacional de Contabilidad. Sin embargo, este submayor de gastos si bien refleja detalladamente la ejecución de los gastos de las actividades hospitalarias desde un aspecto general; de por sí, no es utilizable directamente para la determinación de los costos particulares de cada una de las áreas organizativas del hospital. Para esto se establece en el manual de costos hospitalarios efectuar una reformulación de dichos gastos, mediante el desglose o desagregación de sus cuantías en correspondencia con el área o las áreas

organizativas que hayan mostrado los mismos.

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

Hoja de Trabajo No 1 (HT - 1): Resumen del consumo de materiales.

Hoja de Trabajo No 2 (HT - 2): Resumen de salarios y contribución a la seguridad social.

Hoja de Trabajo No 3 (HT - 3): Resumen de servicios y estipendios

En la HT-1 se anotan todas las salidas de materiales, alimentos, medicamentos, instrumental, vestuario y lencería de acuerdo a los despachos efectuados a los centros de costos. Constituye la hoja de trabajo más extensa y complicada que se elabora en las instituciones hospitalarias cubanas, dada la cantidad de información que resume y las diferentes fuentes de procedencia de la misma.

Esta hoja de trabajo se habilita mensualmente utilizando hojas columnares y resume por centros de costos los importes correspondientes a:

- Alimentos
- Medicamentos

- Material de curación, laboratorio, radiología, estomatología
- Material de mantenimiento, oficina, aseo personal y limpieza
- Instrumental médico y estomatológico
- Vestuario y lencería

Seguidamente se explica el proceder estipulado para el flujo de la información de costos por cada elemento

. Alimentos

Diariamente cada sala, departamento o área realiza el pedido de alimentos al comedor, en dicho pedido se consigna el nombre de cada paciente y los apellidos, número de la cama y la dieta específica, en el comedor se registra esta información en los modelos establecidos para ello, como son el reporte diario de dietas y el modelo de juguería donde se anotan el desayuno, las dos meriendas que se ofrecen y la cena. Al final de cada mes, se pasa esta información, clasificada por centros de costos, al especialista en costos en el departamento de contabilidad, quien la procesa y elabora los informes correspondientes. Además, cada paciente, atendiendo a su patología, requiere de una dieta específica y recomendada, por lo que diariamente incurre en un costo determinado.

. Medicamentos y material gastable (materiales de curación, laboratorio, radiología, estomatología, de mantenimiento, oficina, aseo personal y limpieza)

Por intermedio del responsable de la sala, departamento o área se realiza diariamente un pedido de material gastable a la central de esterilización y un pedido de medicamentos a la farmacia. En la sala, departamento o área se lleva un control del material gastable y de los medicamentos solicitados.

En la central de esterilización se registra el pedido de la sala, departamento o área en el “control del material gastable” y se archiva el pedido emitido, al final del mes se resume toda esta información por cada centro de costo y se informa al especialista en costos del departamento de contabilidad quien la procesa y elabora la hoja de los costos mensual y acumulada por centro de costo.

La farmacia, por su parte, recibe el pedido de medicamentos de la sala, departamento o área; éste es revisado por un personal que debe verificar si los datos que son necesarios para la solicitud están correctos como son, el cuño y la firma del médico, el nombre del medicamento con la dosis correspondiente, así como el número de la historia clínica del paciente; si no existe ningún error, el pedido se pasa al área de despacho donde le son entregados los medicamentos al personal designado como responsable de esa actividad en cada sala, departamento o área. La farmacia emite original y copia de un documento que sirve de constancia de la transacción, la copia le es entregada a quien recibe los medicamentos por la sala o al personal responsable del departamento o área y el original se queda en la farmacia

como constancia de la entrega, donde se registra la salida del medicamento, su importe y su código. Al final del mes la farmacia emite un listado por centros de costos de los servicios prestados o despachados con la variedad de medicamentos, la cantidad, su importe y su correspondiente destino. Esta información pasa al especialista en costos en el departamento de contabilidad, donde son procesados los datos para la elaboración de la referida hoja de los costos mensuales y acumulados.

Si ocurriese que al ser realizado el pedido a la central de esterilización o a la farmacia éstos no se encuentran en existencia; se realiza la solicitud al almacén donde se registran en los controles de inventario las salidas, emitiendo el documento correspondiente en original y dos copias, el original se queda en el almacén para los correspondientes controles de salida y rebajas de inventarios, una copia queda en manos de quien realizó el pedido y la otra, al final de cada mes, pasa al especialista en costo del departamento de contabilidad.

. Instrumental médico y estomatológico

Al respecto se habilita un control por áreas, salas y departamentos, de las cantidades de utensilios e instrumentales utilizados, información que se envía al especialista en costos conjuntamente con las pérdidas y roturas que correspondan, con el objetivo de considerar esas cuantías en los centros que realmente han ocasionado estos costos.

. Vestuario y lencería

Para este particular se habilita una hoja de trabajo por sala, área o departamento, donde se va anotando diariamente por tipo de ropa el número de piezas según aparece en los controles correspondientes de orden de lavandería. Se totaliza la hoja de trabajo y utilizando una tabla de pesos estimados por tipo de pieza, se logra cumplimentar la información de la ropa procesada por departamentos y salas; información que se resume por centros de costos y se envía al especialista en costo. De esta forma se procesa y fluye la información de costos correspondiente al consumo de materiales y medicamentos por centros de costo.

Asimismo el objetivo de la HT-2 es anotar todos los gastos de salarios devengados por los trabajadores de cada centro de costos; así como efectuar las reasignaciones de salarios que procedan a otros centros, motivados por la participación de dichos trabajadores en sus actividades. Incluye los correspondientes cálculos del descanso retribuido que se acumula y el del por ciento establecido que como contribución a la seguridad social debe aportar la institución al presupuesto del Estado.

Esta hoja de trabajo se elabora mensualmente y se presenta por centros de costos, para lo que igualmente se habilitan hojas columnares.

La HT-2 incluye las cuantías por centro de costo de:

- Salario devengado

- Descanso retribuido
- Contribución a la seguridad social
- Subsidios

Para la determinación de los costos de salario, se confecciona la nómina a partir de la información primaria (tiempo trabajado) y la actualización de los datos por trabajadores (tarifas salariales y centros de costo), las que pasan al departamento de contabilidad y se procesan, emitiéndose informes de gastos de salario por los diferentes conceptos (salario devengado, descanso retribuido, contribución a la seguridad social y subsidios), todo esto resumido por centros de costo, pasa al especialista en costo de la institución, quien elabora los informes correspondientes. De esta forma se conoce la cuantía salarial que corresponde a cada centro de costo.

El objetivo de la HT-3 es anotar todos los gastos incurridos por la institución, por conceptos de dietas, servicios recibidos, prestaciones sociales y otros que no tengan carácter material; de acuerdo a los diferentes centros de costos que han originado los mismos.

La HT- 3 incluye las cuantías por centro de costo de:

- Dietas
- Estipendios
- Electricidad
- Depreciación de activos fijos tangibles (AFT)
- Otros servicios productivos

. Dietas y estipendios

En este sentido, se habilita una hoja control con las cuantías pagadas por conceptos de dietas y estipendios por centros de costos, información que se envía al especialista de costo para su procesamiento y acumulación.

. Electricidad

Un grupo de especialistas energéticos realiza estudios periódicamente de todos los equipos consumidores de electricidad del hospital por centro de costo, asignando a éstos las tasas que le corresponden para un mejor control de dicho servicio.

Todos los meses cuando se recibe el consumo de electricidad, el departamento de contabilidad emite el documento de distribución de dichos gastos por centro de costo, la cual se archiva en dicho departamento, después de procesada por el especialista de costo..

. Depreciación de activos fijos tangibles

La depreciación se determina por el método de línea recta al final de cada mes; después de actualizar las entradas, movimientos y salidas de los activos fijos tangibles, se procede a realizar el cálculo de la depreciación, información que se entrega en contabilidad y luego de su

revisión se pasa al especialista en costo para la confección de la hoja de los costos mensuales y acumulados, donde se distribuye la

Depreciación por centro de costo.

.Otros servicios productivos

Para la distribución de los servicios de mantenimiento, reparación o apoyo que recibe cada centro de costo, el área, departamento o la entidad que presta el servicio le hace llegar una factura al departamento de contabilidad del Hospital, por el importe del servicio prestado; el cual se paga a través de una transferencia bancaria ; en el Policlínico, mientras tanto, se hace corresponder el servicio con el centro o los centros de costo que lo recibió o recibieron, para su asignación, atendiendo a tasas de distribución previamente determinadas.

Posteriormente con la información por centros de costo de los materiales y medicamentos, alimentos, salarios, seguridad social, energía, depreciación de activos fijos tangibles y otros servicios, se presenta el informe de costos correspondiente por centro de costo, lo que constituye la distribución primaria de los costos.

Luego de realizada la distribución primaria (HT-1, 2 y 3) se procede a la distribución secundaria de los costos, momento en que se consolida todo su procesamiento, pues se registra la distribución primaria por centros de costo y por elementos del gasto.

La distribución secundaria es el proceso particular en la determinación de los costos, en el que secuencialmente se distribuyen las cuantías de los gastos acumulados en los centros de costos que representan a las actividades de servicios generales, administrativos y auxiliares, hacia los finales.

Este proceso culmina cuando todos los gastos de la institución han quedado distribuidos convenientemente en los centros que se corresponden con las actividades fundamentales del Hospital.

Para sistematizar la distribución secundaria de los costos se utiliza la hoja de trabajo No 4 Hoja de Trabajo (HT - 4): Hoja de distribución de costos indirectos.

Esta hoja permite efectuar la distribución de los gastos acumulados en los centros de costos que clasifican como de servicios generales y administrativos, así como los auxiliares hacia otros centros con los que se relacionan de acuerdo a las actividades de apoyo que realizan. En última instancia, al terminar el proceso de distribución, todas las cuantías de los centros mencionados con anterioridad, pasan a constituir los costos indirectos de los centros que clasifican como finales, los que se corresponden con los servicios de hospitalización, servicios externos, docencia e investigación.

Esta hoja de distribución, guarda una estrecha relación, con el registro de costos; pues también este último recoge los costos indirectos que recibe cada centro de costos y las cantidades que le corresponden a su base de distribución. O sea, después de terminado el proceso de

distribución de costos indirectos, toda la información resultante queda debidamente incorporada a dicho registro.

Finalmente se presenta por centro de costo un resumen del monto total del mes y el que se va acumulando, así como los días-pacientes²⁸ días-camas²⁹ y egresados, según corresponda, información con la que se obtiene el costo por paciente, producto de la división del costo total entre esos niveles de actividad, por lo que mensualmente se obtienen tres valores del costo por paciente por cada centro de costo y a nivel de hospital, atendiendo justamente al nivel de actividad.

En la mayoría de las instituciones hospitalarias cubanas el sistema contable y de costos se encuentra montado sobre una plataforma automatizada que facilita el procedimiento establecido para el procesamiento de la información, sin embargo, existen centros en los que este trabajo se realiza aún de forma manual, lo que evidentemente dificulta aún más la obtención de la información con la precisión y oportunidad que se requiere.

Luego de analizar puntualmente la forma de determinar los costos en la actualidad en las instituciones hospitalarias cubanas, según lo dispuesto por el manual de costos hospitalarios, se plantean por parte del autor las principales ventajas y desventajas que inciden directa o indirectamente en la calidad de la información que se obtiene y que sirve de base hoy para llevar a cabo la planificación, el control y el proceso de toma de decisiones.

Ventajas:

- . Las instituciones hospitalarias cubanas, tienen definidos sus centros de costos, clasificados como de servicios generales y administrativos, auxiliares y finales, los que responden a los elementos teóricos de la contabilidad por áreas de responsabilidad.
- . Se conoce para cada elemento del costo la forma en que fluye la información y los responsables de cada centro, sala, área o departamento de su adecuada presentación y por supuesto de su control.
- . Existe implementado un sistema de costeo para las instituciones hospitalarias cubanas, que se fundamenta y rige por los mismos principios.
- . Se establecen conciliaciones de los gastos por centros de costos con los registros contables para evitar diferencias y descuadres en la contabilidad.
- . Se conoce por centro de costo el consumo mensual y acumulado de los elementos del costo que conforman el Sistema Nacional de Salud.
- . Se logran distribuir los costos indirectos de las actividades de servicios, administrativas y generales a los centros finales.

Desventajas:

- . El sistema de costeo actual no identifica los gastos directos atribuibles a cada paciente.

El tratamiento de los costos indirectos no es el más adecuado, al imputarse cargos a todos los pacientes sobre bases arbitrarias, pues no todos los pacientes requieren de las mismas atenciones por los grupos de servicios generales, auxiliares, administrativos, de apoyo y finales.

Se pone de manifiesto el cálculo incorrecto del costo unitario por paciente, toda vez que éste no debe obtenerse de la división de los costos totales entre los pacientes atendidos, días camas o egresados, pues cada individuo, dadas sus características va a reaccionar y responder de forma diferente ante iguales tratamientos.

Existen limitaciones para el cálculo del costo por patologías, puesto que éstas no se corresponden precisamente con un solo centro de costo, asimismo, un paciente que es tratado por una patología requiere servicios de otros centros de costo para obtener la atención hospitalaria que precisa.

Con los resultados de costos obtenidos en la actualidad, la junta directiva puede hacer poco para el análisis de su gestión. El desconocimiento e imprecisión de los costos por paciente para cada patología impide que se tomen decisiones acertadas y se puedan controlar los recursos que se destinan a la salud.

Analizado esto, queda demostrado que el sistema de costeo establecido en la actualidad para las instituciones hospitalarias cubanas no es consecuente con el desarrollo que en los últimos años ha alcanzado y demanda la contabilidad de gestión, obstaculizando los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia que requieren los sistemas de salud en el contexto actual, pues resulta imposible determinar los costos por pacientes que reflejen verdaderamente los recursos sacrificados para cada caso y que permitan valorar el grado de aprovechamiento de recursos y capacidades.

Por lo tanto es necesario el diseño de un procedimiento que permita determinar de forma precisa y con la relevancia y oportunidad que se requiere el costo por pacientes.

Evidentemente se precisa de un cambio en la forma de determinar los costos por pacientes en las instituciones hospitalarias cubanas, donde sea el paciente el centro del costeo, toda vez que es él quien consume el recurso y quien precisa del servicio hospitalario, no el centro de costo.

Teniendo en cuenta este cambio en la determinación de los costos, es necesario definir los requisitos y elementos del modelo en busca del diseño de un procedimiento acertado para el cálculo de los costos por pacientes en las instituciones hospitalarias cubanas.

2. 3. Requisitos y elementos del Procedimiento de costeo por paciente en el policlínico con camas Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros.

Los elementos del Procedimiento de costeo por pacientes, así como su propio diseño se determinan a partir del estudio bibliográfico según resultados científicos de carácter teórico y empírico. En correspondencia, los requisitos son aportados por las características deseadas para la determinación de los costos por pacientes, el criterio de (Reyes & Pérez, 2009) y de expertos del sistema de salud, expertos que se seleccionan con un fundamento científico; éstos provienen de un grupo de profesionales y especialistas en la temática, fundamentalmente del territorio de Aguada de Pasajeros, que en lo adelante conforman el equipo de trabajo; constituyendo además la base para la aplicación del Procedimiento. Si bien los elementos pueden ser válidos para otras organizaciones de salud, con similares objetivos y características, los requisitos en su mayoría son más afines a instituciones hospitalarias.

Los requisitos son los siguientes:

Las historias clínicas de los pacientes deben contener obligatoriamente y de forma clara y precisa la relación de todos los recursos que han sido utilizados en la atención hospitalaria, así como los servicios que ha recibido y exámenes que se le han practicado.

Deben existir por patologías las guías de buenas prácticas médicas, que contengan todas las particularidades para el manejo terapéutico de la patología así como los tipos de tratamientos alternativos de forma detallada.

Es preciso que se informe mensualmente por centros de costos el total de gastos correspondiente a los elementos definidos por el Sistema Nacional de Salud.

El departamento de estadística del hospital debe precisar e informar por centro de costo y patología los niveles de actividad que en la actualidad informa solo por centros de costo.

Los resultados de los costos por pacientes deben ser discutidos y analizados mensualmente, en primer lugar por el personal médico ante el responsable de su actividad y luego por la alta dirección de la institución.

En consecuencia con los requisitos y elementos propuestos, el Procedimiento que se aplica debe responder a las necesidades de contar con la información relevante, precisa y oportuna que se requiere en la actualidad para el desempeño eficiente de la gestión económica en el sector de la salud.

Al respecto (Rodríguez, 2005), plantea que el sistema de costeo por actividades resulta aceptado para instituciones hospitalarias, criterio con el que (Reyes & Pérez, 2009) están completamente de acuerdo al igual que este autor, sin embargo, se ha planteado además, que los sistemas de costos tradicionales (por órdenes o pedidos y por procesos) al decir de estos autores, con una modificación a la hora de distribuir los costos indirectos pueden convertirse en adecuados sistemas de costos.

En ese sentido el costeo por órdenes de trabajo, se ve reflejado en el sistema hospitalario a la hora de determinar el costo por paciente atendido, en que cada uno difiere entre sí en cuanto a

necesidades de materiales y costos de conversión, asimismo cada servicio o atención debe corresponderse con las características particulares del individuo que lo demanda, en este caso el paciente, el que siempre va a ser diferente del resto. De igual modo se asigna una (historia clínica) a cada paciente, pudiéndose obtener el costo unitario por paciente al acumular los costos de materiales y medicamentos registrados en la historia clínica, así como los correspondientes a salarios e indirectos. Asimismo, el costeo por procesos, acumula los costos por departamentos o centros de costo, es un sistema aplicable a procesos generalmente largos y se obtienen productos similares, sin embargo el tiempo de hospitalización de un paciente depende de su estado clínico y evolución, lo que difiere considerablemente entre los tipos y clases de pacientes y patologías, situación que ha sido analizada con anterioridad, quedando demostrado que un sistema por procesos no responde a las necesidades de las instituciones hospitalaria, en cuanto a la gestión económica y por ende administrativa. Finalmente el costeo por actividades, constituye, la élite en cuanto a los sistemas de gestión, facilitando información relevante y oportuna para la toma de decisiones en cuanto al costo de las actividades, los procesos, los servicios, los clientes, entre otros aspectos de gran ayuda a los usuarios de esta información.

Considerando esto y valorando la significación que tiene que la patología asuma los costos, no por cuotas arbitrarias, sino a través de la determinación de las cantidades de actividades que demanda, no existen dudas de que éste resulta ideal para las instituciones hospitalarias, sin embargo, definir las actividades de la gestión hospitalaria, seleccionar de ellas las significativas, las primarias y secundarias, así como aquellas que añaden valor y las que no, cuando no existe una cultura al respecto, resulta verdaderamente un trabajo bastante delicado, complicado y engorroso, sin contar el riesgo que implica hacerlo por primera vez por la infinidad de imprecisiones que se pueden cometer, máxime cuando a nivel ministerial no existen tales clasificaciones. Unido a esto, jerarquizar, clasificar y racionalizar esas actividades constituye prácticamente una tarea imposible para los momentos actuales cuando apenas se dan los primeros pasos para el costeo por pacientes, de igual modo, esto genera un cambio radical y absoluto en la forma de ver los costos en las instituciones hospitalarias, situación que requiere de un proceso complejo y prolongado de capacitación y concientización de todo el personal implicado.

Todo lo planteado anteriormente se fundamenta con el análisis de las variables de éxito o fracaso que influyen en el diseño e implementación del Sistema ABC³⁴. Con relación al diseño del sistema ABC se ha podido apreciar que en la práctica resulta muy complicada su implementación, aun cuando es necesario ir introduciendo este tipo de innovación para enfrentar los actuales retos del entorno.

Las principales causas que limitan la implementación del ABC en las organizaciones cubanas son:

- Falta de difusión del Sistema ABC.
- Limitada preparación y superación del personal
- Falta de implicación
- Sistema de información
- Sistema costoso y complejo
- Sistema no integrado
- Elementos del factor humano
- Formación del personal
- Estrategia de la organización
- Difusión y expansión del Sistema ABC/ABM
- Pocas facultades para implementar

Las entidades no pueden implementar el ABC dado que los organismos superiores no conocen del todo las investigaciones que se realizan en las mismas. A su vez, deben hacerse modificaciones en la normativa cubana y en las regulaciones del costo para que exista correspondencia plena del sistema ABC diseñado y las normativas y regulaciones establecidas. Luego de analizar los elementos expuestos con anterioridad y basado en los argumentos presentados por especialistas nacionales, se considera que el costeo por actividades, amén de resultar el más viable para las instituciones de salud dadas sus peculiaridades y los beneficios planteados, resulta inapropiado para la determinación del costo por pacientes en las mismas, puesto que estas entidades carecen de autonomía, el personal no está preparado sobre el tema, el sistema de información no responde a los requerimientos que exige el costeo por actividades y por demás existen las conocidas limitaciones de recursos que la situación económica nacional actual impone a las organizaciones de salud pública, aspectos recogidos a través de entrevistas, observaciones y revisión documental y fundamentado científicamente por (Reyes & Pérez, 2009).

2.4.- El Procedimiento para el costeo por paciente en el Policlínico con camas Miguel Alipio de León de Aguada.

El Procedimiento que se propone aplicar para el costeo por paciente, se diseña partiendo de la necesidad de conocer la patología que se va a costear y tomando como sustento la bibliografía consultada, asimismo se han respetado los lineamientos generales estipulados por el manual de costos hospitalarios y el Sistema Nacional de Contabilidad. (Reyes y Pérez, 2010)

El Procedimiento consta de dos etapas con sus respectivos pasos y tareas. A continuación se presenta la figura 1.1 donde se expone la primera etapa del Procedimiento propuesto.

Figura 1.1.- Etapa I del Procedimiento propuesto para la determinación del costo por pacientes

ETAPA I. CONOCER LA PATOLOGÍA QUE SE VA A COSTEAR
--

PASOS	TAREAS
Presentar el protocolo del manejo de la patología	1.1 Nombrar la patología. 1.2 Definir la patología. 1.3 Presentar el criterio de diagnóstico. 1.4 Establecer los exámenes auxiliares de Diagnóstico. 1.5 Presentar el manejo terapéutico

Fuente: Tomado de (Reyes y Pérez, 2009)

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 de salud y a profesores de la Facultad de Ciencias Médicas, revisar las guías de buenas prácticas médicas por patologías, así como realizar observaciones minuciosas de procedimientos médicos, entre otras técnicas y herramientas.

Esta primera etapa tiene como objetivo conocer las particularidades de la patología o servicio 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 de atención médica 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:

Paso No. 1 Presentar el protocolo del manejo de la patología

El protocolo del manejo de una patología es una caracterización pormenorizada de la patología en sí, e incluye todos los recursos materiales y humanos que se requieren, en condiciones normales, para su tratamiento, los que se deben caracterizar según el motivo y tipo de atención que precisa el paciente. Para la realización del protocolo del manejo de la patología deben cumplimentarse las siguientes tareas:

1.1 Nombrar la patología

En el nombre de la patología se consigna la denominación científica y/o popular de la patología, el que debe tomarse de bibliografía referente a temas de medicina y consultarlo con especialistas en la materia.

1.2 Definir la patología

La definición refleja las características de la patología, así como otras cuestiones importantes para la comprensión de la misma.

Para ello es preciso consultar materiales bibliográficos referentes a temas de medicina y luego consultar con personal calificado y especializado en estos aspectos.

1.3 Presentar el criterio de diagnóstico

El criterio de diagnóstico resume las características y síntomas que debe presentar el paciente para determinar que se corresponde con una patología específica.

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. Igualmente deben consultarse a especialistas y personal experimentado en el tratamiento de la patología con el objetivo de fundamentar la información recopilada.

1.4 Establecer los exámenes auxiliares de diagnóstico En esta tarea se relacionan todos los exámenes que se precisa realizar al paciente para confirmar que padece una determinada 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.

1.5 Presentar el manejo terapéutico

El manejo terapéutico constituye la guía del trabajo o el plan de tratamiento a realizar por 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 estadios 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 estadio 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.

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.

Seguidamente se presenta la figura 2.1, donde se exponen los pasos y tareas que conforman la segunda etapa del procedimiento.

Para desarrollar la etapa II es preciso, contar con el manual de costos para la actividad de salud, acudir a personal con experiencia en la actividad de costos para el sector de la salud, así

como prestar un especial interés al criterio de los expertos seleccionados para el diseño del procedimiento y que deben tener una participación muy activa en todo el proceso de validación del mismo.

De igual modo deben incluirse en el equipo de trabajo a especialistas en medicina que pueden aportar elementos muy valiosos desde su área del conocimiento

Figura 2.1. Etapa II del Procedimiento propuesto para la determinación del costo por pacientes.

ETAPA II: DETERMINAR EL COSTO POR PACIENTES EN LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA	
PASOS	TAREAS
1. Presentar el mapeo de los procesos	1.1 Confeccionar descripción escrita. 1.2 Elaborar diagrama de flujo.
2. Costear por paciente	2.1 Clasificar los elementos del costo para la salud atendiendo a la capacidad de asociarse. 2.2 Determinar los inductores del costo para los elementos indirectos. 2.3 Costear por pacientes atendiendo al recorrido que siguen dentro de la institución de salud. 2.4 Acumular los costos por paciente. 2.5 Analizar los costos por pacientes

Fuente: Tomado de (Reyes y Pérez, 2009)

En esta etapa se procede a la determinación del costo por paciente, la misma consta de dos pasos; el mapeo de los procesos y el costeo por pacientes.

Paso No. 1 Presentar el mapeo de los procesos.

Dos tareas deben cumplimentarse para el mapeo de los procesos, en primer lugar la presentación de la descripción escrita para su posterior presentación gráfica; en este caso se utiliza la técnica del diagrama de flujo o flujograma, consistente en representar gráficamente hechos, situaciones, movimientos o relaciones de todo tipo, por medio de símbolos.

1.1 Confeccionar descripción escrita

Esta tarea tiene como objetivo presentar una descripción detallada de la trayectoria que recorre el paciente en todo su proceso de atención, 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.

1.2 Elaborar diagrama de flujo.

Los diagramas de flujo a los que también se les llaman flujogramas, 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.

En teoría, no es necesario usar un tipo especial de símbolos para crear un diagrama de flujo, pero existen algunos ampliamente utilizados los que han sido estandarizados como sigue:

. Flecha

Indica el sentido y trayectoria del proceso de información o tarea.

. Rectángulo

Se usa para representar un evento o proceso determinado. Es el símbolo más comúnmente utilizado.

Se usa para representar un evento que ocurre de forma automática y del que generalmente se sigue una secuencia determinada.

. Rombo

Se utiliza para representar una condición.

. Círculo

Representa un punto de conexión entre procesos. Se utiliza cuando es necesario dividir un diagrama de flujo en varias partes, por ejemplo por razones de espacio o simplicidad. Una referencia debe darse dentro, para distinguirlo de otros. La mayoría de las veces se utilizan números en los mismos.

En resumen, el diagrama de flujo constituye la base para la asignación de los costos hospitalarios 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 se pueda conocer cuánto se ha invertido en su tratamiento. Para los objetivos de la investigación, el flujograma resume los pasos de la trayectoria del paciente.

Paso No. 2 Costear por paciente

El costeo por paciente incluye cinco tareas, que van desde la clasificación de los costos, hasta el análisis de los costos por pacientes.

2.1 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 atención primaria, 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 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 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

2.2 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 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.

2.3 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 de salud 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, 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.

Para cumplimentar esta tarea, es preciso considerar todos los costos indirectos que se incurren en la trayectoria que sigue el paciente para su atención, así como sus respectivos inductores; por lo que se sigue el diagrama de flujo presentado en el paso anterior.

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.

2.4 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 del paciente.

Se debe habilitar 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.

2.5 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 y patología o servicio, atendiendo a sus estadios 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 conformado el Procedimiento para la determinación de los costos por pacientes en el Policlínico con camas Miguel Alipio León de Aguada, Procedimiento que permite conocer el costo por paciente atendido de acuerdo a la atención patológica que precisa de la institución de salud, 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.

Capítulo III.

Capítulo III: Aplicación del Procedimiento presentado y propuesta de acciones para perfeccionar el costo-paciente hospitalario en el Policlínico con camas Alipio León de Aguada de Pasajeros.

Después de planteado y descrito el procedimiento en el Capítulo anterior para la determinación de los costos por pacientes en el policlínico con camas Miguel Alipio de León de Aguada, corresponde en este capítulo su validación; para ello se toma como centro objeto de estudio el servicio de urgencia (Cuerpo guardia) policlínico con camas (Hospital).

Para la implementación del mismo se seleccionan la patología de Infección respiratoria aguda (IRA), por interés de la institución al ser la de mayor incidencia en este centro del año 2011

3.1- Validación del procedimiento propuesto para la determinación de los costos por pacientes atendidos con Insuficiencia respiratoria Aguda (IRA), en el Policlínico con camas Miguel Alipio de león de Aguada. Año 2011.

Resultados de la Etapa 1: Conocer la patología que se va a costear.

Paso No. 1 Presentar el protocolo del manejo de la patología.

Para su realización se consultan materiales bibliográficos referentes a medicina, así como especialistas en la materia y se realiza una revisión por parte de los mismos de la información recopilada.

El protocolo del manejo de la patología constituye la guía para el tratamiento de la misma, indica los aspectos teóricos para los procedimientos médicos, significando el patrón estándar para lograr niveles adecuados de eficiencia.

Seguidamente se desarrollan las tareas definidas al respecto.

3.1.1.- Nombrar las patologías.

Las patologías que se atienden o los servicios que se prestan en el Policlínico con camas Miguel Alipio de León de Aguada

I) Con más frecuencia son las siguientes:

Hipertensión Arterial (HTA).

Asma Bronquial.

Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Cefalea

Sepsis Urinaria

Definir la patología.

La Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen un grupo complejo y heterogéneo de enfermedades ocasionadas por un gran número de agentes causales que afectan algún punto de las vías respiratorias y representan para todos los países un importante problema de salud que mantiene su actualidad.

3.1.3 Presentar el criterio de diagnóstico

Infección Respiratoria Aguda:

La infección respiratoria aguda son infecciones de las vías respiratorias que cursan con evolución aguda, se dividen en infecciones de las vías respiratorias (altas y bajas) entre las altas las mas comunes son: (catarro común o gripe, adenoiditis, amigdalitis, sinusitis, y otitis), también en este grupo se encuentra el actualmente virus epidémico influenza AH1N1. Dentro de las bajas las mas comunes están traqueítis, traqueo bronquitis, bronquitis, bronquiolitis, neumonías y bronconeumonía. La misma ocasiona: secreción nasal, fiebre, tos aguda y constante, dolores musculares.

3.1.4 Establecer los exámenes auxiliares de diagnóstico.

Infección respiratoria aguda:

El médico se basa en el interrogatorio de los síntomas existentes y un examen físico en busca de signos diversos que provocan estas infecciones en dependencia de la ubicación y seguidamente se realizan algunos exámenes complementarios como son:

- Hemograma Completos
- Eritrosedimentación
- RX a diferentes niveles
- Cultivo de secreciones
- Otros estudios radiológicos (Tomografía, punción de cavidades con aspiración)

3.1.5 Presentar el manejo terapéutico

Infección Respiratoria Aguda.

El manejo terapéutico varia en dependencia al tipo de afección, del estado del paciente y de la gravedad de los síntomas, por lo general se indica: reposo, buena hidratación, que va desde

líquido por vía oral hasta la administración de soluciones por vías endovenosas, se indica además analgésicos y antipirético, en algunos casos es necesaria la utilización de broncodilatadores ya sea por vía oral, inhalatoria o endovenosa por último se recurre al tratamiento específico del tipo de afección según su etiología (germen que lo produce), que van desde medicamentos antivirales, antibacterianos, antimicóticos etc.

Resultados de la Etapa 2: Determinar el costo por pacientes en la atención primaria.

Para cumplimentar esta segunda y última etapa del procedimiento, es preciso desarrollar un extenso trabajo de recopilación de datos, observación, entrevistas orales realizadas, a todo el personal médico de la institución, familiares y pacientes.

Esta etapa consta de dos pasos, en primer lugar se presenta el mapeo de los procesos, el que constituye la guía para el costeo, pues establece el recorrido que de forma general realiza el paciente dentro de la institución y finalmente, en el segundo paso, se procede al costeo por paciente.

Paso No. 1 Presentar el mapeo de procesos.

El mapeo de los procesos, constituye en sí, la representación gráfica del recorrido que realiza el paciente dentro de la institución para la atención primaria que requiere, el mismo se origina a partir de una descripción escrita que recoge la trayectoria de forma general del paciente.

3.2 Confeccionar descripción escrita.

Para dar cumplimiento a esta tarea se consultaron especialistas, médicos, enfermeras, pacientes, familiares, bibliografía médica y se realizó un amplio proceso de observación.

Cada proceso comienza cuando el paciente comparece al Policlínico donde le son tomados sus datos personales por el especialista para luego determinar el cuadro clínico que presenta el paciente a través de los síntomas.

Infección Respiratoria Aguda:

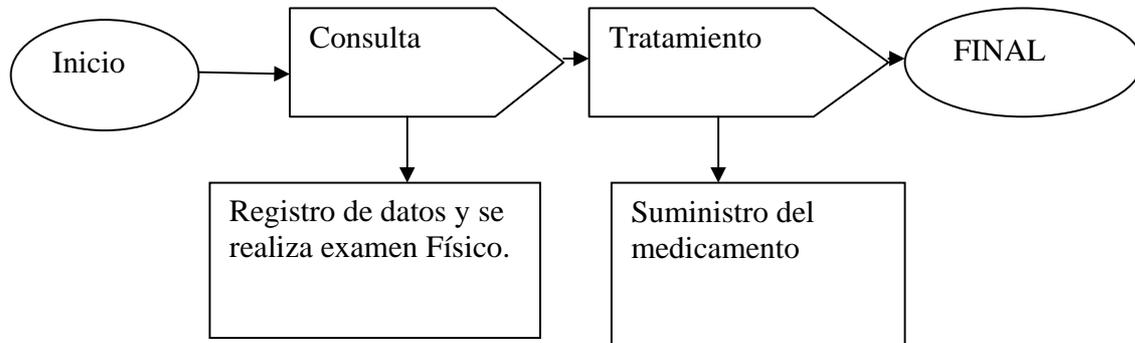
Cuando el enfermo se dirige al Policlínico con esta infección lo primero que se realiza es un examen físico (auscultar bronquios y garganta) en caso de presentar fiebre se le indica el medicamento y se deja en observación aproximadamente 1 hora hasta que la misma desaparezca o le disminuya, entonces se le procede a indicar análisis de sangre (sedimentación y Hemograma completo) para conocer el nivel de infección a través del mismo.

3.3 Elaborar diagrama de flujo.

La confección del diagrama de flujo o flujo grama se realiza tomando como base la narración o descripción escrita, constituyendo éste el mapa gráfico de toda la trayectoria del paciente dentro de la institución. Ver anexos 4,5 y 6.

Seguidamente se representa un resumen del flujo grama para las patologías ya descritas

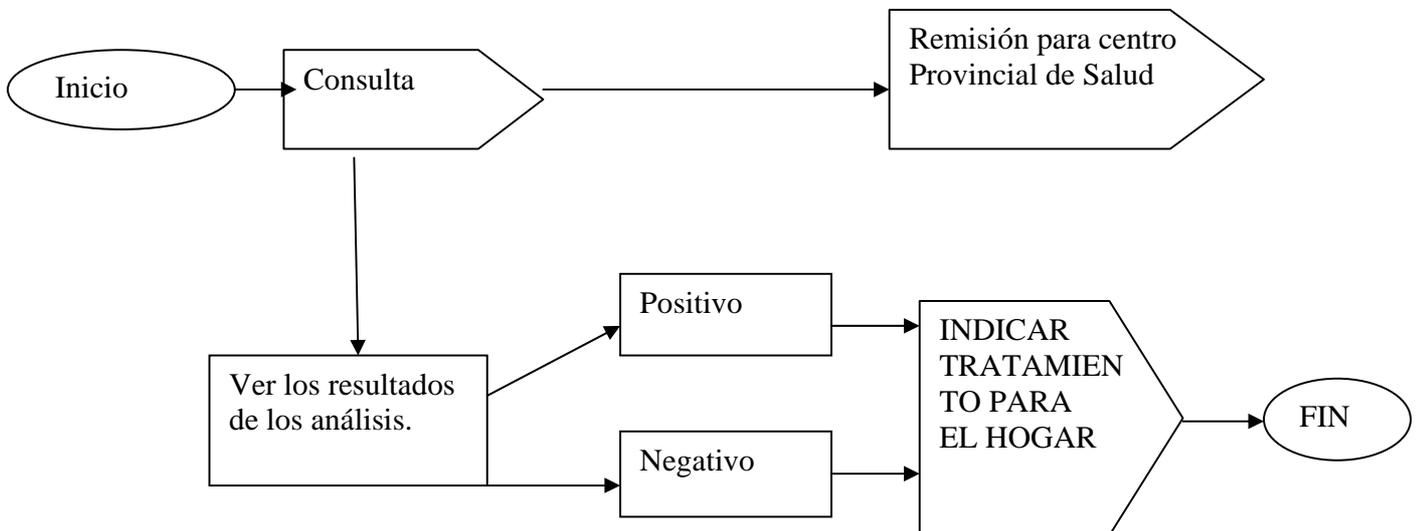
Figura3.1.- Recorrido del paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), por el policlínico.



Fuente de Elaboración: Propia

Figura 3.2.- Recorrido del paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), por el policlínico.

Segundo momento



Fuente: Elaboración propia

a partir de la narración escrita.

Paso No. 2 Costear por paciente.

Este paso requiere de un trabajo integrado y coordinado entre muchos factores dentro de la institución, se precisa de la presencia y responsabilidad de todo el personal médico que inciden en el tratamiento.

Este paso consta de cuatro tareas las que se desarrollan a continuación:

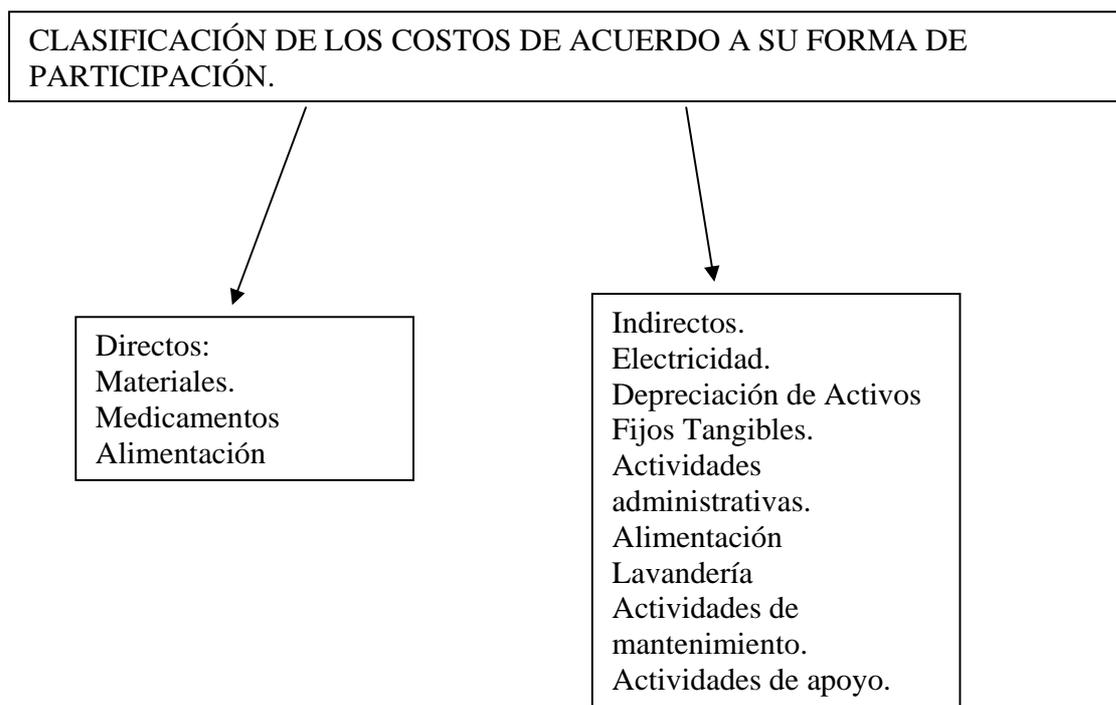
3.4 Clasificar los elementos del costo para la salud atendiendo a la capacidad de asociarse.

El costeo por paciente, de acuerdo a la bibliografía consultada y expuesta en el capítulo I, requiere que se preste especial atención al paciente, y sobre todo a los elementos que directamente inciden sobre su atención, puesto que al poder identificarse éstos con el paciente, se facilita el desarrollo de las acciones de planificación, control y por ende la toma de decisiones, lo que contribuye a alcanzar los niveles de eficiencia deseados en la gestión de salud.

Es por ello que resulta necesario establecer la clasificación de los costos que conforman el sistema de salud de acuerdo a su capacidad de asociarse, para tener identificados los costos que inciden directamente en la atención al paciente, así como la forma de distribuir los indirectos, atendiendo a los criterios más acertados al respecto.

Para la realización de esta tarea se parte de lo dispuesto por el manual de costos hospitalarios, donde se especifican los elementos del costo para las instituciones de salud, específicamente para hospitales, con comportamientos directos o indirectos, información que se presenta en la figura 3.4

Figura 3.3.- Clasificación de los costos expuesta en el Manual hospitalario.



Fuente: Tomado de Reyes & Pérez 2009)

Finalmente se considera pertinente por (Reyes & Pérez, 2009) establecer como elementos directos aquellos materiales y medicamentos que sean medibles en la atención al paciente, los salarios y el correspondiente impuesto de seguridad social del personal médico y asistencial; en tanto los elementos indirectos lo constituyen la electricidad, la depreciación de los activos fijos tangibles, los materiales y medicamentos imposibles de cuantificar en la atención al paciente, así como los gastos de mantenimiento y de las actividades de apoyo y administrativas.

De esta forma se logra explicitar los elementos que directamente inciden en la atención al paciente, facilitando el control, la planeación y la toma de decisiones.

Los elementos directos, por lo tanto, se asignan al paciente a costeo real, dado que con un adecuado trabajo y manejo de la información es posible medirlos y cuantificarlos. En el caso de los indirectos, como resulta difícil definir cuánto corresponde del monto total a un paciente, unas veces por ser imposible su medición, otras porque para cualquier nivel de actividad el monto del costo constituye el mismo y en otros casos

porque de un mismo costo pueden servirse al unísono más de un paciente, es que se deben definir inductores para tales efectos. (Reyes & Pérez, 2009)

3.5 Determinar los inductores del costo para los elementos indirectos

Seguidamente se definen los inductores del costo para asignar los elementos indirectos al paciente de la forma más cercana posible a la realidad, posibilitando que la información que se brinde muestre la demandada precisión, relevancia y oportunidad, para que la dirección pueda desempeñar adecuadamente los procesos de planificación, control y toma de decisiones.

Para ello se toma la definición de inductores presentada por Reyes & Pérez que se corresponde a las características propias del Policlínico # de Aguada, arribando a los resultados que se presentan en la tabla 3.1

Tabla 3.1 Inductores del costo para los elementos indirectos por áreas del Policlínico.

Tabla 3.2 Cantidades de pacientes a costear para validar el procedimiento

ELEMENTOS DEL COSTO INDIRECTOS	CONSULTAS	TRATAMIENTO
	INDUCTOR	INDUCTOR
Electricidad	Cantidad de pacientes	Cantidad de pacientes
Depreciación de activos fijos tangibles	Cantidad de pacientes	Cantidad de pacientes
Materiales	Cantidad de pacientes	Cantidad de pacientes
Actividades de mantenimiento	Cantidad de pacientes	Cantidad de pacientes
Actividades de apoyo y administrativas	Cantidad de Pacientes	Cantidad de Pacientes

(Población 32500 habitantes). (Muestra 20174 pacientes atendidos en el año 2011)

Patología	Pacientes consultados en el año 2011		Pacientes que llevaron tratamiento en el año 2011	
	Cantidad	%	cantidad	%
Infección Respiratoria Aguda	20174	28	9683	48.9
Total de pacientes atendidos en el policlínico	72050	100	50435	100

Fuente: Tomado de (Reyes & Pérez, 2009)

El objetivo de la investigación consiste en establecer un procedimiento de costeo que permita determinar los costos por pacientes en el Policlínico; por lo tanto, al calcular el

costo por paciente atendido se puede definir el rango entre los que se mueven los costos por paciente.

No se trata de obtener la media de los costos por pacientes, sino, cuánto se invierte realmente por cada paciente, es por ello que en lo adelante se presentan todos los cálculos que se corresponden con el costo mínimo y máximo obtenido en cada caso, mientras que del resto de los costos por paciente calculados, los que se encuentran dentro de ese rango, se muestran solamente los resultados finales.

Resultados para los pacientes con Infección Respiratoria Aguda.

En los pacientes con (IRA) se valida el procedimiento para de 20174 que fueron los que asistieron al policlínico de ellos 10408 con tratamiento consulta en el año.

Para el cálculo se habilitó un libro de Microsoft Excel, el que constituye una herramienta indispensable dada la cantidad de pacientes a calcular. De ellos se presentan solamente los cálculos que arrojan los costos mínimos y máximos por pacientes, los que se obtienen a partir del desarrollo de los pasos y tareas anteriores y que conforman el procedimiento del costeo por paciente.

Tal y como se presentan en los flujos gramas correspondientes que aparecen en las figuras 3.1, 3.2 Y 3.3 los pacientes con Infección Respiratoria Aguda siguen una trayectoria que se resume a continuación:

- Consulta:

En el Policlínico para la atención de la patología mencionada se encuentra laborando un especialista de primer grado devengando un salario de 575.00 unidades monetarias mensuales. El mismo al comparecer el paciente le toma sus datos personales para luego realizarle un examen físico al enfermo y como los síntomas son de la IRA se le orienta realizar los exámenes auxiliares de Eritrosedimentación, hemograma completo, Leucograma y Rayos x ; luego de obtener el resultado el paciente regresa a la referida consulta para que el especialista analice dicho resultado y le oriente el tratamiento que debe seguir. Para la consulta a los pacientes se invierten de 10 a 30 minutos en dependencia del tiempo que requiere el facultativo en el examen preliminar del paciente; que depende de la cantidad de información que éste demanda para emitir el diagnóstico correspondiente.

Los anexos desde el 6 hasta el 9 muestran el cálculo del costo mínimo y máximo directo e indirecto obtenido por paciente en el año en la Consulta # 1 atendido en el Policlínico por la patología o servicio de atención hospitalaria.

Los anexos del 10 al 13 muestra el cálculo del costo mínimo y máximo directo e indirecto obtenido por el paciente en el año en el laboratorio.

Los anexos del 14 al 17 muestran el cálculo del costo mínimo y máximo directo e indirecto del paciente en el año de la consulta # 2.

De igual modo los costos de electricidad, depreciación de activos fijos tangibles, materiales indirectos, mantenimiento, administración y de apoyo anuales se dividen entre el inductor definido, en este caso, cantidad de pacientes atendidos que para el año 2011 fueron de 20174. Cabe destacar que los costos indirectos anuales para el Policlínico de Aguada se han distribuido en función de asignarle a cada área (consulta y tratamiento) el importe que le corresponde. La distribución se realizó sobre la base de los pacientes que se atienden en cada área por ser ésta la única información con que se cuenta en la actualidad aunque para futuras investigaciones se sugiere la utilización de otra bases de distribución, por ejemplo:

1. Equipamiento eléctrico.
 2. Costo de la mano de obra directa
 3. Costo de los activos fijos tangibles
- Tratamiento:

Los pacientes son atendidos por una enfermera (técnico) quien devenga un salario mensual de 395.00 unidades monetarias. Esta atención se realiza en un rango de tiempo que oscila entre 10 y 30 minutos en dependencia del tipo de tratamiento que precisa cada paciente. Luego de examinar el resultado del examen auxiliar se le orienta el tratamiento que debe seguir y se remite a su domicilio en caso de que los resultados den positivo entonces este paciente es remitido al centro provincial de salud. Además se incurren en costos de electricidad, depreciación de activos fijos tangibles, materiales indirectos, mantenimiento, administración y de apoyo.

Para la asignación de los costos indirectos es preciso dividir el costo anual de cada uno entre el inductor correspondiente, en este caso, cantidad de pacientes que llevaron tratamiento que para el año 2011 fueron de 10 408 contribuyendo de esta forma a obtener un costo por pacientes.

Para finalizar la validación del procedimiento de costeo por pacientes, para la patología de la IRA atendidas en el Policlínico Miguel Alipio de León de Aguada, tomando como base el año 2011, se presenta el costo mínimo y máximo obtenido por paciente y se analizan los resultados.

3.6 Acumular los costos por paciente

Para ello se han acumulado los costos de la atención al paciente en consulta y tratamiento de la patología IRA.

El resumen de los costos mínimos y máximos acumulados por pacientes atendidos con IRA se muestran en las tablas 3.3 a la 3.5.

Tabla 3.3 Costos mínimos y máximos de la atención por paciente con IRA. Consulta # 1)

Trayectoria del paciente	Costo mínimo	Costo máximo
Consulta al 1er momento(Consulta # 1)	148.17	439.23
Consulta al 2do momento (Consulta # 2)	466.90	935.46
Total		

Fuente:(Elaboración propia)

Tabla 3.4. Costo mínimo y máximo de la atención por paciente con IRA (Laboratorio)

Trayectoria del paciente	Costo mínimo	Costo máximo
Laboratorio (Exámenes)	10720,61	10893,65

Tabla 3.5. Costo mínimo y máximo de la atención del paciente con IRA (Total)

Trayectoria del paciente	Costo mínimo	Costo máximo
Total	11335.68	12268.34

3.7 Análisis de los costos por paciente

Al analizar los costos por pacientes se debe tener en cuenta los costos mínimos y máximos de la patología analizada (IRA) y se comparan con media anual, (\$13752,01) de esta forma se analizan los puntos extremos y se pueden tomar las medidas correctivas.

Para el IRA el costo mínimo anual calculado es de \$11335.68 u.m. y el máximo anual de \$12268.34 , en este caso las variaciones con respecto a la media ascienden a \$24616.33 y a \$1483.67 respectivamente motivadas principalmente por el tiempo que invierte el especialista en las consultas al paciente.

Se demuestra entonces que el costo por paciente atendido en una institución de atención hospitalaria nunca va a ser el mismo para todos los pacientes, pues en él inciden diversos factores, desde los tipos y cantidades de medicamentos, hasta el tiempo que se le dedica a cada paciente en su consulta y tratamiento.

De esta forma queda validado el procedimiento de costeo por paciente para la patología IRA, atendidas en el policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros en el año 2011.

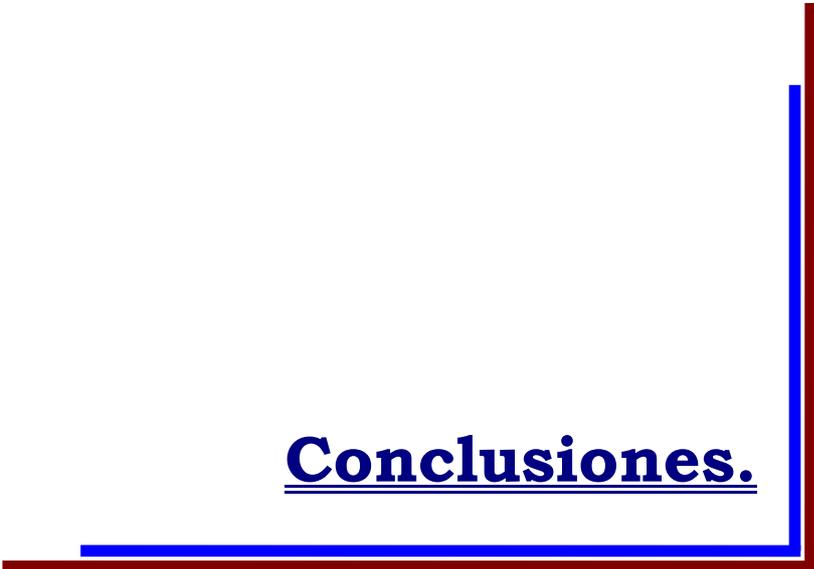
TABLA 3.6 Resultado del costo por paciente obtenido mediante el procedimiento de costeo propuesto: según procedimiento de costeo propuesto por el autor

Patología	Costo mínimo anual	Costo máximo anual
Infección Respiratoria Aguda	11335.68	12268.34

FUENTE: Elaboración Propia.

- La determinación de los costos en una institución de salud es de gran importancia ya que los mismos influyen en la eficiencia, en la utilización de los medios, equipos y recursos, el tiempo de atención al paciente, el ahorro de los portadores energéticos entre otros factores que indiscutiblemente deben verse reflejados en el costo por pacientes.
- Es importante que todos conozcamos sobre los costos de salud y así interiorizar cuanto invierte nuestro gobierno en medicamentos, materiales, salarios, alimentación, entre otros para así llevar la atención hospitalaria de salud a todos los rincones del archipiélago de forma gratuita.

Conclusiones.



CONCLUSIONES

- La información de costos constituye herramienta indispensable para el control de los recursos, la planeación y la toma de decisiones, para lo que debe responder a las necesidades de cada institución y adecuarse a sus características.
- La información de costo, debe responder a las necesidades de planificación y control, así como servir de apoyo para una acertada toma de decisiones.
- El procedimiento de costeo propuesto permite conocer los costos correspondientes a la atención que recibe cada paciente.
- Los costos por pacientes atendidos en el Policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros en los pacientes tratados con IRA oscilan entre 11335.68 y 12268.34 unidades monetarias anual y si tenemos en cuenta que en el año recibieron tratamiento 10408 pacientes entonces el costo por consulta – paciente oscila entre 1.09 y 1.18 unidades monetarias respectivamente en dependencia del servicio de atención médica que requiere cada paciente.
- El Policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros atiende a los pacientes que requieren servicio de atención hospitalaria dentro de la comunidad las 24 horas de trabajo.
- El costeo por paciente permite su validación y extensión a todos los Policlínicos del país con similares características, pues es de gran importancia conocer el costo por paciente ya que ellos constituyen la herramienta clave para el control y la toma de decisiones, al poner en manos de la administración cuánto ha costado la atención que recibe cada paciente.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES:

- Que se implementen y desarrollen acciones de capacitación al personal que labora en la institución, que posibilite la comprensión de la necesidad de costear la actividad de salud.
- Mantener un estricto control de los recursos que se invierten para la atención a pacientes en los Policlínicos.
- Que se programe y automatice de manera integral el procedimiento propuesto en busca de una mayor viabilidad y factibilidad en la determinación del costo por paciente.
- Que se generalice el procedimiento propuesto al resto de las patologías que se prestan en el Policlínico Miguel Alipio León de Aguada de Pasajeros aportando experiencias a las instituciones del país con similares características.
- Capacitar al personal, contable, administrativo, médico y paramédico en el costeo por paciente, de forma tal que todos sean partícipes de el.

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

- Aimar Franco, Osvaldo. (1995). Sistemas de Costos basado en las actividades: Pasado, presente y futuro. España.
- Amat Salas, Joan. (2006). La Contabilidad de Gestión como instrumento de Dirección. Retrieved from <http://www.observatorio-iberoamericano.org/paises/Spain/Indice.htm>.
- Amat, Joan M. (2000). Control de Gestión: Una perspectiva de dirección (Gestión.). España.
- Amat, Oriol. (2000). Contabilidad Creativa (Gestión.). España.
- Amozarrain, Manu. (2005). Gestión Integrada. Retrieved from <http://www.personales.jet.es/htm>.
- Anderson, S. (n.d.). Designing quality into products: The use of accounting data in new product development (EBSCO.).
- Aplicabilidad del ABC en las empresas de servicios. (n.d.). . Retrieved from <http://home.ba.net/tema1.html>.
- Armenteros Díaz, Marta. (n.d.). Evolución Histórica de la Contabilidad de Gestión en Cuba.
- Armenteros, M. (2000). Obsoletos los sistemas de costos tradicionales.
- Armenteros, M, & Vega, V. (2001). Cálculo del costo de las patologías neurológicas a través de las actividades. España. Retrieved from http://www.intercostos.org/por/tp_congresos.php?id=709.
- Armenteros, M, & Vega, V. (2003). Evolución y perspectivas de la contabilidad de gestión en Cuba. Retrieved from <http://www.observatorio-iberoamericano.org/htm>.
- Armenteros, Vladimir, & Falcón Vega. (2005). Evolución Histórica de la Contabilidad de Gestión en Cuba. Retrieved from <http://www.gestiopolis.com/recursos4/disc/fin/evocontabi.htm>.
- Backer Jacobsen. (2000). Contabilidad: Un enfoque administrativo para la toma de decisiones. MC Gran w-Hill.
- Baker, Morton. (n.d.). Contabilidad de Costos. Un enfoque administrativo para la toma de decisiones.
- Balada Ortega, Tomás. (2007). La reducción de los costes a través del análisis de las actividades, sin valor añadido. Retrieved from <http://www.observatorio-iberoamericano.org/paises/SpainIndice.htm>.
- Baujín, P, & Vega, V. (2005). Diseño y Validación del Procedimiento del Costeo por Actividades. Caso Hotelero.
- Becerra, L, & Flujograma. (n.d.). . Retrieved from <http://www.monografias.com/trabajos14/flujograma/.shtm>.
- Berthier, A. (n.d.). El sistema de referencias Harvard. Retrieved from <http://www.conocimientoysociedad.com/Harvard.html>.
- Borjas, D, & Reyes, R. (2007). Modelo para la determinación de los costos del parto por

- cesárea en el hospital universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.
- Bowers, M, & Reyes, R. (2007). Modelo para la determinación de los costos del servicio de asma bronquial por pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del hospital provincial de Cienfuegos.
- Burbano, J, & Ortiz, A. (2000). Presupuestos: Enfoque moderno de planeación y control de recursos. Bogotá.
- Calleja, F. (2001). Contabilidad de costos para el servicio de cirugía en el hospital pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos. Retrieved from http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22_1_96/spu08196.htm.
- Castelló, J. Lizcano. (n.d.). Española de Contabilidad y Administración de empresas. La contabilidad de costos como herramienta para la toma de decisiones en las empresas privadas. Retrieved from <http://www.unac.edu.pe/facultades/fcc/lacontabilidaddecostos.htm>.
- Davidson, S. (2000). Manual de contabilidad de costos. Mexico: Mc Graw-Hill.
- Demestre, A, Castells, C, & González, A. (n.d.). Decisiones financieras. Una necesidad empresarial, Cuba.
- Díaz, D. (2008). Toma de decisiones: el imperativo diario de la vida en la organización moderna. Retrieved from http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_3_05/aci09305.htm.
- Domínguez, M, & Reyes, R. (2006). Modelo para la determinación de los costos por paciente con neumonía atendidos en el hospital provincial de Cienfuegos.
- Fernández, Antonio. (n.d.). Contabilidad de Costes y Contabilidad gestión: Una propuesta delimitadora. Retrieved from <http://www.observatorio-iberoamericano.org/paises/Spain/Indice.htm>.
- García, J. (2003). Contabilidad de costos. Bogotá.
- gestión de costes basada en las actividades. (n.d.). . Retrieved from <http://www.observatorio-iberoamericano.org/paises/Spain/ContabilidaddeGesti%C3%B3n/Indice.htm>.
- Giménez, C. (2001). Costos para empresarios. Buenos Aires.
- Gómez, G. (n.d.). ABC. El sistema de costo basado en las actividades. Retrieved from <http://www.gestiopolis.com/canales/financiera/articulos/no%206/abc.htm>.
- González, B. (2005). Evaluación de los sistemas de costes en el sector hospitalario público gallego.
- González, K, & Reyes, R. (2007). Modelo para la gestión del costo del servicio de prótesis dental total en la clínica estomatológica del hospital provincial de Cienfuegos.
- Grillespie, C. (2000). Introducción a la contabilidad de costos. La Habana.
- Guevara, E. (n.d.). Consideraciones de los costos de producción como base del análisis económico de las empresas sujetas a sistema presupuestario. La Habana.

- Horngrén, C. (n.d.). La contabilidad de costos en la dirección de empresas.
- Horngrén, C. (n.d.). La contabilidad de costos, un enfoque gerencial (Mc Graw-Hil.). Bogotá.
- Johnson, H. (1991). Activity- Based Management: Past, present and future. The Engineering Economist,
- Kaplan, R, & Cooper, R. (2003). Coste y Efecto. Barcelona: Gestión 2000 SA.
- Kaplan, R, & Cooper, R. (2001). Measure Costs Right: Make the right decisions.
- La Contabilidad de Gestión en Cuba. (2006). . Retrieved from <http://www.aeca.es/pub/monog/latinoam.HTM>.
- La atención hospitalaria. (n.d.). . Retrieved from <http://www.feban.net/pam/atencionhospitalaria.htm>.
- López, M. (2006). El control de gestión de las organizaciones. Retrieved from <http://www.ilustrados.com/documentos//controgestion.doc>.
- López, M. (2008). Los sistemas de costos tradicionales.
- López, M. (2007). Tendencias actuales del costo como herramienta de gestión. Retrieved from <http://www.degerencia.com/articulos.phd?artid=680>.
- Los desafíos de La Contabilidad de Gestión. (2006). . Retrieved from <http://www.monografias.com/trabajos11/.shtml>.
- Machín, J. (1983). Management control systems: whence and whither?, Lowe. EE.UU.: New perspectives in management control..
- Manual de costos hospitalarios. (1994). .
- Mc Greevey, WP. (2000). Los altos costos de la atención de salud en Brasil. Brasil.
- Métodos Tradicionales de Costo. (2007). . Retrieved from <http://cpn.mef.gob.pe/cpn/articulos.html>.
- Mieres , Jose. (1984). Contabilidad principios y fundamentos. Ciencias Sociales.
- Monge, P. (2003). Estudio comparativo de los diferentes sistemas o modelos de costes implantados en los hospitales públicos españoles.
- Montico, E, & Velarde, M. (2003a). La contabilidad de costos en instituciones de salud. Los costos y las empresas de salud en Uruguay. Retrieved from <http://www.gestiopolis.com/recursos4/docs/fin/contasalud.htm>.
- Montico, E, & Velarde, M. (2003b). Una propuesta de costos para las empresas de salud II. Retrieved from <http://www.monografias.com/trabajos38/costos-empresas-lud/costosempresas- salu2.htm>.
- Montico, E, & Velarde, M. (2003c). Una propuesta de costos para las instituciones de asistencia médica colectiva: costos por pacientes y patología. Retrieved from <http://www.gestiopolis.com/recursos2/documentos/fulldocs/fin/propcostosmed.htm>.
- Montico, E, Velarde, M, & Kaplan, R. (2005). Los costos en instituciones de salud II.
- Morton, B. (2000). Contabilidad de costos: un enfoque administrativo para la toma de

- decisiones. Mexico: Mc Graw-Hill.
- Mukodsi, M, & Borges, L. (2000). Elementos para la implantación y uso del sistema de costos en salud.
- Muñoz Colomina, Clara Isabel. (2006). La Contabilidad de Gestión y las Empresas de Servicios. Retrieved from <http://www.observatorio-iberoamericano.org/paises/Spain/Indice.htm>.
- Muñoz, S, & Reyes, R. (2006). Modelo para la determinación de los costos de atención a personas que viven con VIH-SIDA en la provincia de Cienfuegos.
- Nguema, Y, & Reyes, R. (2008). Procedimiento para la determinación del costo del parto normal por pacientes en el hospital provincial de Cienfuegos. Retrieved from <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario.htm>.
- Padilla, L, & Reyes, R. (2008). Procedimiento para el costeo por recién nacido con bajo peso al nacer en el hospital provincial de Cienfuegos.
- Palenque, J. (2008). El sistema de costeo por procesos. Retrieved from http://www.cb.edu.bo/publicaciones/libros/contabilidad_decisiones/pdf/contedec.cap9.pdf.
- Perdersen .H.W. (2005). Los costos y la política de precios. Madrid.
- Pérez, G, & Rodríguez, E. (2007). Modelo para la gestión del costo de la cadena de valor extendida de la generación de energía en Cuba.
- Pérez, O, Armenteros, M, & Ripoll, V. (2007). Propuesta de modelo conceptual ABC/ABM a partir del estudio de variables de éxito o fracaso para Empresas Cubanas.
- Polimeni, R, Fabrozzi, F, & Adelberg, A. (1994). de costos. Aplicaciones para la toma de decisiones gerenciales (Mc Graw-Hill.). Bogotá.
- Quesada, M, & Pérez, O. (2007). Propuesta de una metodología ABC/ABM a partir del estudio de variables en el Hospital Militar Mario Muñoz Monroy.
- Ramos, N., & Aldereguía. (1990). Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Pueblo y Educación.
- Reyes, R, & Pérez, G. (2008). Modelo para la determinación de los costos por pacientes en el hospital provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Retrieved from <http://www.gestiopolis.com/finanzas-contaduría/modelo-de-determinacion-de-costos.htm>.
- Rodríguez, E. (2005). El sistema de costeo basado en las actividades.
- Ruiz, D, & Reyes, R. (2008). Procedimiento para la determinación de los costos por pacientes en la atención al embarazo ectópico en el hospital provincial de Cienfuegos.
- Sáez, A, Fernández, A, & Gutiérrez, G. (1993). Contabilidad de costes y contabilidad de gestión. Mc Graw hill Book Company.
- Sánchez, J, & Ripoll, V. (n.d.). Impacto de los nuevos sistemas de gestión de costes en la estructura de la empresa. Revista Actualidad Financiera, III.
- Sergio Pausa, & Sonia de la C López Laz. (2005). Manual de Contabilidad general costo y control

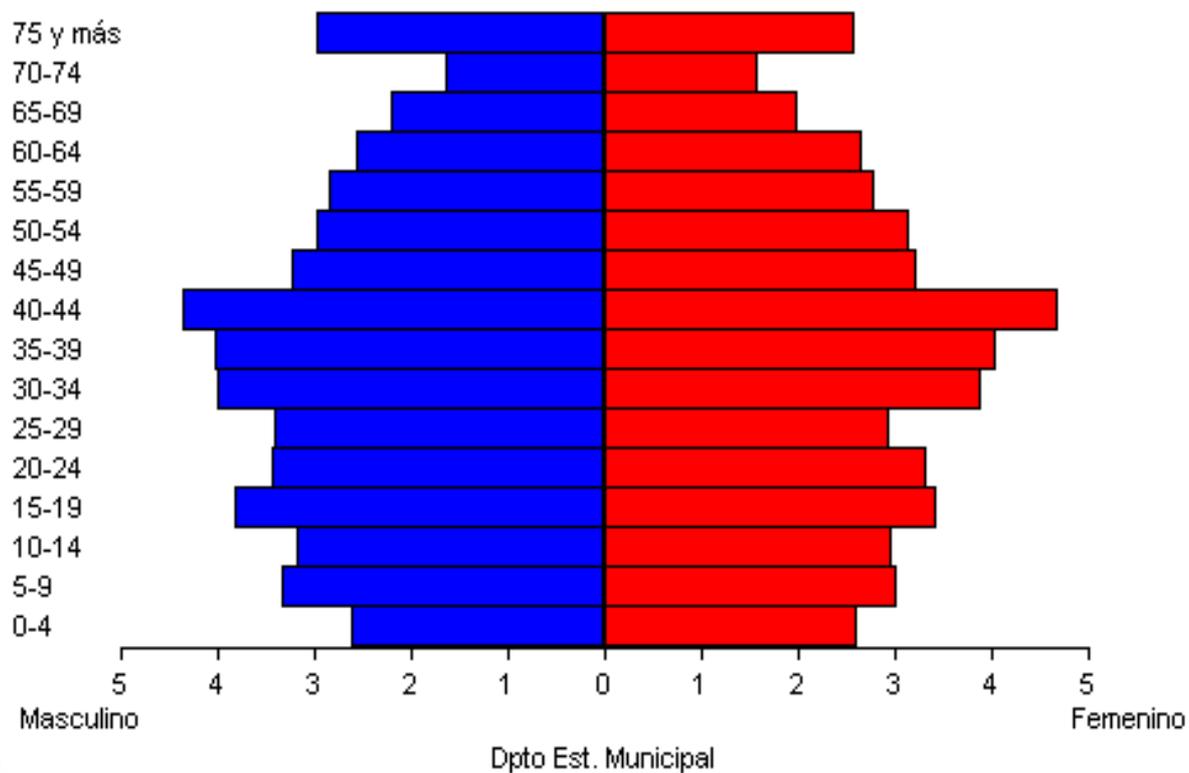
- interno para Productores Agropecuarios. Segunda parte.
- Sistemas de costos en Cuba. Hay que ponerse al día. (n.d.). .
- Sopper DE. (2003). Pelvic Inflammatory, disease. Infections disease. Clin of North America.
- Stoner, J. (n.d.). Administración 5º ed. La Habana.
- Tejedor, M. (1999). El sistema ABC en el análisis del coste de los procesos clínicos en las Unidades de Urgencias y Emergencias. Revista Calidad Asistencial.
- Téllez, D. (2007). Costeo por órdenes de trabajo. Retrieved from http://www.wikilearning.com/costeo_por_ordenes_de_trabajo-wkccp-12962-3.htm.
- Troncoso, G. (1992). Los costos en la actividad sanatorial. Determinación de los costos por patologías. Retrieved from <http://www.cpcecf.org.ar>.
- Trujillo, K, & Reyes, R. (2008). Procedimiento para la presupuestación de los costos de la atención al parto por cesárea en el hospital provincial de Cienfuegos.
- Usry, M. (2006). Cost Accounting Planning and Control. Canada.
- Valle, R, & López, A. (n.d.). El papel de los recursos humanos en el desarrollo de las capacidades organizativas. Revista de la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas.
- Wajchman, M, & Wajchman, B. (1997). El proceso decisional de los costos. Buenos Aires.
- Whittington, G. (2004). A cost-benefit analysis of typhoid fever immunization programs in an Indian urban slum: Journal of Health, Population, and Nutrition. Canada.

Anexos

ANEXO # 1.

FUENTE: ESTADÍSTICA MUNICIPAL DE SALUD.

PIRAMIDE POBLACIONAL AGUADA DE PASAJEROS



ANEXO# 2.
POBLACIÓN DISPENSARIZADA POR CONSEJOS POPULARES Y ÁREAS DE SALUD

CONSEJOS	TOTAL		TOTAL
	Masculinos	Femenino	
FEDERAL	4272	4325	8597
LIBERTAD	3594	3638	7232
M. VICTORIA	743	700	1443
P. MAYO	1508	1390	2898
CAMPIÑA	5845	5728	11573
AREA AGUADA	12177	12272	24449
TORULA	1576	1414	2990
MANAGUACO	1760	1615	3439
AREA .A. SÁNCHEZ	3336	3029	6429
TOTAL MUNICIPAL	15513	15301	30878

Fuente: Departamento de Estadística Municipal de Salud. 2010

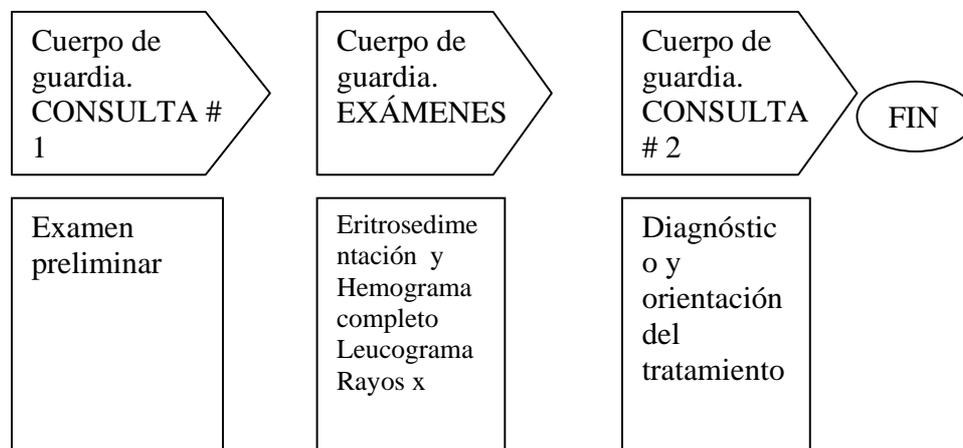
ANEXO # 3.

POBLACIÓN POR SEXO. AGUADA DE PASAJEROS

Edades	Masculinos	Femenino	Total
Menor 1 año	159	148	307
De 1-4	709	666	1375
De 5-9	959	914	1873
De 10-11	467	364	831
De 12-14	611	616	1227
De 15-19	1008	893	1901
De 20-24	1132	1073	2205
De 25-29	1027	1040	2067
De 30-34	1003	899	1902
De 35-39	1263	1298	2561
De 40-44	1247	1245	2492
De 45-49	1247	1350	2597
De 50-54	937	907	1844
De 55-59	828	926	1754
De 60-64	778	799	1577
De 65-69	716	800	1516
De 70-74	547	546	1093
De 75 y +	875	817	1692
TOTAL	15513	15301	30878

Fuente: Departamento de Estadística municipal de Salud. Año 2010.

ANEXO # 4. TRAYECTORIA EN LA INSTITUCIÓN
 RECORRIDO DEL PACIENTE CON NAC CLASE I POR LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA.



Pacientes atendidos en el año 2011.

Inductor	Cantidad Recepción	Cantidad de exámenes preliminares	Cantidad de exámenes de Eritrosedimentación y hemograma completo	Cantidad de Consultas
Pacientes	20174			14869
Exámenes	-	20174	14869	
Tratamiento				10408

ANEXO # 5. INDICADORES DEL COSTO PARA LOS ELEMENTOS DIRECTOS POR ÁREA DEL POLICLÍNICO.

ELEMENTOS DEL COSTO INDIRECTO	ATENCIÓN EN SALA	ADMISIÓN RECEPCIÓN CONSULTAS	LABORATORIO
	Inductor	Inductor	Inductor
Electricidad	Días-pacientes	Pacientes	Exámenes
Depreciación de Activos Fijos Tangibles	Días-pacientes	Pacientes	Exámenes
Salario y seguridad social del personal de apoyo y servicio	Días-pacientes	Pacientes	Exámenes
Materiales	Días-pacientes	Pacientes	Exámenes
Alimentación (Excepto consumo de pacientes)	Días-pacientes	Pacientes	Exámenes
Lavandería (Excepto a pacientes)	Días-pacientes	Pacientes	Exámenes
Actividades de mantenimiento	Días-pacientes	Pacientes	Exámenes
Gastos administrativos	Días-pacientes	Pacientes	Exámenes
Actividades de apoyo y servicio	Días-pacientes	Pacientes	Exámenes

Fuente: Elaboración propia

Anexo # 6. Costo por paciente atendido por Insuficiencia respiratoria Aguda(IRA).Cuerpo guardia.
Consulta # 1.

ELEMENTOS DIRECTOS.	Costo mínimo			Importe
	UM	Tiempo (Minutos)	Tarifa horaria	
Salario y seguridad social	UM	Tiempo (Minutos)	Tarifa horaria	Importe
Médico MGI	Um	10	3,00629	0,50105
Enfermero técnico	Um	10	2,77545	0,46258
Subtotal de salario				0,96362
Seguridad social (12,5%)				0,12045
Total de salario y seguridad social				1,08408

Fuente: Elaboración propia

Anexo # 7. Costo por paciente atendido por Insuficiencia respiratoria Aguda(IRA).Cuerpo guardia. Consulta # 1.

ELEMENTOS DIRECTOS.	Costo máximo			Importe
	UM	Tiempo (Minutos)	Tarifa horaria	
Salario y seguridad social				
Médico MGI	Um	30	3,00629	1,50315
Enfermero técnico	Um	30	2,77545	1,38773
Subtotal de salario				2,89087
Seguridad social (12,5%)				0,36136
Total de salario y seguridad social				3,25223

Fuente: Elaboración propia

Anexo # 8. . Costo por paciente atendido por Insuficiencia respiratoria Aguda (IRA).Cuerpo guardia.
Consulta # 1.

ELEMENTOS INDIRECTOS	Costo mínimo (10 min)			
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACIÓN	UM	Pacientes	TASA DIARIA de 10 min	Importe
Electricidad por paciente		20174	0,002	40,35
Depreciación de AFT por paciente		20174	0,00528	106,52
Total de electricidad y Depreciación				146,87
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO ANUAL	INDUCTOR	
Salario y seguridad social	peso	1888,69	20174	0,09
Materiales	peso	974,93	20174	0,05
Alimentos (Excepto consumo de pacientes)	peso	764,39	20174	0,04
Vestuario y lencería (Excepto a pacientes)	peso	152,60	20174	0,01
Mantenimiento	peso	275,21	20174	0,01
Actividades de apoyo y administrativas	peso	490,65	20174	0,02
Total de otros costos indirectos				0,23
Total de costo por paciente anual				147,09

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Se tomó como base del tiempo de duración de esta consulta de por 10 minutos

Cálculos auxiliares.

Electricidad.

Tasa diaria(24 horas) = 0.07515

Tasa por minuto= 0,00020

Tasa x 10 min=0,0020

Depreciación de AFT por paciente

Tasa diaria(24 horas) = 0,76121

Tasa x min= 0,00052

Tasa x 10 min=0,00528

Anexo # 9. Costo por paciente atendido por Insuficiencia respiratoria Aguda (IRA).Cuerpo guardia. Consulta # 1.

ELEMENTOS INDIRECTOS	Costo máximo (30 min)			
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACIÓN	UM	Pacientes	TASA DIARIA de 30 min	Importe
Electricidad por paciente		20174	0,006	121,04
Depreciación de AFT por paciente		20174	0,0156	314,71
Total de electricidad y Depreciación				435,76
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO ANUAL	INDUCTOR	
Salario y seguridad social	peso	1888,69	20174	0,09
Materiales	peso	974,93	20174	0,05
Alimentos (Excepto consumo de pacientes)	peso	764,39	20174	0,04
Vestuario y lencería (Excepto a pacientes)	peso	152,60	20174	0,01
Mantenimiento	peso	275,21	20174	0,01
Actividades de apoyo y administrativas	peso	490,65	20174	0,02
Total de otros costos indirectos				0,23
Total de costo por paciente anual				435,98

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Se tomó como base del tiempo de duración de esta consulta de por 10 minutos

Cálculos auxiliares.

Electricidad.

Tasa diaria(24 horas) = 0.07515

Tasa por minuto= 0,00020

Tasa x 30 min=0,0060

Depreciación de AFT por paciente

Tasa diaria(24 horas) = 0,76121

Tasa x min= 0,00052

Tasa x 30 min=0,0156

Anexo # 10. . Costo del paciente atendido por IRA. CUERPO GUARDIA. EXAMENES

ELEMENTOS DIRECTOS.				
Costos directos. Materiales y medicamentos	UM	Cantidad	Costo	
			Unitario	Importe
Eritrosedimentación	U	10408	0,00238	24,77
Hemograma completo	U	10408	0,00324	33,72
Leucograma	U	10408	0,00289	30,08
Rayos x	U	10408	1,0045	10454,84
Reactivos	U	10408	0,00872	90,76
Total de materiales y medicamentos				10634,17
Salario y seguridad social	UM	Pacientes	Tarifa Horaria en 10 min	
Técnico de radiografía	Um	10408	0,314795	54,61
Laboratorista	Um	10408	0,128149	22,23
Subtotal de salario				76,84
Impuesto por seguridad social (12,5 %)				9,60
Total de salario y seguridad social				86,44
Costo indirecto anual				10720,61

Fuente: Elaboración propia

Técnico en radiología

Tasa horaria= 1,88877

Tasa en un minuto=0,0314795

Tasa en 10 min =0,314795

Técnico laboratorista =1,70514

Tasa en un minuto=0,0128419

Tasa en 10 min=0,128419

Anexo # 11. . Costo del paciente atendido por IRA. **CUERPO GUARDIA. EXAMENES**

ELEMENTOS DIRECTOS.				
Costos directos. Materiales y medicamentos	UM	Cantidad	Costo Unitario	Importe
Eritrosedimentación	U	10408	0,00238	24,77
Hemograma completo	U	10408	0,00324	33,72
Leucograma	U	10408	0,00289	30,08
Rayos x	U	10408	1,0045	10454,84
Reactivos	U	10408	0,00872	90,76
Total de materiales y medicamentos				10634,17
Salario y seguridad social	UM	Pacientes	Tarifa Horaria	
Técnico de radiografía	Um	10408	0,944385	163,82
Laboratorista	Um	10408	0,385257	66,83
Subtotal de salario				230,65
Impuesto por seguridad social (12,5 %)				28,83
Total de salario y seguridad social				259,48
Total de costo indirecto anual				10893,65

Fuente: Elaboración propia

Técnico en radiología

Tasa horaria= 1,88877

Tasa en un minuto=0,0314795

Tasa en 30 min=0,944385

Técnico laboratorista=1,70514

Tasa en un minuto=0,0128419

Tasa en 30 min=0,385257

Anexo # 12. Costo del paciente atendido por IRA. CUERPO DE GUARDIA. EXÁMENES

ELEMENTOS INDIRECTOS	Costo mínimo (10 min)			
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACIÓN	UM	Pacientes	TASA DIARIA de 20 min	Importe
Electricidad por paciente		10408	0,002	20,82
Depreciación de AFT por paciente		10408	0,00528	54,95
Total de electricidad y Depreciación				75,77
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO ANUAL	INDUCTOR	
Salario y seguridad social	peso	1888,69	10408	0,18
Materiales	peso	974,93	10408	0,09
Alimentos (Excepto consumo de pacientes)	peso	764,39	10408	0,07
Vestuario y lencería (Excepto a pacientes)	peso	152,60	10408	0,01
Mantenimiento	peso	275,21	10408	0,03
Actividades de apoyo y administrativas	peso	490,65	10408	0,05
Total de otros costos indirectos				0,44
Total de costo por paciente anual				76,21

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Se tomó como base del tiempo de duración de esta consulta de por 10 minutos

Cálculos auxiliares.

Electricidad.

Tasa diaria(24 horas) = 0.07515

Tasa por minuto= 0,00020

Tasa x 10 min=0,0020

Depreciación de AFT por paciente

Tasa diaria(24 horas) = 0,76121

Tasa x min= 0,00052

Tasa x 10 min=0,00528

Anexo # 13. Costo del paciente atendido por IRA. CUERPO DE GUARDIA. EXÁMENES.

ELEMENTOS INDIRECTOS	Costo máximo (30 min)			
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACIÓN	UM	Pacientes	TASA DIARIA de 30 min	Importe
Electricidad por paciente		10408	0,006	62,45
Depreciación de AFT por paciente		10408	0,01585	164,97
Total de electricidad y Depreciación				227,41
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO ANUAL	INDUCTOR	
Salario y seguridad social	peso	1888,69	10408	0,18
Materiales	peso	974,93	10408	0,09
Alimentos (Excepto consumo de pacientes)	peso	764,39	10408	0,07
Vestuario y lencería (Excepto a pacientes)	peso	152,60	10408	0,01
Mantenimiento	peso	275,21	10408	0,03
Actividades de apoyo y administrativas	peso	490,65	10408	0,05
Total de otros costos indirectos				0,44
Total de costo por paciente anual				227,85

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Se tomó como base del tiempo de duración de esta consulta de por 10 minutos
Cálculos auxiliares.

Electricidad.

Tasa diaria(24 horas) = 0.07515

Tasa por minuto= 0,00020

Tasa x 30 min=0,0060

Depreciación de AFT por paciente

Tasa diaria(24 horas) = 0,76121

Tasa x min= 0,00052

Tasa x 30 min=0,01585

Anexo # 14. Atendidos con Insuficiencia respiratoria Aguda (IRA). CUERPO DE GUARDIA. Consulta # 2

COSTOS DIRECTOS. MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	Cantidad	Costo unitario	Importe
Total de materiales y medicamentos				0,00
Salario y seguridad social	UM	Tiempo (Minutos)	Tarifa horaria	Importe
Secretaria general de servicio	Pesos	10	1,34258	0,22376
Subtotal de salario				0,15663
Impuesto por seguridad social				0,01957
Total de salario y seguridad social				0,17620
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACIÓN	UM	Días pacientes	Tasa diaria	Importe
Electricidad	Peso	1	0,02714	0,02714
Depreciación de AFT por paciente	Peso	1	0,01836	0,018356
Total de electricidad y depreciación				0,045496
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	Costo anual	Inductor	Importe
Salario y seguridad social	peso	1888,69	20174	0,09362
Materiales	peso	974,93	20174	0,04833
Alimentos (Excepto consumo de pacientes)	peso	764,39	20174	0,03789
Vestuario y lencería(Excepto a paciente)	peso	152,60	20174	0,007564
Mantenimiento	peso	275,21	20174	0,013642
Actividades de apoyo y administrativas	peso	490,65	20174	0,024321
TOTAL OTROS GASTOS INDIRECTOS				0,225363
TOTAL DE COSTO POR PACIENTE				0,44706

Fuente: Elaboración propia

Anexo # 15. Atendidos con Insuficiencia Respiratoria Aguda.(IRA). **CUERPO GUARDIA. CONSULTA # 2.**

COSTO DIRECTO. MATERIALES Y MEDICAMENTOS.	UM	Cantidad	Costo unitario	Importe
Total de materiales y medicamentos				0,00
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	Tiempo. (Minutos)	Tarifa horaria	Importe
Médico MGI	peso	25	3,00629	1,25262
Enfermero técnico	peso	25	2,77545	1,15644
Subtotal de salario				2,40906
Impuesto por la seguridad social				0,30113
Total de salario y seguridad social				2,71019
COSOTOS INDIRECTOS. ELECTRICIDAD Y DEPRECIACIÓN	UM	Días pacientes	Tasa diaria	Importe
Electricidad por paciente	Peso	1	0,02714	0,02714
Depreciación de AFT por paciente	Peso	1	0,018356	0,01836
Total de electricidad y depreciación				0,04550
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	Costo anual	Inductor	Importe
Salario y seguridad social	peso	1888,69	20174	0,09362
Materiales	peso	974,93	20174	0,04833
Alimentos (Excepto consumo de pacientes)	peso	764,39	20174	0,03789
Vestuario y lencería (Excepto a paciente)	peso	152,60	20174	0,00756
Mantenimiento	peso	275,21	20174	0,01364
Actividades de apoyo y administrativo	peso	490,65	20174	0,024321
Total de otros costos indirectos				0,22536
TOTAL DE COSTOS POR PACIENTE				2,98105

Fuente: Elaboración propia

Anexo # 16.- Costo del paciente atendido por Insuficiencia Respiratoria Aguada.(IRA) CUERPO DE GUARDIA. CONSULTA # 2.

ELEMENTOS INDIRECTOS	CONSULTA # 2. Costo mínimo			
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACIÓN	UM	Pacientes	TASA DIARIA de 10 min	Importe
Electricidad por paciente		20174	0,002	40,35
Depreciación de AFT por paciente		20174	0,0211	425,67
Total de electricidad y Depreciación				466,02
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO ANUAL	INDUCTOR	
Salario y seguridad social	peso	1888,69	10408	0,18
Materiales	peso	974,93	10408	0,09
Alimentos (Excepto consumo de pacientes)	peso	764,39	10408	0,07
Vestuario y lencería (Excepto a pacientes)	peso	152,60	10408	0,01
Mantenimiento	peso	275,21	10408	0,03
Actividades de apoyo y administrativas	peso	490,65	10408	0,05
Total de costos unitarios indirectos				0,44
Total de costo unitario anual				466,46

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Se tomó como base del tiempo de duración de esta consulta de por 20 minutos
Cálculos auxiliares.

Electricidad.

Tasa diaria(24 horas) = 0.07515

Tasa por minuto= 0,00020

Tasa x 10 min=0,0020

Depreciación de AFT por paciente

Tasa diaria(24 horas) = 0,76121

Tasa x min= 0,00211

Tasa x 10 min= 0,02110

Anexo # 17. Costo del paciente atendido por Insuficiencia Respiratoria Aguada.(IRA) CUERPO DE GUARDIA. CONSULTA # 2.

ELEMENTOS INDIRECTOS	CONSULTA # 2. Costo máximo			
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACIÓN	UM	Pacientes	TASA DIARIA de 20 min	Importe
Electricidad por paciente		20174	0,004	80,70
Depreciación de AFT por paciente		20174	0,0422	851,34
Total de electricidad y Depreciación				932,04
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO ANUAL	INDUCTOR	
Salario y seguridad social	peso	1888,69	10408	0,18
Materiales	peso	974,93	10408	0,09
Alimentos (Excepto consumo de pacientes)	peso	764,39	10408	0,07
Vestuario y lencería (Excepto a pacientes)	peso	152,60	10408	0,01
Mantenimiento	peso	275,21	10408	0,03
Actividades de apoyo y administrativas	peso	490,65	10408	0,05
Total de costos unitarios indirectos				0,44
Total de costo unitario anual				932,48

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Se tomó como base del tiempo de duración de esta consulta de por 30 minutos
Cálculos auxiliares.

Electricidad.

Tasa diaria(24 horas) = 0.07515

Tasa por minuto= 0,00020

Tasa x 20 min=0,0040

Depreciación de AFT por paciente

Tasa diaria(24 horas) = 0,76121

Tasa x min= 0,00211

Tasa x 20 min= 0,04220