



Universidad de Cienfuegos
Departamento de Ciencias Contables
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
CUM Palmira

Título: Determinación del costo por pacientes con Asma Bronquial en el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira para el año 2011.

Tesis en opción al título de Licenciado en Contabilidad y Finanzas.

Autor (a): Yuliet Martínez Ruiz

Tutor (a): Lic Zuanly Fernández Romero



Curso 2011-2012

Año 54 de la Revolución



Hago constar que el presente trabajo fue realizado en la Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”, como parte de la culminación de los estudios en la Licenciatura en Contabilidad y Finanzas, en el perfil de Ciencias Económicas y Empresariales; autorizando a que el mismo sea utilizado por la institución para los fines que estime conveniente, tanto de forma parcial como total y que además no podrá ser presentado en evento ni publicado sin la aprobación del Instituto.

Firma del Autor

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

Información Científico
Nombre y Apellidos, Firma.

Técnica. Computación
Nombre y Apellidos, Firma.

Firma del Tutor.



Hago constar que el presente trabajo fue realizado en el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira, como parte de la culminación del 6to Año de los estudios en la Especialidad de Contabilidad y Finanzas, cumpliendo el mismo con el objetivo de desarrollar habilidades en el estudio para la determinación de los costos por pacientes; lo que permitirá un adecuado control de los recursos.

Dirección de Economía
Policlínico Manuel Piti Fajardo

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

Director General
Policlínico Manuel Piti Fajardo

Pensamiento





Pensamiento

“Es necesario elaborar todo un sistema de análisis de costos que premie sistemáticamente y castigue con igual perseverancia los triunfos o derrotas en la lucha por rebajarlos.....mediante una organización adecuada, controles adecuados y capacitación adecuada de nuestro personal dirigente que acostumbre el actuar a todo personal en el análisis inmediato del costo y a manejar estas cifras como una tarea habitual del trabajo.”

Ernesto Che Guevara

Dedicatoria



Dedicatoria

Dedico este Trabajo de Diploma en primer lugar a la memoria de mi padre que aunque no tuve la oportunidad de compartir con él este día tan importante en mi vida, sé que estará orgulloso de ver realizado lo que tanto soñó para mí, donde quiera que esté... a él va dedicado mi esfuerzo.

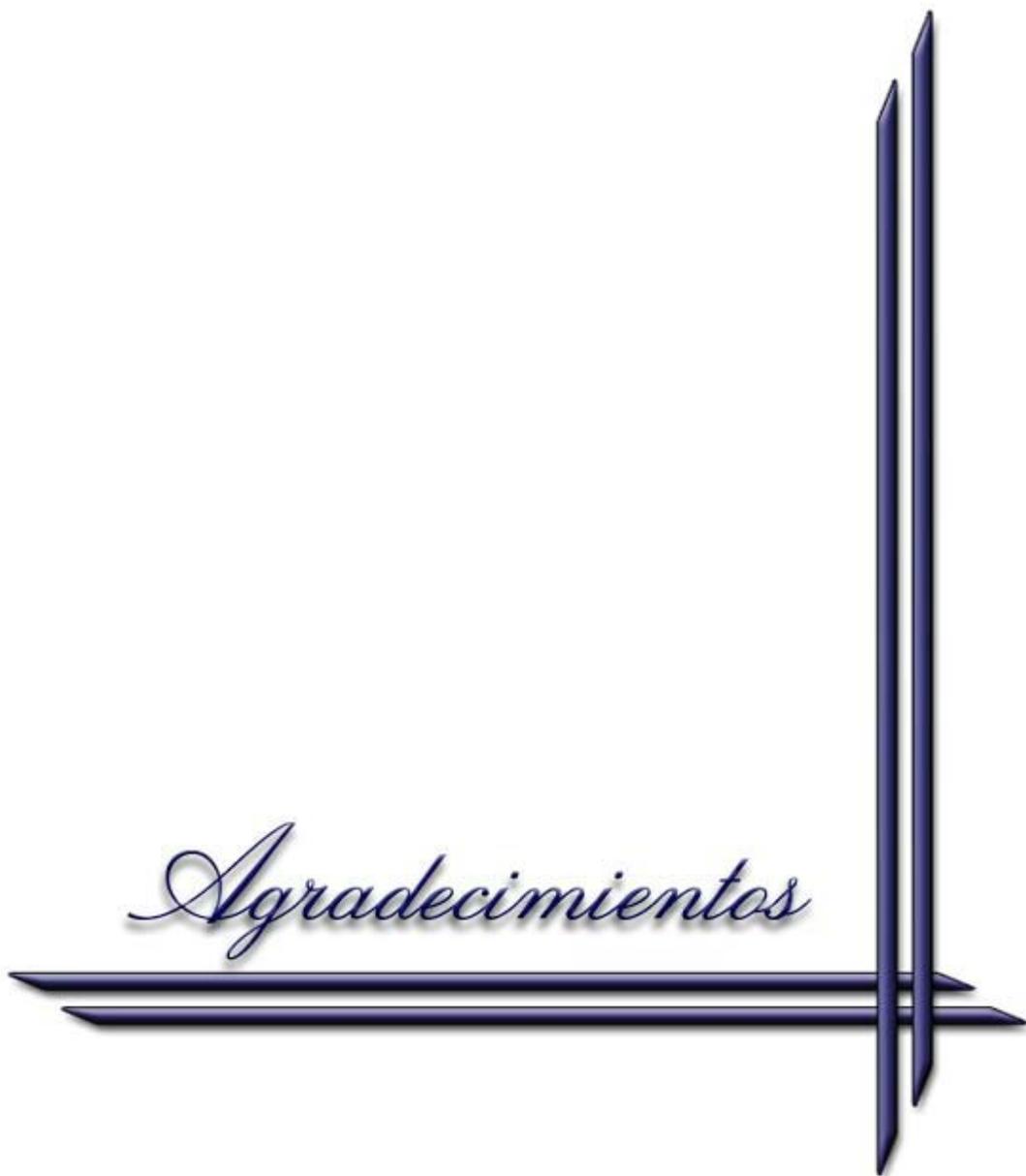
A mis hijos por ser la inspiración e ilusión de mi vida, porque gracias a sus existencias me veo exigida a recorrer caminos áridos para que aprecien en mí un ejemplo a seguir.

A mi madre que quizás nunca pensó que fuéramos a compartir un día esta alegría, porque la idolatro y respeto, porque también ha sido importante para continuar esforzándome y siempre he podido contar con ella

A mi esposo porque siempre me ha apoyado y confiado en mí en la culminación de esta tarea.

A toda mi familia, porque sin ellos cualquier sacrificio carece de sentido y ha sido muy importante saber que puedo contar con ustedes para todo.

Agradecimientos



Agradecimientos

A mi familia, en especial a mi madre, hijos y esposo, por estar siempre a mi lado y por esas horas de compañía que la tesis y mi trabajo, sin querer, le han arrebatado.

A mi tutora Zuanly Fernández Romero por la sabiduría y apoyo ofrecido y su disposición incondicional para atender todos mis reclamos. Sin su firme y, tierna exigencia este trabajo no hubiese existido.

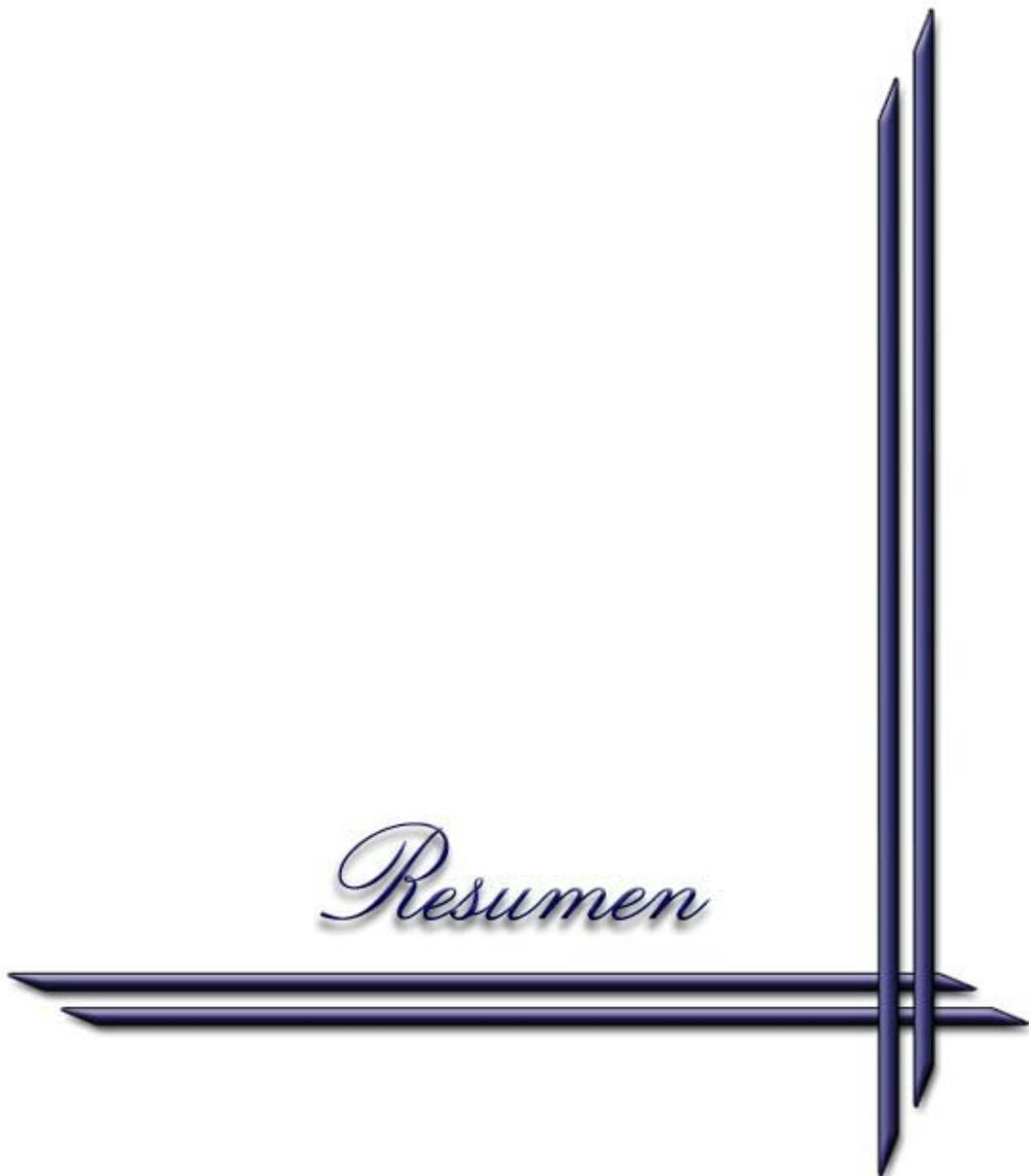
A la que se ha comportado como si fuera mi madre María González Marcyda quien me incitó a estudiar y me enseñó que por difíciles que parezcan las cosas, pueden alcanzarse.

Al colectivo de profesores de la Carrera de Licenciatura en Contabilidad y Finanzas, de quienes siempre recibí mucha confianza y apoyo para que saliera adelante.

Y por siempre le agradeceré a todos los que de una forma u otra han contribuido con el desarrollo de esta investigación.

A todos MUCHAS GRACIAS.

Resumen



Resumen

La investigación titulada: Determinación del costo por pacientes en el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira, concibe como objetivo general aplicar un procedimiento de costeo que permita determinar los costos por pacientes en dicho Policlínico, contribuyendo a desarrollar de forma precisa los procesos de planeación, control y toma de decisiones.

Esta investigación se fundamenta en la necesidad que presenta en la actualidad esta institución de salud de contar con un procedimiento que le permita determinar los costos por pacientes atendidos, y para los servicios que se prestan.

Cuando se halla el costo por paciente se debe tener en cuenta que cada individuo requiere de un tratamiento diferente, lo cual implica que los costos sean distintos para cada uno de ellos.

El procedimiento que se propone 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 Pèrez, 2009)

Summary

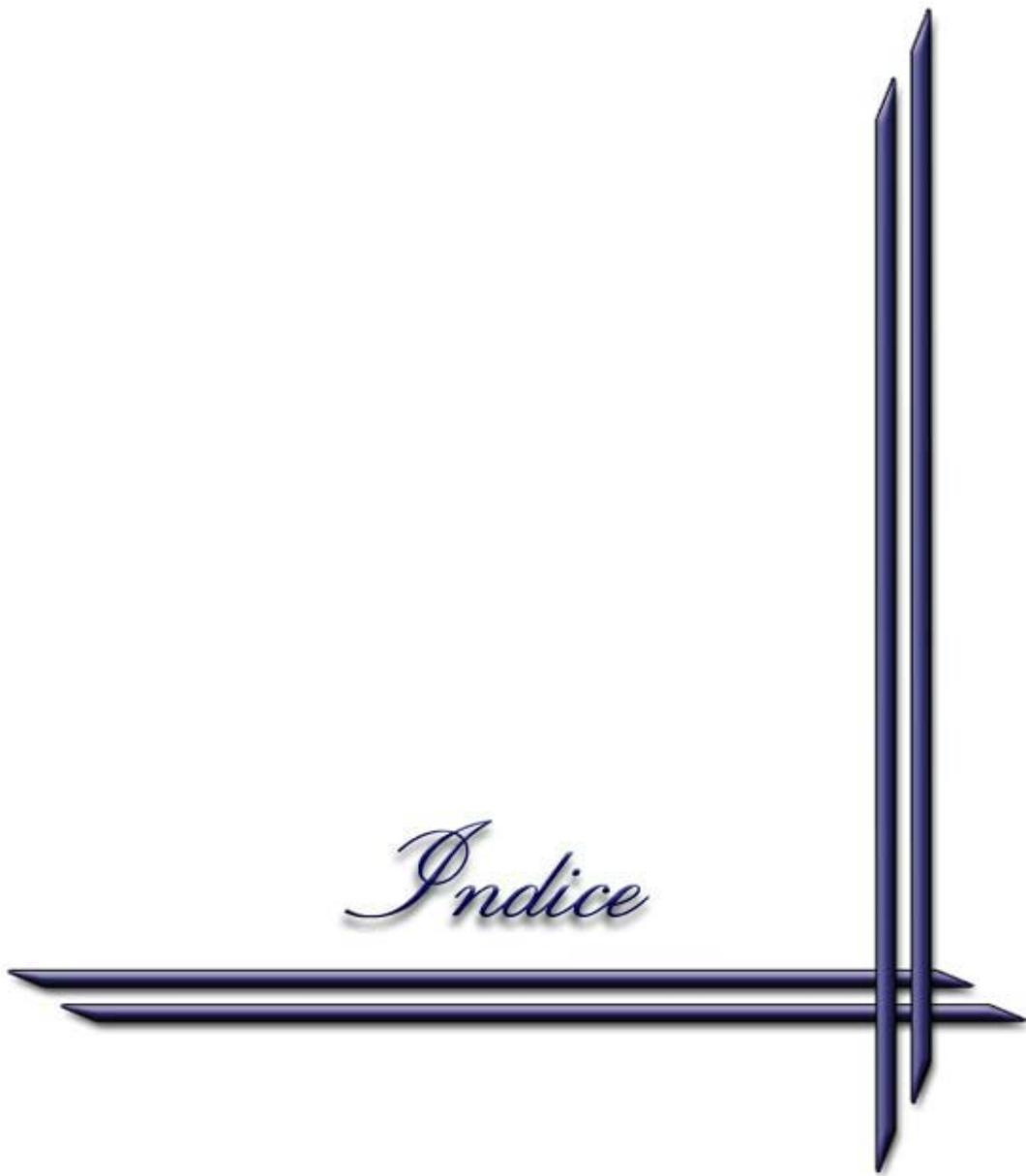
The entitled research: Determination of the cost by patients in the Manuel Piti Fajardo clinic in Palmira has the objective of applying a cost-accounting project to determine the costs by patients in this clinic. This way, it will contribute to develop the different control, planning and taking-decisions processes.

This research is based on the current necessity that this health institution has. It is the necessity of having a project to determine the costs by assisted patients and the offered services.

When the cost by patient is gotten, you must have in mind that each person requires a different treatment. It means that the cost is different for each of them.

The proposed project for the patient cost-accounting is designed and based on the necessity of knowing the pathology that is going to be costed. It also supports on the read bibliography and follows the general guide-lines stipulated by the hospital costs manual and National System of Accountancy. (Reyes and Pèrez, 2009)

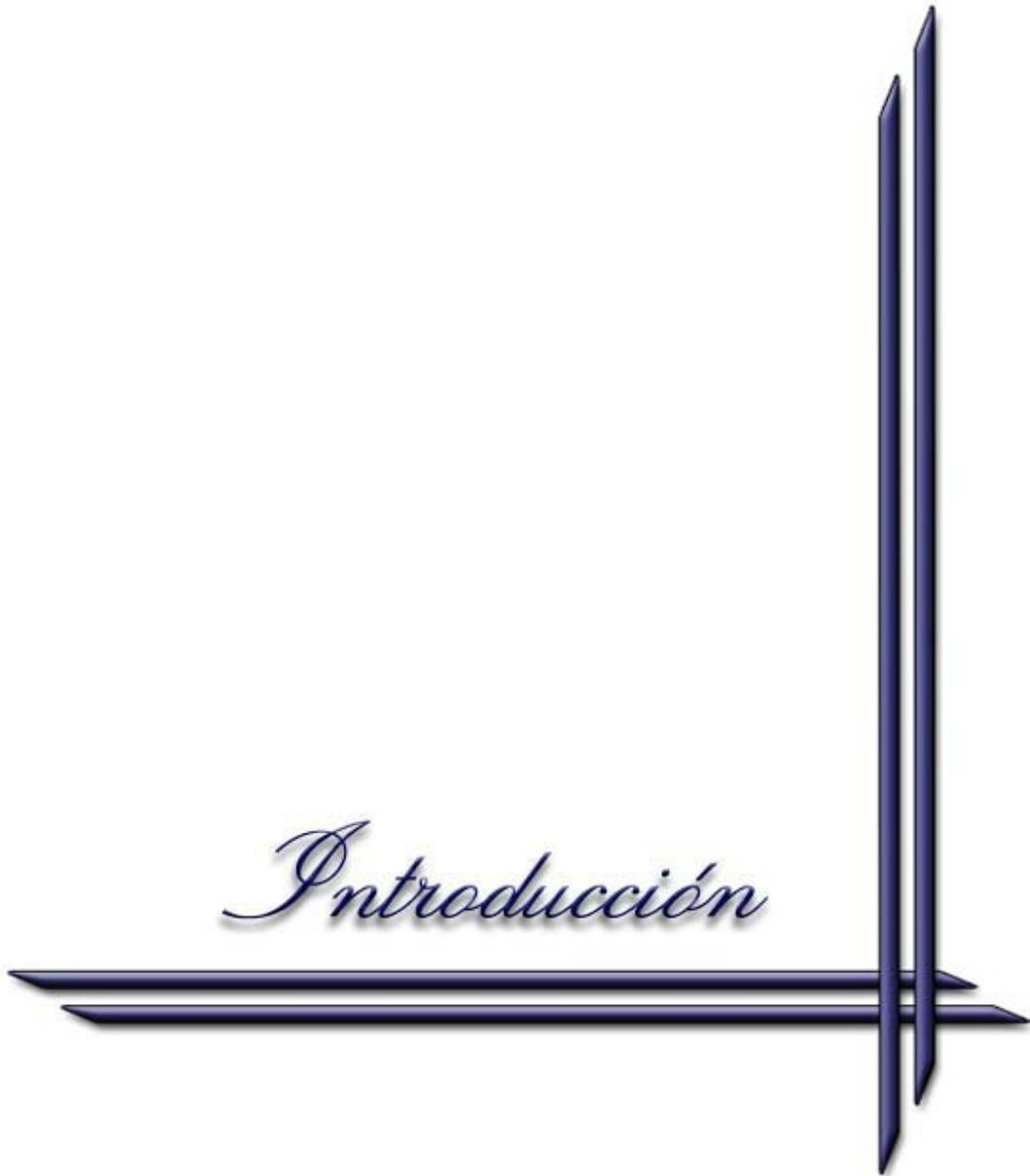
Indice



Introducción.....	1
Capítulo I: Fundamentación teórica de los costos en instituciones de salud	
1.1 Definición de contabilidad.....	6
1.1.1 Ramas de la Contabilidad.....	7
1.1.2 La contabilidad de costos.....	8
1.1.3 Los sistemas de acumulación de costos.....	12
1.2 El sistema de costos para los servicios hospitalarios. Acercamiento a la experiencia cubana.....	14
1.2.1 Importancia del Costo hospitalario: Necesidad de su conocimiento para el SNS.....	19
1.2.2 Centros de costos en la actividad hospitalaria.....	20
1.3 Los hospitales como empresas complejas.....	23
1.4 Los hospitales como empresas de funciones.....	24
1.4.1 El cálculo de costos en hospitales organizados funcionalmente.....	24
1.5 El hospital como empresa de servicio.....	26
1.5.1 Producto Hospitalario.....	26
1.6 La eficiencia en el sistema de salud cubano.....	27
1.6.1 La atención primaria de salud.....	29
1.6.2 La atención hospitalaria.....	29
Capítulo II: Diagnóstico de la entidad objeto de estudio y procedimiento para la determinación de los costos por pacientes en diferentes patologías en el policlínico de Palmira Manuel Piti Fajardo.	
2.1 Caracterización de la Dirección Municipal de Salud de Palmira.....	31
2.2 Caracterización del policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.....	33
2.2.1 Antecedentes históricos del policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.....	34
2.2.2 Situación demográfica.	35
2.2.3 Composición de los Recursos Humanos.....	36
2.2.4 Situación de Salud Principales indicadores 2011.....	37
2.2.5 Objetivos Estratégicos para el año 2012.....	38
2.3 El proceso de determinación de los costos en las instituciones de salud cubanas.....	38
2.4 La información de los costos en el Policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.....	42
2.5 El procedimiento para el costeo por paciente en el Policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.....	44
Capítulo III: Aplicación del procedimiento propuesto para la determinación de los costos por pacientes con asma bronquial en el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.....	53
Conclusiones.....	71

Recomendaciones.....	72
Bibliografía.....	73
Anexos.....	76

Introducción



Introducción

Al compás de los cambios ideológicos, sociales, políticos y económicos de los últimos tres siglos, unidos a los avances científicos y tecnológicos, los hospitales han adquirido el carácter de organizaciones humanas complejas. Esa complejidad deriva de la multiplicidad de variables intervinientes en el funcionamiento de las entidades hospitalarias para alcanzar la misión que tienen en la sociedad.

La misión de los hospitales es prevenir las causas de pérdidas de salud, restablecer la salud y atenuar el dolor de las personas. En el cumplimiento de esta misión intervienen múltiples y diversas variables, entre otras:

- numerosas personas con distintos grados de formación y desarrollo,
- muchos conocimientos científicos y tecnológicos diversos,
- múltiples equipamientos con distintos grados de desarrollo tecnológico,
- una enorme cantidad de productos hospitalarios diferentes para satisfacer necesidades variadas en aumento,
- grandes cantidades de procesos diferentes,
- enormes sumas de dinero para financiar la actividad,
- múltiples y diversas fuentes de financiamiento,
- una población de edad cada vez mayor en aumento,
- una legislación sanitaria cambiante,
- numerosos y diferentes prestadores de servicios vinculados al hospital con diversas relaciones jurídicas y económicas.

Esta complejidad, desde un punto de vista directivo, desenvuelve la desafiante necesidad de organizar dinámicamente las múltiples y diversas variables, vinculándolas entre sí a través de una orientación vectorial y con sentido estratégico de las actividades hospitalarias a realizar para el cumplimiento de la misión sanitaria, durante un tiempo pactado.

El contexto mundial actual afecta a todos los países y sectores, pero sin dudas resulta más visible y devastador en las naciones pobres y subdesarrolladas, quienes tienen que luchar por imponerse a base de esfuerzo, voluntad y resistencia por desarrollar sus esferas productivas y de servicios.

Uno de los sectores más afectados en este sentido es sin dudas el de la salud pública, servicio que requieren todos los habitantes de este planeta, y que desgraciadamente no todos reciben.

El acceso a los servicios de salud, como proceso mediante el que se logra satisfacer una necesidad relacionada con la salud de un individuo o una comunidad, involucra el deseo de buscar atención en salud, la iniciativa por tenerla y por continuar con esa atención, bien sea en términos del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención o promoción de salud (Reyes y Pérez, 2008).

Antecedentes del problema

Cuba desde su posición de país subdesarrollado y bloqueado económicamente muestra al mundo con orgullo el nivel que ostenta en sus indicadores de salud, avalados por los bajos índices de mortalidad infantil y materna, la esperanza de vida de su población, las campañas masivas de prevención y vacunación entre otras miles de razones que hacen que esta nación sea una verdadera potencia médica en manos del pueblo.

El mantenimiento de la salud cubana en los niveles deseados es una tarea que requiere del esfuerzo de muchos factores y del sacrificio de cuantiosos recursos monetarios. Mantener un sistema de salud pública sustentada por el presupuesto del estado es verdaderamente un proceso difícil para el gobierno revolucionario; y es justamente aquí donde el tratamiento de la contabilidad de costo recobra el significado real que tiene para el control y adecuada administración de los recursos. No se trata de ahorrar medicamentos o exámenes sino de utilizar verdaderamente solo lo que se requiere. (Stewart & Reyes, 2008)

Sin embargo este servicio resulta muy costoso para el gobierno revolucionario cubano, puesto que mantener la medicina en los niveles actuales implica adquirir tecnología de punta y medicamentos elaborados en el exterior que producto al bloqueo y a la globalización mundial dificulta su entrada a la isla. Por tal motivo es vital conocer el comportamiento de los costos en que se incurren en cada servicio de salud que se preste.

Es por ello que el sistema de salud cubano, principalmente el sistema hospitalario, por constituir el de mayor incidencia dentro del gasto público destinado a esta esfera, requiere de un mayor control de los recursos que se asignan a la atención médica, un control sobre los medios, los equipos, medicamentos, útiles, materiales, los recursos humanos, el uso de la tecnología y la ejecución del presupuesto; lo que no puede lograrse si no se cuenta, entre otros aspectos, con un sistema de contabilidad de costos que emita de forma oportuna la información necesaria para llevar a cabo acertadamente los procesos directivos, que valore cada uno de los servicios que se prestan al paciente de forma individual, toda vez que el hospital presta una serie muy amplia y variada de éstos;

de hecho, cada paciente da lugar a un producto¹ que es distinto, lo que complica sobremanera las posibilidades de encontrar una unidad de medida común para la amplia variedad de actividades que se desarrollan dentro de un mismo centro (González, 2005).

Los costos en las Instituciones de salud cubanas, regidas solamente por el manual de costos emitido por el Ministerio de Salud Pública de Cuba, no brindan la información relevante y oportuna que facilite el proceso de toma de decisiones, toda vez que los servicios de salud, producto a su diversidad, requieren de la determinación de los costos por pacientes patologías y procesos, partiendo de protocolos de atención médica para cada patología, que permita la medición cualitativa y cuantitativa de los recursos tanto materiales, económicos, tecnológicos como humanos imprescindibles para cada servicio de salud. (Stewart & Reyes, 2008)

Situación problemática

En la actividad de salud, los costos resultan decisivos si se trata de servicios eficientes; puesto que aunque la premisa fundamental de los trabajadores de la salud es la de “salvar vidas al costo que sea necesario” si esto puede lograrse con un adecuado uso de los recursos, los niveles de eficiencia redundarían en considerables ahorros que pudiesen utilizarse para mejorar aspectos como instalación, equipamiento, medicamentos entre otros.

Por tal motivo es que se inicia esta investigación en el Policlínico “Manuel Piti Fajardo ” de Palmira, puesto que en esta entidad no se utiliza el sistema de costos para determinar el costo de los servicios hospitalarios y es imprescindible costear cada servicio de salud teniendo en cuenta e integrando el paciente como ente fundamental del costo con el tipo de patología y los procesos por los cuales transita dentro de la institución. Toda vez que se costean los servicios de salud emitiendo informes por centros de costos, consultorios, departamentos o por actividades se logra mayor veracidad en la información

Es por ello que se puede definir el **problema** de esta investigación como sigue: En la actualidad no se calcula el costo por paciente en el policlínico “ Piti Fajardo ” de acuerdo a la atención que éstos reciben.

Para resolver el problema científico se formula la siguiente **hipótesis**: Si se aplica el procedimiento propuesto se puede determinar el costo por paciente con Asma Bronquial de acuerdo a la atención que éstos reciben en el policlínico Piti Fajardo de Palmira.

Esta hipótesis se valida a través del establecimiento del procedimiento de acumulación de costos por pacientes y servicios en el Policlínico “ Piti Fajardo ” de Palmira, al conocer cuánto se invierte por paciente en cada servicio de atención primaria aportando información precisa y oportuna que facilite

¹ Llámese producto o servicio en el sector salud a aquello que demanda el paciente de la institución, es lo que se “fabrica” en este tipo de instituciones, o sea, la atención al paciente.

el proceso de toma de decisiones. Por lo tanto el **objetivo general** de la investigación es: Aplicar un procedimiento de costeo que permita determinar los costos por pacientes con Asma Bronquial en Policlínico "Manuel Piti Fajardo " de Palmira.

Para el cumplimiento de este objetivo es necesario llevar a cabo los siguientes **objetivos específicos**:

1. Establecer el marco teórico referencial que sustenta la investigación.
2. Definir los elementos, características y requisitos para el establecimiento de un procedimiento de costeo por paciente en el Policlínico de Palmira y todas sus dependencias.
3. Aplicar el procedimiento propuesto para la determinación de los costos por pacientes con Asma Bronquial, en el Policlínico " Piti Fajardo " de Palmira.

La investigación está diseñada de acuerdo a los objetivos generales y específicos definidos, y en correspondencia con ellos, constando de tres capítulos:

Capítulo I: Fundamentación teórica de los costos en instituciones de salud. En este capítulo se aborda la importancia de la información de costos para la toma de decisiones, así como las peculiaridades de los sistemas de acumulación de costos, enfatizando en la actividad hospitalaria, donde se han presentado las diferentes clasificaciones de los costos, los sistemas aplicables a hospitales, las características propias de los centros de costos para la actividad hospitalaria, para finalmente abordar el costeo por pacientes y patologías según la literatura consultada.

Capítulo II: Diagnóstico de la entidad objeto de estudio y procedimiento para la determinación de los costos por pacientes con Asma bronquial en el policlínico de Palmira Manuel Piti Fajardo. Se expone de forma general la caracterización de la entidad así como el procedimiento a emplear para el cálculo de los costos.

Capítulo III: Aplicación del procedimiento propuesto para la determinación de los costos por pacientes con Asma Bronquial en el Policlínico. Se presentan los resultados finales del cálculo de los costos por pacientes.

Esto implicaría un cambio en la gestión hospitalaria, al incorporar una visión de procesos asistenciales, teniendo como premisa que la clave no radica solamente en obtener un costo, sino que éste represente la realidad y que proporcione la información necesaria para gestionar la actividad y contribuir a que se cuente con la información oportuna, relevante y precisa para el proceso de toma de decisiones.

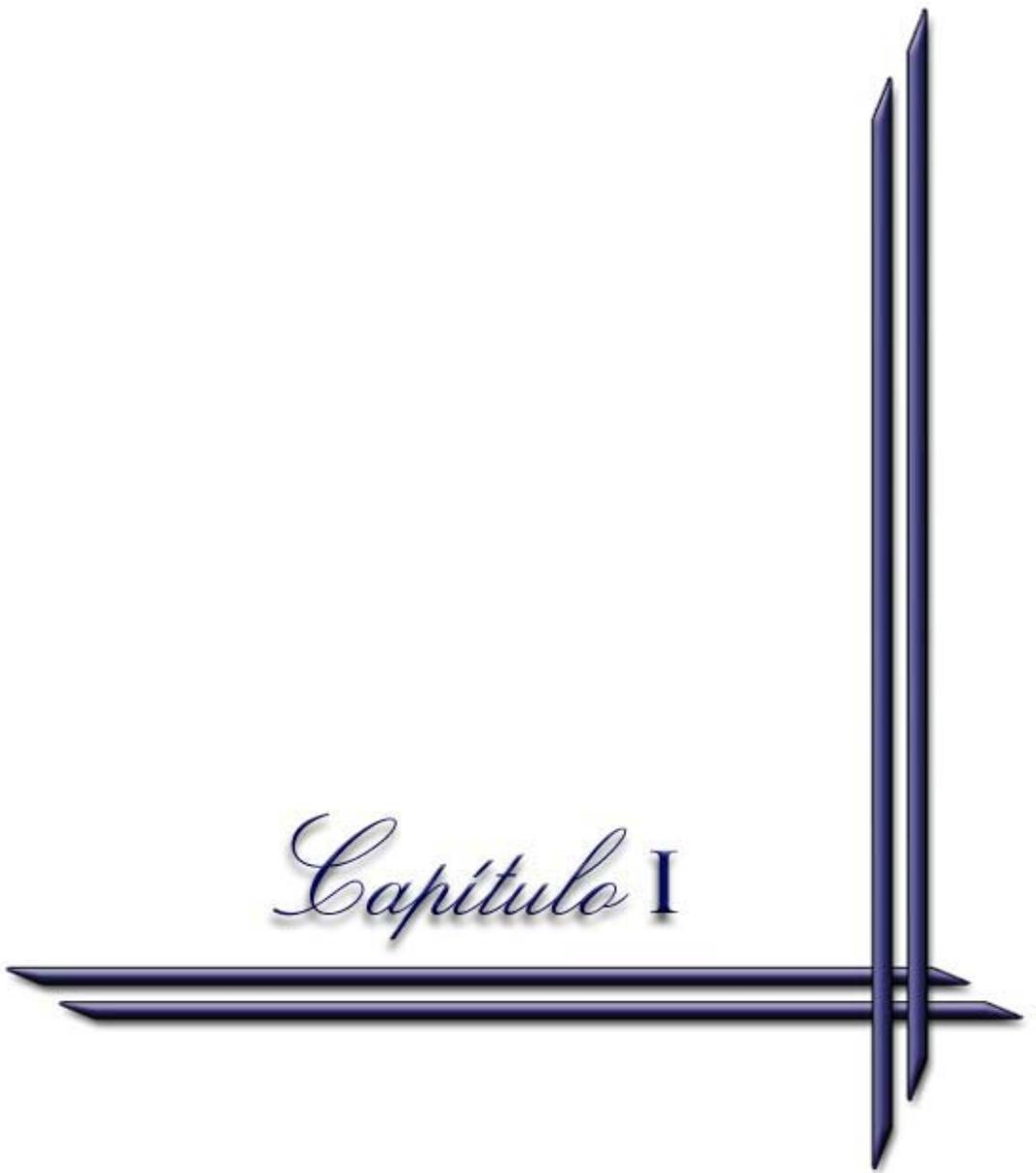
Variables dependientes

- Gasto de material
- Gasto de mano de obra
- Gasto de transportación (ambulancias)
- Gasto de alimentación de pacientes
- Gastos en la esterilización del instrumental

Variables independientes

- Procedimiento a utilizar para el cálculo del costo por paciente.

Capitula I



Capítulo I: Fundamentación teórica de los costos en instituciones de salud.

El presente capítulo tiene como objetivo desarrollar una fundamentación teórica respecto a la contabilidad de costo proveniente de una amplia y actualizada revisión bibliográfica de varios especialistas tanto nacionales como extranjeros, partiendo del análisis de los diferentes conceptos y clasificaciones que se le dan a los costos atendiendo a sus diferentes propósitos; así como los sistemas de acumulación que permitan la determinación de estos.

De igual forma se expone las clasificaciones y centros de costo definidos para las instituciones hospitalarias cubanas haciendo énfasis en la importancia del costo por paciente para la obtención de la información precisa, relevante y oportuna que facilite el desarrollo de los procesos de planificación, control y la toma de decisiones en dichas instituciones.

Se inicia entonces esta fundamentación abordando diversos aspectos teóricos respecto a la contabilidad de costos.

1.1 Definición de contabilidad.

La palabra "*contabilidad*" proviene del verbo latín "coputare", el cual significa contar, tanto en el sentido de comparar magnitudes con la unidad de medida, o sea "sacar cuentas", como en el sentido de "relatar", o "hacer historia".

Existe una gran diversidad de definiciones de la contabilidad según el profesor Cañibano "la contabilidad es una ciencia de naturaleza económica que tiene por objeto producir información para hacer posible el conocimiento pasado, presente y futuro de la realidad económica en términos cuantitativos en todos sus niveles organizativos, mediante la utilización de un método específico apoyado en bases suficientemente contrastadas, con el fin de facilitar la adopción de las decisiones financieras externas y las de planificación y control internas". (Martínez F. 1999).

Se dice también que la contabilidad es el lenguaje de los negocios, pero no existe una definición universalmente aceptada, sin embargo se han utilizado distintas definiciones que a continuación detallamos una recopilación de las mismas:

Leon Batardon "La contabilidad es la ciencia que enseña las reglas que permiten registrar las operaciones efectuadas por una o varias personas. En sentido más restringido, la contabilidad es la ciencia que estudia las reglas necesarias para el registro de las operaciones efectuadas por una empresa comercial, industrial, financiera o agrícola. (1945).

John Paymond Wildman "La contabilidad puede ser definida como aquella ciencia que se ocupa de la compilación y presentación sistemática y completa con fines administrativos, de los hechos concernientes a las operaciones financieras de una organización comercial ". (2000).

Reitell y Van Sickle "La contabilidad es la Ciencia que trata del análisis, registro y presentación de las operaciones comerciales. (Colectivo de autores, 1999).

J.Hugh Jackson "La contabilidad y la teneduría de libros constituyen un proceso de análisis, registro e interpretación del efecto de las operaciones comerciales. Y, agrega, que en general, la teneduría de libros se ocupa del análisis y del registro de las operaciones, y la contabilidad, en cambio, trata principalmente la síntesis e interpretación de la información aportada por la teneduría de libros ".((Gómez,Giovanny E.n.d.).

David Himmelblau: "La contabilidad es el lenguaje de los negocios. La contabilidad está basada en el hecho fundamental que se encuentra en toda empresa mercantil y que consiste en que su activo es igual a su pasivo (tanto a favor de terceros como de los dueños)" ((Martínez, F 1999).

Contabilidad: Es una ciencia basada en Principios Básicos y de General Aceptación, que registra clasificadamente, resume y analiza los hechos económicos de la entidad económica con el objetivo de mostrar la situación financiera de la empresa a través del Balance General (BG).

Su Objeto de Estudio es el registro de los hechos económicos, su procesamiento brinda la información necesaria para su análisis y toma de decisiones a los gerentes y empresarios de un negocio (particular o estatal), o sea su objeto de estudio es el suministro de información referente a la propiedad y a los derechos de estos y a la forma en que la propiedad y los derechos se van efectuando, para las operaciones propias del negocio.

1.1.1 Ramas de la Contabilidad

Entre las ramas o clasificaciones más generales en que se ha subdividido a la contabilidad para cumplir con las necesidades y objetivos de cada tipo de organización se encuentra las que siguen:

Contabilidad financiera o contabilidad externa, también llamada simplemente Contabilidad que no es más que la técnica mediante la cual se recolectan, se clasifican, se registran, se sumarian y se informa de las operaciones cuantificables en dinero, realizadas por una entidad económica.

La función principal de la contabilidad financiera es llevar en forma histórica la vida económica de una empresa, los registros de cifras pasadas sirven para tomar decisiones que beneficien en el presente o al futuro. También proporciona los Estados Contables o Estados Financieros que son sujetos al análisis e interpretación, informando a los administradores, a terceras personas y a entes estatales del desarrollo de las operaciones de la empresa.

Contabilidad de gestión o directiva (interna), esta consiste en el uso de los datos de la contabilidad por personas dentro de la organización, orienta sus aplicaciones hacia aquellos sujetos que tienen poder de decisión sobre la actividad de la empresa, mejora el procedimiento de toma de decisiones mediante el uso de los datos contables.

Es más flexible, dado que se basa en la autorregulación. También es mucho más detallada que la financiera, siendo una importante herramienta de gestión de la empresa, enfoca su atención en los clientes internos, mide y reporta información financiera y de otra índole para ayudar a los administradores a cumplir las metas de la organización.

Se ocupa de la comparación cuantitativa de lo realizado con lo planeado, analizando por áreas de responsabilidad. Incluye todos los procedimientos contables e informaciones existentes, para evaluar la eficiencia de cada área.

La Contabilidad de costos, analítica o interna, esta tiene por objeto el conocimiento y la interpretación de los hechos que tienen lugar en el seno de la unidad económica desde un punto de vista interno, tales como la formación de costes y la valoración de productos o servicios.

En contabilidad, es el proceso de seguimiento, registro y análisis de los costes asociados con la actividad de una organización, donde costo se define como "tiempo requerido o recursos". Los costos se miden por conveniencia (uniformidad) en unidades monetarias, esta clasificación forma parte de la contabilidad de gestión.

Dentro de las ramas de la contabilidad, la dedicada al registro y acumulación de la información de costos es primordial para las aspiraciones de planeación, control y toma de decisiones, ofreciendo la información relevante y oportuna para tales efectos.

1.1.3 La contabilidad de costos.

Los mandos altos, la gerencia y el departamento administrativo se enfrentan constantemente con diferentes situaciones que afectan directamente el funcionamiento de la empresa. La información que obtengan acerca de los costos y los gastos en que incurre la organización para realizar su actividad y que rige su comportamiento, son de vital importancia para la toma de decisiones de una manera rápida y eficaz, esto hace que en la actualidad la contabilidad de costos tome gran relevancia frente a las necesidades de los usuarios de la información.

La contabilidad de costos es concebida como un área especializada de la contabilidad, utilizada por las organizaciones, en la que se emplean una serie de métodos, procedimientos y técnicas contables con el objetivo de determinar el costo de un producto, proceso, proyecto, servicio, lote, pedido o departamento. También es definida como una especialización de las ciencias contables y gerenciales que se encarga del control, registro y análisis de las operaciones que se llevan a cabo por las organizaciones, en la producción de bienes y servicios, con el objetivo de proveer a la gerencia de informaciones para la toma de decisiones. La contabilidad de costo permite además el control del uso de los insumos de producción y su eficiencia operacional buscando alternativas que permitan

maximizar la productividad y por consiguiente la rentabilidad del negocio constituyendo hoy estas informaciones la base para el diseño de estrategia para desarrollar ventajas competitivas.

Dentro de sus roles fundamentales, se encuentra la de sistematizar, analizar y controlar todas las informaciones provenientes de los sistemas de costos, con la finalidad de:

- Determinar el costo unitario de producción.
- Proporcionar información a la gerencia.
- Servir como herramienta de análisis para planear utilidades.
- Asesorar a la administración para la toma de decisiones.
- Servir de base para la elaboración de presupuestos.
- Controlar todas las actividades que requieran informaciones relacionadas con los costos.
- Valuar los inventarios.

Esta contabilidad encierra diferentes características las que son:

- Es analítica, puesto que se planea sobre segmentos de una empresa, y no sobre su total.
- Predice el futuro, a la vez que se registran los hechos ocurridos.
- Los movimientos de las cuentas principales son en unidades.
- Sólo registra operaciones internas.
- Refleja la unión de una serie de elementos: materia prima, manos de obra directa y carga fabriles.
- Determina el costo de los materiales usados por los distintos sectores, el costo de la mercadería vendida y el de las existencias.
- Sus períodos son mensuales y no anuales como los de la contabilidad general.
- Su idea implícita es la minimización de los costos (gestiopolis.com, 2008).

La contabilidad de costos comienza a mostrarse en forma incipiente con la Revolución Industrial, ya que la invención de la máquina de vapor y del telar industrial dio lugar a la aparición de los talleres, antes artesanales para convertirse en fábricas.

Hacia 1880 se llegó a la conclusión que los criterios contables utilizados hasta ese momento no eran compatibles con las exigencias de información que requerían las actividades industriales. Henry Metcalfe, en 1890, en su libro "Costos Industriales" se interesa por los problemas que presentan los costos indirectos de los productos, y es aquí donde comienza el desarrollo de lo que luego constituye la contabilidad de costos. Se aprecia asimismo cómo las exigencias en materia de información de las

empresas originan la construcción de sistemas que satisfagan las mismas, y que permitan tomar decisiones para el funcionamiento empresarial.

Estos esbozos de información sobre costos fueron inicialmente extracontables, es decir que la información proporcionada no tenía relación con la contabilidad general. En 1910 se comienza a conectar la información sobre costos con la contabilidad general. En la evolución de la contabilidad de costos se comienza controlando y contabilizando el ciclo de las materias primas, desde las compras hasta la identificación del consumo de las mismas en la fabricación de los productos. Posteriormente se procedió a contabilizar la mano de obra aplicándola a los productos o procesos, llegándose por último a la contabilización de los costos indirectos de producción.

En esta instancia de la generación de la información, los costos mencionados se asignan a las unidades de producto en forma histórica o resultante, y con el perfeccionamiento de las técnicas de costeo, estas asignaciones comienzan a realizarse en forma predeterminada o sea con anterioridad a la producción, como forma de agilizar la información y no tener que esperar a los cierres contables. (gestiopolis.com, 2008).

La contabilidad de costos históricos o resultantes representa un avance sustancial en materia de información para quienes tenían que “gerencial” empresas. El conocimiento de costos unitarios y la información analítica suministrada por la contabilidad de costos permiten comparar períodos, y las diferencias resultantes plantean la necesidad de hacer comparaciones entre los mismos, llevando a la necesidad de conocer las causas. Es el comienzo de la etapa del control donde surge la inquietud por obtener información con mayor rapidez y conjuntamente aparecen los primeros estudios de ingeniería industrial que permiten el cálculo de costos predeterminados. Este avance se hace con lentitud y recién hacia 1930 comienza la medición de la eficiencia lograda comparando estándares físicos con los consumos resultantes que provienen de los registros contables. Hace su aparición, aunque en forma incipiente; la contabilidad de costos estándares, que se perfecciona durante la segunda guerra mundial por el desarrollo masivo de la producción. (gestiopolis.com, 2008).

Comienza entonces la segunda etapa del costo estándar, que es la del control de la eficiencia. Se comparan los costos predeterminados con los históricos o resultantes para mejorar el rendimiento de las materias primas y de la mano de obra, así como la mejor manera de utilizar los costos indirectos de producción. Los costos estándar engranan con la contabilidad de costos, se amplía la perspectiva de la misma, generando mejor información sobre los hechos ocurridos. Se determinan desvíos, se los analiza y se justifican los mismos asignando responsabilidades. La etapa de control se acentúa y las empresas como resultado de la información existente comienzan a mejorar los procesos de elaboración de sus productos o servicios.

Las presiones de la competencia obligan a las compañías a emplear técnicas de programación. En el inicio estos planes comprendían aspectos parciales de la actividad empresarial, pero luego en forma gradual se desarrollaron planificaciones que cubren la totalidad de las operaciones, constituyendo un plan único. Se sabe que el planeamiento para ser eficaz supone controlar periódicamente los hechos ocurridos con los presupuestos con el objeto de detectar ineficiencias y responsabilidades. Esta etapa introduce a la contabilidad de costos en la fase del planeamiento y el control.

Por último aparece la cuarta etapa en la evolución de la contabilidad de costos, donde la indagación de los costos supone reelaborar los datos informados, para encontrar la mejor alternativa cómo forma de maximizar utilidades o disminuir costos. Es la etapa de los costos para la toma de decisiones. (gestiopolis.com, 2008).

El término de costos del que ya se ha hablado bastante hasta aquí ha sido definido de diversas maneras por diferentes autores, a continuación se presentan algunos criterios: "...el costo es el consumo valorado en dinero de bienes y servicios para la producción que constituye objetivo de la empresa" (Pedersen, 2006:12), asimismo "...son recursos sacrificados o dados a cambio para alcanzar un objetivo dado" (Horngren, 1994:13) o también se conoce como "... un término utilizado para medir los esfuerzos asociados con la fabricación o prestación de un servicio. Representando el valor monetario del material, la mano de obra directa y los gastos generales empleados" (Whittington, 2004:311-321), por lo tanto "...el costo de producción incluye material directo, mano de obra directa y costos indirectos de fabricación en que se han incurrido para producir un bien o prestar un servicio" (Milton y Usry, 2006:7) siendo evidentemente "...el valor monetario de los bienes y servicios consumidos por la empresa en su actividad de transformación incluyendo los costos de la mano de obra, de los materiales y de los costos indirectos" (Backer, 2001:34-57).

En sentido general el costo se define como el valor sacrificado para adquirir bienes o servicios mediante la reducción de activos o al incurrir en pasivos en el momento en que se obtienen los beneficios.

Claro está que contar con suficiente información de costo no siempre resulta favorable ni factible, pues esto puede atiborrar al analista o decisor al no poder definir qué información se requiere en cada caso para analizar diferentes cursos de acción, es por ello que los costos han de clasificarse atendiendo siempre a los propósitos que cada caso persiga.

1.1.4 Los sistemas de acumulación de costos.

Entre los sistemas de acumulación de costos más conocidos se encuentran los tradicionales, o sea el costeo por órdenes de trabajo y el costeo por procesos, así como el sistema de costeo por actividades (ABC), que ha devenido como nueva tendencia de acumulación de costos contribuyendo a facilitar el proceso de toma de decisiones.

➤ Sistema de costeo por órdenes de trabajo:

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 resumir 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. (Polimeni et al., 1994).

Un requisito previo y fundamental en cualquier sistema de costeo por órdenes específicas de trabajo es la posibilidad de poder segregar o identificar cuantitativamente el producto en elaboración, en un momento dado cualquiera. Por consiguiente un sistema de costos por órdenes de trabajo es un procedimiento que permite reunir separadamente, cada uno de los elementos del costo, para cada trabajo u orden de trabajo específica. Este sistema se emplea principalmente en entidades que realicen trabajos especiales o que fabriquen productos sobre pedidos. (gestiopolis.com, 2008).

➤ Sistema de costeo por procesos:

El costeo por procesos es un sistema de acumulación de costos de producción por departamentos o centros de costos. 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 se asignan los costos incurridos durante cada período, así como el costo unitario total. (Polimeni et al., 1994).

El modelo de costos por procesos aparece como una necesidad de adaptarse a la evolución de las tecnologías productivas que exigen, por la aplicación exhaustiva de los principios de división y especialización del trabajo, las producciones en serie de la producción industrial y el montaje en cadena de los productos destinados al consumo final, habiéndose logrado, de este modo, tanto unos niveles de producción espectaculares como una reducción del costo medio impensable en otras condiciones. (gestiopolis.com, 2008).

Aunque el sistema de costos por procesos puede compatibilizarse con un enfoque del modelo de costos por pedidos, hecho que es habitual en algunas empresas, la característica diferenciadora consiste en que la base de cálculo de los costos traslada el énfasis de acumular los costos pedido a pedido, a medir y valorar tanto la producción como los costes por pedidos de tiempo, independientemente del grado de acabado de los pedidos.

Un sistema de costos por procesos, normalmente incrementa la complejidad de los métodos de cálculo a utilizar en los modelos de costos, ya que introduce la indeterminación de captar perfectamente la organización de las fases y secciones donde distribuir los costos y, posteriormente, liquidar los costos de las secciones auxiliares sobre los principales, pero mejora al modelo de costos por pedidos en la distribución de los costos indirectos y aquellos originados por la ociosidad, o no utilización de la capacidad productiva, ya que la adscripción entre los costos indirectos generados y la producción obtenida en el período, aparece con más determinación. Otra ventaja sustancial consiste en canalizar la medida de la producción y los costos en los mismos ámbitos de las responsabilidades organizativas de los mandos y los trabajadores, permitiendo en consecuencia establecer los procedimientos de mejora de la productividad y la reducción de costos pertinentes. (gestiopolis.com, 2008).

La determinación de los costos por procesos representa un tipo de procedimiento de costos aplicable a las industrias de producción continua o en masa. En esta clase de industria la producción consiste en unidades iguales, sometiéndose cada unidad al mismo proceso. Por consiguiente, se supone que a cada unidad producida hay que cargarle la misma cantidad de material, de mano de obra y de gastos generales o indirectos. En efecto, el costo de una unidad al final de cualquier proceso de fabricación puede determinarse, siempre que los costos se acumulen tomando como base en cada caso un proceso determinado y que se disponga de un registro adecuado de las unidades producidas.

No resulta indispensable que los costos por procesos se determinan precisamente sobre bases históricas, ya que estos pueden obtenerse también sobre la base de costos estándar, al igual que sobre la base de costos reales. (gestiopolis.com, 2008).

➤ Sistema de costo por actividades:

El 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 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 al 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 o

servicios 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.

El sistema de costeo basado en actividades (ABC) parte de la diferencia entre costos directos y costos indirectos, relacionando los últimos con las actividades que se realizan en la empresa. Las actividades se plantean de tal forma que los costos indirectos aparecen como directos a las actividades, desde donde se les traslada a los productos (objeto de costos), según la cantidad de actividades consumidas por cada objeto de costos. De esta manera, el costo final está conformado por los costos directos y por los costos asociados a ciertas actividades, consideradas como las que añaden valor a los productos. (gestiopolis.com, 2008).

Hasta aquí se han tratado temas generales respecto a la contabilidad de costo, las clasificaciones de los costos y los sistemas de acumulación. Sin embargo, cada entidad, institución, rama o sector tiene que tener bien definidas las pautas, formas, métodos y procedimientos para el cálculo, acumulación y determinación de los costos totales y unitarios.

En este sentido, las instituciones de salud, dadas las características sui géneris que presentan, deben desarrollar métodos muy particulares al respecto. Es por ello que en lo adelante se van a tratar temas de costos específicos al sector salud por constituir éste el objeto de estudio de la presente investigación.

1.2 El sistema de costos para los servicios hospitalarios. Acercamiento a la experiencia cubana.

El hospital y los sistemas de salud están inmersos en un mundo nuevo, competitivo y por añadidura se valoran cada vez más las relaciones de costo y beneficio social de los recursos que se invierten. De lo que se concluye que, la existencia de los sistemas de información no solo permitiría mejorar el control y la evaluación de gestión, sino también a ejecutar acciones con más eficiencia y efectividad. Actualmente, el desarrollo de sistemas de información, debe satisfacer la necesidad de responder a la mayor complejidad que paulatinamente van adquiriendo los hospitales y los servicios de salud. En dicha complejidad se destacan:

- Una intensa dinámica de los cambios tecnológicos.
- Complejidad y cambios en los servicios de salud y de su provisión.
- Gestión financiera de las inversiones (Infraestructura y equipamiento).
- Mecanismos de recuperación de los costos.

- Seguimiento presupuestario y control de gestión.
- Análisis de costos y de la eficiencia hospitalaria.
- Contabilidad analítica.
- Análisis de los costos por grupos relacionados con el diagnóstico.
- Análisis de los costos y medida de la eficiencia y la productividad.

Concepto de Costo: Se denomina al conjunto de indicadores que permiten evaluar la eficiencia del trabajo en una entidad. En ellos se refleja el nivel de actividad alcanzado, el grado de eficiencia con que se utilizan los fondos y la óptima utilización de los recursos materiales. Los costos representan los recursos consumidos y aplicados a las actividades de un período económico determinado.

Clasificación de los Costos:

- Forma de participación:
 - Directos: Son aquellos que pueden identificarse plenamente o asociarse a un producto o servicio que se preste.
 - Indirectos: Son aquellos gastos o partes de ellos que no se pueden relacionar de manera directa a la ejecución de las actividades, por la regla general se originan en otra área organizativa que los apoya.
- Relación a nivel de actividad.
 - Fijos: Son aquellos que su cuantía no varía en relación a su nivel de actividad alcanzado.
 - Variables: Son aquellos gastos que su monto está relacionado directamente con el nivel de actividad.
- Con relación al resultado de la actividad.
 - Totales: Es la acumulación de todos los costos que han sido necesario incurrir para la prestación de un servicio.
 - Unitarios: Resultado de dividir el costo total entre el nivel de actividades.
- De acuerdo a su pronóstico:
 - Determinados.
 - Estimados.
 - Presupuestado.
 - Estándar.

La gestión de recursos físicos y del equipamiento ha de responder a necesidades de mantenimiento y a la incorporación de recursos a veces complejos y costosos que precisan información basada en criterios de costo-beneficio y eficiencia en la gestión de su uso.

La información también aumenta la coherencia de la organización, pues contribuye a aglutinar las funciones de los diversos participantes de la función hospitalaria. El desafío a este aspecto estriba en difundir la información como el presupuesto, los objetivos cuantificados como actividad, los costos, etc. de forma integrada y comunicar las decisiones a los diferentes estratos verticales.

Sin lugar a dudas se puede comprender que la información es de gran vitalidad para que fluya la gestión de cualquier organización de ahí que, el sistema de costos como sistema informativo venga a jugar tan importante papel, ya que posibilita la estructuración de un flujo informativo organizado, acorde con las características específicas de cada entidad.

Los sistemas de costos que garanticen una medida objetiva de la eficiencia y los costos son elementos de gran importancia en la modernización del sector salud y se sitúan en el marco de los objetivos globales de desarrollo económico y social.

La función que desempeñan estos sistemas puede resumirse en:

- La eficiencia y los costos, como métodos esencialmente cuantitativos, forman parte de la toma de decisiones en condiciones de certidumbre.
- La información de los sistemas de costos debe ser evidente por sí misma y relacionarse con los procesos estratégicos de cambio.
- Los sistemas de eficiencia y costos deben incorporar elementos concretos de cuantificación objetiva de insumos, procesos, recursos, resultados e impacto de la gestión. Este es un elemento novedoso de la cultura institucional en los nuevos modelos de gestión hospitalaria.

Cualquier sistema de costos debe incorporar no solo el registro de los procesos, sino también su comparación con otros sistemas de costos o con parámetros de referencia que permitan orientar el proceso de gestión hacia el cumplimiento de metas de excelencia específica. De no contar con esta característica, el sistema de costo se convierte en un mecanismo de registro histórico de procesos, en una herramienta de diagnóstico sin proyección hacia las transformaciones fundamentales del hospital. Los sistemas de costos deben responder a los requerimientos estratégicos de la Dirección de hospitales y sistemas de salud. Debe aportar un perfil de problemas fundamentales del hospital, una especie de visión global de niveles de desempeño y eficiencia. El sistema debe preservar las relaciones lógicas entre el costo y los factores causales del mismo e incluir, por sus propias peculiaridades, acciones correctoras de los problemas que identifica.

Es de interés destacar que la información que brinda el sistema de costos, al igual que otros recursos, tiene un costo y dicho costo es el causante de que no se disponga a menudo o no se utilice un sistema de costos con las características necesarias. Esta situación puede afectar la toma de decisiones ya que no se cuenta con la mejor información disponible ofrecida por los sistemas de costos. Es importante conocer las bases teóricas que sustentan el sistema de costos en el sistema de salud cubano y aquellos aspectos que en los momentos actuales, requieren de perfeccionamiento con la finalidad de mejorar su aplicación y funcionalidad, como son:

- La definición, así como algunas de las características del sistema de costos por áreas de responsabilidad, que es utilizado por las instituciones del sector de la salud, para proporcionar una información más integral con relación al conocimiento sobre los costos en la salud. Se incluye la definición del sistema de costos por áreas de responsabilidad con sus particularidades en el sector de la salud, el cual quedaría reflejado como el método que permite la expresión monetaria de los resultados de la gestión o servicios prestados, además de la obtención de un conjunto de indicadores o costos unitarios relacionados con las diferentes acciones o servicios que se realizan en las unidades de salud bajo las premisas siguientes:
 - Recopilación de la información contable y no contable a través de los registros establecidos:
Se refiere a las informaciones brindadas por el departamento de Contabilidad y por cada centro de costo.
 - Redistribución de los gastos por áreas de responsabilidad: Es la actividad de reasignación de los costos a las áreas de responsabilidad que necesitan de los servicios de otras áreas y en las que no todos los costos que se generan son consumidos, ya que parte de estos son transferidos a los centros que utilizaron sus servicios, por lo cual se hace necesaria dicha distribución.
 - Distribución primaria o de costo directo y distribución secundaria o de costos indirectos de los gastos por áreas de responsabilidad: Ambas distribuciones representan la acción de asignar a cada área de responsabilidad el costo correspondiente al desarrollo de sus actividades, que se representan en las cuatro hojas de trabajo establecidas para la distribución de los costos.
 - Brindar con precisión la relación entre las acciones de salud y sus costos: Se refiere a que el conocimiento del costo de cada acción que se ejecute en la institución permite manejar alternativas de decisiones para el logro de la eficiencia.
 - Flexible y adaptable a cualquier variante de la gestión o los servicios: Se refiere a que el sistema de costos por áreas de responsabilidad debe ser capaz de posibilitar y apoyar

cualquier tipo de investigación relacionada con la actividad que necesite cierta información de los costos.

- Las ventajas y los principios del sistema de costos en la salud que describen cómo dicho sistema proporciona una serie de indicadores que permiten mejorar la eficiencia económica médica y social, posibilitando también la implementación de investigaciones sobre los costos para la selección de alternativas de solución a determinados problemas de salud; lo que aportaría, además, un conjunto de beneficios enmarcados en el ahorro y aprovechamiento óptimo de los recursos, sin afectar indicadores de salud, ni la calidad de la atención médica, todo ello bajo principios que encierran la necesidad de lograr calidad en la atención deseada al paciente con un aprovechamiento máximo de los recursos.

Pasos a seguir para la implantación de un sistema de costo

- Estudio del Organigrama del centro.
- Información al Consejo de Dirección.
- Comunicar a cada unidad organizativa la información que debe brindar y la fecha de entrega.
- Elaboración de las nóminas por centro de costos.
- Habilitar el registro de información recibida.
- Habilitar el registro de costo de HT5.
- Habilitar el registro de nivel de actividades.
- Identificar los vales de salida del almacén, pagos de las dietas, otros gastos menores, así como otros tipos de servicios que recibe la entidad, así como gastos de teléfonos, electricidad, agua, etc.
- Lograr una integración total de la contabilidad con el registro de todos los gastos por centros de costos.
- Habilitar las hojas de trabajo HT1, HT2, HT3, HT4, HT5

Finalidad de las Hojas de Trabajo.

- HT1: Esta hoja de trabajo registra los gastos incurridos en el mes de alimentos, medicamentos, materiales afines, combustible y lubricantes, vestuario y lencerías y otros materiales desglosados por centro de Costo.
- HT2: Esta hoja de trabajo registra los gastos de trabajo incurridos en el mes por concepto de salario en el mes, acumulación de vacaciones, subsidios pagados, contribución a la seguridad social y el 25% de impuestos de la fuerza de trabajo.

- HT3: Registra el resumen de los servicios y otros gastos en el mes: Ej. Servicios, teléfonos, leña, agua. Electricidad, transporte, dieta, gastos de depreciación.
- HT4: se agrupan todas las hojas de trabajo HT1, HT2 y HT3 por centro de costo. Esta sumatoria debe ser cuadrada con el total de la Distribución de gastos de la Contabilidad.
- HT5: Se acumulan todos los gastos por diferentes centros de Costo, estos a su vez se acumulan trimestralmente hasta completar el año y es donde se hace el vaciamiento de todas las hojas de trabajo para facilitar la información y hacer un mejor análisis comparativo con períodos anteriores o con el presupuesto.

1.2.1 Importancia del Costo hospitalario: Necesidad de su conocimiento para el SNS.

- El sistema de Costo o Información Gerencial constituye uno de los criterios fundamentales en la evaluación de la eficiencia económica, tiene su principal campo de aplicación en las unidades de servicios de salud y constituye uno de los instrumentos más importante utilizados en la programación y gerencia de los servicios de salud.
- El análisis de los costos en los distintos departamentos de la unidad nos podrá aportar beneficios importantes que redundaran en una mayor calidad de la atención de salud, por cuanto en modo alguno debe ceñirse su interpretación a términos de ganancia, sino a una utilización eficiente de los recursos con el objetivo de satisfacer las necesidades creciente de salud de la población, aunque también contribuye al ahorro monetario al utilizar de forma más racional de los recursos.
- Importante contar con un Sistema de Costo, más aún lo es su utilización como herramienta de dirección, que sin afectar la cantidad y calidad de los servicios presente a su vez una marcada tendencia a hacer más barato.

1.2.2 Centros de costos en la actividad hospitalaria.

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 su ordenamiento para el procesamiento de los costos, se clasifican en:

- Centros de Servicios Generales y Administrativos: Departamentos que cumplen funciones de dirección y administración, de aseguramiento material y de servicios no médicos que colaboran con el resto de los centros.

- Centros de Costos Auxiliares: Cooperan con los centros médico-asistenciales y los de docencia e investigación en el desarrollo de sus actividades. Mayormente están formados por los departamentos de medios de diagnósticos y tratamientos.
- Centros Finales: Donde se realizan las actividades fundamentales o principales de un hospital y están compuestos por:
 - Centros médico-asistenciales: Su actividad está dirigida hacia la atención directa de los pacientes, los servicios de hospitalización y los servicios externos que brinda la institución.
 - Centros de docencia e investigación: Se identifican fundamentalmente por la realización de actividades de docencia e investigación.
 - Otros centros finales: son los que no se corresponden con las actividades desarrolladas por los centros anteriormente mencionados.

Los centros de costos son segmentos de la organización a los cuales les ha sido asignado un delegado que controla solamente la incurrencia de costos, deben tener un orden específico que facilite el procesamiento de los costos, el cual se determina según las relaciones que existan entre dichos centros.

Para cada centro de costo, generalmente, debe existir más de una base de distribución, llegando a establecerse hasta tres bases como máximo, en correspondencia con el nivel de actividad de cada uno.

Para hacer la captación de los centros de Costo debemos:

- Determinar los centros de costo a utilizar.
 - Clasificarlo en servicios generales o Administrativos, auxiliares y principales.
 - Determinación de la base de distribución según estudio.
 - Determinar el nivel de actividad.
- Tener la seguridad de que toda la fuente de información están basada en:
 - Datos contables.
 - Otros datos necesarios o contables entregados por cada J de Dpto.
- Las tareas preliminares que debemos tener presente después de tener clara la captación de los datos, la determinación de los centros de Costo, su clasificación, la determinación de la base de distribución, así como los responsable de quién garantiza esta información.

La primera de las bases de distribución se considera la única válida para la distribución de los costos y las restantes se utilizan para la determinación de los costos unitarios.

A través del flujo informativo se describe todo el recorrido que se realiza con la información que sobre los costos se recoge para facilitar la comprensión de los elementos que conforman el sistema de costos, los cuales son:

➤ Subsistema de entradas.

Para efectuar el procesamiento de los costos se debe, primeramente, recopilar toda la información, tanto contable como no contable que sea necesaria, o sea, es importante que para dicho procesamiento, se tengan bien definidos los elementos del subsistema de entradas, el cual indica cómo debe realizarse la recopilación de la información, la que además, debe ser oportuna, ya que de esta depende la eficiencia con que se logren los resultados.

La información contable es brindada por el departamento de Contabilidad y la misma debe estar adecuada para su utilización por el sistema de costos. La información no contable, conocida también como datos complementarios o adicionales y que usualmente no se recogen para el trabajo contable, debe tener el desglose requerido para poder ser utilizada como bases de distribución de los centros que se determinen en la implantación del sistema de costos, acorde con el perfil de trabajo y servicios con que cuente cada hospital. Los conceptos de gastos, sobre los que se basa la información contable, son:

Gastos directos:

- Materiales
- Alimentos
- Medicamentos
- Materiales de curación
- Instrumental médico y estomatológico
- Vestuario y lencería
- Material de oficina
- Material de mantenimiento
- Material de aseo personal y limpieza
- Material de cocina y comedor
- Material de laboratorio
- Otros materiales
- Salarios

- Otros Gastos Directos
- Gastos Indirectos
- Subsistema de procesamiento.

El procesamiento de los costos se lleva a cabo mediante cuatro hojas de trabajo, las tres primeras abarcan la distribución de los costos directos o también denominada distribución primaria. Estas tres hojas de trabajo permiten reformular todos los gastos contabilizados, efectuando las desagregaciones a cada uno de los centros de costos, así como, particularizar por cada uno, los conceptos de gastos utilizados.

La cuarta hoja de trabajo refleja la asignación de los costos indirectos o distribución secundaria. Esta se realiza con el objetivo de posibilitar la distribución de las cuantías de los gastos acumulados en los centros de costos de Servicios Generales y Administrativos y los centros Auxiliares, de acuerdo al orden de cierre, hacia los centros finales, quienes desarrollan las actividades fundamentales de la organización.

Todos los costos que se distribuyen hacia estos centros finales constituyen los costos indirectos.

- Subsistema de Salidas

Para el desarrollo de un análisis de los resultados obtenidos en el procesamiento de los costos se definen varios informes que varían en dependencia de a quienes vayan dirigidos, en función de esto, se relaciona el comportamiento de los costos en los centros de costos que forman parte de la estructura organizativa adecuado a su nivel de subordinación.

1.3 Los hospitales como empresas complejas

Al compás de los cambios ideológicos, sociales, políticos y económicos de los últimos tres siglos, unidos a los avances científicos y tecnológicos, los hospitales han adquirido el carácter de organizaciones humanas complejas. Esa complejidad deriva de la multiplicidad de variables intervinientes en el funcionamiento de las entidades hospitalarias para alcanzar la misión que tienen en la sociedad.

La misión de los hospitales es prevenir las causas de pérdidas de salud, restablecer la salud y atenuar el dolor de las personas. En el cumplimiento de esta misión intervienen múltiples y diversas variables, entre otras:

- a) numerosas personas con distintos grados de formación y desarrollo,
- b) muchos conocimientos científicos y tecnológicos diversos,
- c) múltiples equipamientos con distintos grados de desarrollo tecnológico,

- d) una enorme cantidad de productos hospitalarios diferentes para satisfacer necesidades variadas en aumento,
- e) grandes cantidades de procesos diferentes,
- f) enormes sumas de dinero para financiar la actividad,
- g) múltiples y diversas fuentes de financiamiento,
- h) una población de edad cada vez mayor en aumento,
- i) una legislación sanitaria cambiante,
- j) numerosos y diferentes prestadores de servicios vinculados al hospital con diversas relaciones jurídicas y económicas.

Esta complejidad, desde un punto de vista directivo, desenvuelve la desafiante necesidad de organizar dinámicamente las múltiples y diversas variables, vinculándolas entre sí a través de una orientación vectorial y con sentido estratégico de las actividades hospitalarias a realizar para el cumplimiento de la misión sanitaria, durante un tiempo pactado.

1.4 Los hospitales como empresas de funciones.

Tradicionalmente, los hospitales se han organizado en departamentos de servicios médicos, unidades centrales de diagnóstico, unidades centrales de servicios de apoyo y unidades centrales de servicios generales, respondiendo a un criterio funcional.

La división del trabajo en departamentos de servicios médicos ha respondido a especialidades clínicas, orientadas a vísceras, órganos y diversas partes del cuerpo humano, tales como cardiología, dermatología, estomatología, endocrinología, fonoaudiología, gastroenterología, ginecología y obstetricia, nefrología, neumonología, neurología, odontología, oftalmología, oncología, otorrinolaringología, pediatría, psicología, psiquiatría, traumatología, urología, citología, reumatología, entre otros.

Las unidades centrales de diagnóstico se han desarrollado respondiendo a una división del trabajo por especialidades diagnósticas, tales como laboratorios, medicina nuclear y cámara gamma, radiología (radiografía general, mamografía, tomografía lineal), radiocinematografía, resonancia nuclear magnética, entre otros.

Las unidades centrales de servicios generales llevan a cabo funciones necesarias para el funcionamiento de los hospitales pero de carácter secundario, tales como dirección general, finanzas, personal, comercialización.

Las unidades centrales de servicios de apoyo responden a las necesidades de ayuda de las tres clases de departamentos anteriores y de los pacientes del hospital, tales como ambulancia, farmacia, inyectables, curaciones, presión arterial, ropería, limpieza, mantenimiento, entre otros.

1.4.1 El cálculo de costos en hospitales organizados funcionalmente

Desde la concepción funcional de organización de un hospital, el cálculo de costos presenta distintas alternativas. Puede calcularse el costo de un servicio, de una orden de diversos servicios, de un departamento, de un centro de responsabilidad, de un centro de costos o de un centro de beneficios. En todas estas alternativas el procedimiento de cálculo del costo será siempre similar. Consistirá en sumar los insumos directos, las remuneraciones directas y los costos indirectos del objeto cuyo costo se ha solicitado.

La principal dificultad consistirá en repartir los costos indirectos, los cuales son comunes a los distintos objetos de costos. El reparto de los costos comunes se resuelve a través de distintas asignaciones sucesivas, conocidas como asignación primaria, secundaria y terciaria. Si fuera necesario, puede continuarse con otras asignaciones.

La asignación primaria consiste en asignar los costos directos a cada clase de Centros de Costos (Departamentos de Servicios Médicos, Unidades Centrales de Diagnóstico, Unidades Centrales de Servicios Generales y Unidades Centrales de Apoyo).

La asignación secundaria consiste en distribuir los costos de las Unidades Centrales de Apoyo a los Departamentos de Servicios Médicos, a las Unidades Centrales de Diagnóstico y a las Unidades Centrales de Servicios Generales.

La asignación terciaria consiste en distribuir los costos de las Unidades Centrales de Servicios Generales a los Departamentos de Servicios Médicos y a las Unidades Centrales de Diagnóstico.

Finalmente, la asignación cuaternaria consiste en distribuir los costos de las Unidades Centrales de Diagnóstico a los Departamentos de Servicios Médicos. Estas asignaciones sucesivas permitirán calcular el costo total que demanda de las diversas Unidades Centrales y de los variados Departamentos Médicos durante un período determinado. A partir de estos costos totales por Centros de Costos será posible calcular los costos unitarios de los diversos servicios prestados. El costo unitario por servicio resultará de la división del costo total del Centro de Costos entre el número de servicios ofrecidos en el tiempo considerado. Como puede observarse, los costos unitarios de los servicios no son costos exactos, sino costos medios, obtenidos de la acumulación de los costos directos y de los costos indirectos.

La organización funcional de los hospitales se basa en la división del trabajo y en la fijación física y temporal de los conocimientos especializados en Departamentos y Unidades Centrales. La

especialización y la fijación física y temporal obligan al paciente a circular por los Departamentos del Hospital de acuerdo a sus necesidades de diagnóstico y terapéuticas.

Cuando el hospital crece en número de unidades, cada una de ellas queda aislada de las demás. Se torna difícil mantener una visión de conjunto. La dirección no logra mejorar la eficiencia del hospital, quedando en manos de los responsables de las diversas unidades la tarea de mejorar la productividad de sus respectivos departamentos.

Para superar esta fragmentación de las organizaciones hospitalarias se recurre, con frecuencia, a sistemas informáticos de programación y control que sigan la secuencia de diagnósticos y tratamientos que el paciente demanda. Pero los sistemas informáticos no resultan suficientes para solucionar los problemas de comunicación y cooperación generados por la especialización del conocimiento, la división del trabajo y la fijación física de las unidades o departamentos. Las consecuencias de esta organización funcional e informatizada de los hospitales son ineficiencias por desperdicios de recursos, des economías de escala, incapacidad de aprovechar el efecto experiencia, pérdida de conocimientos producidos, desmotivación del personal e insatisfacción del cliente.

Estas consecuencias se traducen en acumulación de pacientes en salas o pabellones, largos tiempos de espera para diagnósticos y tratamientos, duplicación de diagnósticos y pruebas terapéuticas o realizaciones innecesarias, gran cantidad de traslados de pacientes y personal por las distintas dependencias, exceso de inventarios, obsolescencia de material y consumos excesivos e innecesarios de recursos y medicamentos.

1.5 El hospital como empresa de servicio.

Las ineficiencias de los hospitales ocasionadas por la organización funcional están siendo superadas en los países desarrollados a partir de la consideración del hospital como empresa de servicios.

En un hospital hay tantos “productos sanitarios” como pacientes distintos reciban atención en el período que se considere. Al considerar al hospital como empresa de servicios, la complejidad a organizar deriva de:

- la diversidad y cantidad de pacientes tratados y de
- la diversidad y cantidad de procesos clínicos aplicados.

Los Hospitales son empresas multiproducto en las que se ofrecen productos físicos como análisis de laboratorio, radiografía, menú y productos intangibles como diagnósticos y atención al enfermo. El hospital ofrece tantos productos como tipologías de enfermos son atendidas. Esos productos son difíciles de estandarizar pues dependen de la diversidad de pacientes o casos que se presenten y de los atributos relevantes que diferencian a unos de otros, tales como ser alérgico a alguna droga, tener veinte o sesenta años y necesitar o no una intervención quirúrgica.

1.5.1 Producto Hospitalario

La gestión del hospital como empresa de servicios demanda una definición y una medida del Producto hospitalario. Se hace necesario, entonces, caracterizarlo con la mayor amplitud posible con la finalidad de administrarlo a partir de las características médicas y de gestión más relevantes.

En una primera aproximación, el Producto Hospitalario puede definirse como el conjunto de servicios que presta el hospital, la tipología de casos que atiende y la gama de cuidados que se presta al paciente hasta su alta hospitalaria. Las variables que, con frecuencia, más determinan la oferta del Producto Hospitalario son la cantidad y variedad de servicios, casos y cuidados; la identificación y medida de ellos, así como el grado de elaboración. Ver anexo 3

La heterogeneidad de los componentes del producto hospitalario y de sus características llevó a considerar la necesidad de definir grupos homogéneos de productos. La definición de estos grupos de productos es posible a partir de los Sistemas de Clasificación de Pacientes, derivados de los estudios estadísticos de los fenómenos patológicos comenzados en el siglo XVIII, la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada a mediados del siglo XIX de la mano de William Farr y de la primera publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud en los años cuarenta y conocida como CIE – 6.

Los grupos homogéneos de productos hospitalarios son concentradores de componentes y características por conocimientos y recursos especializados por etiología. Así, la nueva propuesta conduce a una nueva especialización. La división del trabajo vuelve a ser la solución de fondo, Sin embargo, debe advertirse, que la innovación consiste en qué es lo que se especializa, cómo se especializa y con qué intensidad. En primer lugar, la propuesta especializa los *procesos* y no las funciones. Por otra parte, se trata de una especialización horizontal y no vertical.

1.6 La eficiencia en el sistema de salud cubano.

En el mundo actual es de vital interés medir la eficiencia económica de las actividades debido a la crisis y escasez de recursos que azota a todos los países, sobre todo a los subdesarrollados, de donde se deriva la necesidad de controlar mejor dichos recursos.

En pos de mejorar la eficiencia en el sector de la salud, se plantean direcciones de trabajo en las que se deben priorizar esfuerzos, entre estas están: las actividades que inciden con mayor fuerza sobre la eficiencia, como son la atención primaria de salud y la atención hospitalaria; y los aspectos técnico organizativos, entre los que se destaca un adecuado control de los recursos disponibles mediante un sistema de costos.

El Sistema de Costos de los servicios de salud en Cuba, constituye uno de los criterios fundamentales en la evaluación de la eficiencia económica, así como también, refleja el nivel de

productividad y de aprovechamiento de los recursos utilizados; aspectos que evidencian la necesidad de su existencia y funcionamiento.

Si se concibe a la eficiencia como la relación entre la disponibilidad de recursos y los resultados obtenidos, es posible afirmar entonces que el sistema de salud cubano tiene una alta eficiencia, pues Cuba ha tenido resultados exitosos en la atención a la salud de la población, ya que sus indicadores de morbilidad y mortalidad son comparables a los de países desarrollados, a pesar de que la disponibilidad de recursos financieros es mucho más limitada.

A partir de 1990, el sistema de salud cubano se vio considerablemente afectado, como consecuencia del deterioro sufrido por la economía cubana en ese período, debido a las limitaciones impuestas al acceso de recursos como instrumentos, equipos y medicamentos, situación propia de los efectos restrictivos en la disponibilidad de recursos por la crisis económica mundial y la desaparición de la antigua URSS y de los países de Europa Socialista, las consecuencias de la aplicación de políticas neoliberales en América.

Latina y el recrudecimiento del bloqueo económico impuesto al país por el gobierno de Estados Unidos de Norteamérica.

Parecería ilógico suponer que una continuada afectación en la disponibilidad de recursos no fuera a afectar, a la larga, la capacidad del sistema para hacer frente a las necesidades de salud del país. El deterioro acumulado de la infraestructura tecnológica de las instituciones, ha constituido una amenaza potencial para los resultados de la salud pública cubana.

En la interpretación de la eficiencia como la mejor relación entre recursos y resultados, el nivel de esta se vincula directamente con la cantidad y calidad de los resultados, e indirectamente con el volumen de recursos utilizados. De este modo, los márgenes para mejorar la eficiencia habría que encontrarlos, por una parte, en beneficios no alcanzados, y por otra, en recursos mal aprovechados.

Es claro que en Cuba, el Estado y más concretamente, el Sistema Nacional de Salud, ha asumido la responsabilidad en la atención de la salud de la población, para lo cual se destinan recursos materiales, humanos, financieros y tecnológicos. Una adecuada contabilidad de estos recursos es un factor decisivo en la medición de la eficiencia alcanzada, a través de su comparación con indicadores de salud y sus equivalentes de servicios prestados. En la relación $\text{Eficiencia} = \text{Resultados} / \text{Recursos}$ se podría considerar, como única fuente para mejorar la eficiencia, el lograr una mejor distribución y utilización de los recursos. Sin embargo, para la valoración de los resultados también es preciso tener en cuenta otros tipos de productos del sistema de salud, como: la calidad del ambiente en el que la población desarrolla sus actividades, el confort en los servicios recibidos y la satisfacción de prestadores y receptores de la atención médica. Existen herramientas disponibles para abordar la evaluación y posteriormente, el mejoramiento de la eficiencia en la salud pública cubana, pueden

mencionarse aspectos de carácter global como el perfeccionamiento de las estructuras técnicas organizativas del sistema de salud, la implantación de sistemas efectivos de contabilidad y el empleo de métodos efectivos de planificación sanitaria.

Es evidente que, para mantener y superar los logros alcanzados por la salud pública cubana, se debe trabajar con el propósito de superar los niveles de eficiencia alcanzados y eliminar algunas brechas que pudieran afectarlos¹, en tal sentido deben tenerse en cuenta dos direcciones fundamentales de trabajo, dirigidas hacia la identificación de las entidades y actividades del Sistema de Salud donde se deben priorizar esos esfuerzos, y a la definición de los aspectos técnico-organizativos del Sistema Nacional de Salud en los que es posible la realización de esfuerzos dirigidos a mejorar la eficiencia. Una dirección de trabajo, apunta a identificar a aquellas entidades y actividades del Sistema Nacional de Salud en que se deben centrar los esfuerzos entre las cuales pueden mencionarse:

1.6.1 La atención primaria de salud.

Constituye la piedra angular del sistema sanitario, mediante esta, enfrenta la mayor parte de las necesidades de salud de la población. Del éxito de su trabajo depende, en gran medida, la eficiencia general del sistema. En efecto, una atención primaria efectiva contribuye a reducir las demandas sobre otros niveles del sistema de mayor complejidad y, por lo tanto, de mayor costo. La atención primaria de salud debe concebirse como un sistema de servicios. Su eslabón principal está constituido por el médico y la enfermera de la familia, pero también está integrado por otras actividades, como el programa de atención materno-infantil, el sistema de urgencias, la educación para la salud y el saneamiento ambiental, entre otras. Elevar la eficiencia en este complejo nivel de atención constituye uno de los más estimulantes desafíos de la Economía de la Salud.

1.6.2 La atención hospitalaria.

En este nivel de atención se concentra la mayor parte de los recursos materiales y tecnológicos del sistema de salud. Su misión no puede verse aislada de la atención primaria, a la cual complementa. Se le suele atribuir el mayor peso en los gastos sanitarios, de ahí la importancia de encaminar esfuerzos para hacerla más eficiente. En este sentido, la organización y perfeccionamiento de las actividades hospitalarias, en cuanto a aspectos gerenciales y de calidad de los servicios, así como el proceso de redimensionamiento, desempeñarán un papel decisivo.

Otra aproximación en el ámbito de las direcciones señaladas, permite proponer la necesidad de que se incluyan elementos tales como:

- Perfeccionamiento de los estilos de dirección, de la formación de recursos humanos y la capacitación en temas económicos y gerenciales.

- Llevar adelante el proceso de redimensionamiento dentro del sector, con la finalidad de ajustar sus capacidades a las necesidades reales de la salud pública cubana.
- Desarrollo de sistemas de información, ya que disponer de un sistema de información adecuado es un requisito imprescindible para la gestión eficiente del sistema de salud. En cuanto a la información de carácter económico, debe priorizarse el establecimiento y la ampliación de sistemas contables complementados con información sobre resultados de salud, ya que la información sobre costos tiene una utilidad limitada si no se relaciona con los resultados de los servicios de salud. En este sentido, conviene insistir en la necesidad de desarrollar indicadores capaces de reflejar no solamente la cantidad de acciones realizadas, sino también, aquellos que reflejen la calidad de los servicios brindados y el impacto sobre la salud de la población.
- Incrementar y perfeccionar los controles económicos, elemento que se puede considerar con mayor urgencia ya que la base fundamental para la valoración en términos estrictos de la eficiencia, es precisamente un adecuado control de los recursos disponibles, expresado mediante sistemas de costos.

Capitulum II



Capítulo II: Diagnóstico de la entidad objeto de estudio y procedimiento para la determinación de los costos por pacientes con asma bronquial en el policlínico de Palmira Manuel Piti Fajardo.

Este capítulo tiene como objetivo principal presentar el procedimiento para la determinación de los costos en el policlínico Piti Fajardo de Palmira, partiendo de una caracterización de la entidad objeto de estudio así como la valoración de las necesidades y ventajas de obtener el costo por pacientes.

2.1 Caracterización de la Dirección Municipal de Salud de Palmira.

La Dirección Municipal de Salud se encuentra ubicada en la calle Máximo Gómez S/N entre Callejón Moreira y Noria, cuenta con un total de 874 trabajadores de ellos 663 son mujeres y están registrados por las siguientes categorías ocupacionales:

OBREROS	93
DE ELLOS MUJERES	48
TECNICOS	620
DE ELLOS MUJERES	521
ADMIISTRATIVOS	8
DE ELLOS MUJERES	8
SERVICIO	112
DE ELLOS MUJERES	64
DIRIGENTES	41
DE ELLOS MUJERES	22
# TRAB. SEGÚN REG.	874
DE ELLOS MUJERES	663

Tomado de Registro de trabajadores por categoría ocupacional de la Dirección Municipal de Salud Palmira

Marco jurídico:

El 26 de diciembre de 1988 se emite la Resolución 311, firmada por Joaquín Benavides Rodríguez, presidente de la Comisión Nacional del Sistema de dirección de la Economía, donde se crea la Unidad Presupuestada Dirección Municipal de Salud de Palmira, subordinada al Consejo de la Administración del Poder Popular y con personalidad jurídica propia.

Misión:

Liderar una atención intersectorial comunitaria, integrar al individuo la familia y medio ambiente sobre la base de la promoción de salud, la prevención, la curación y rehabilitación de las enfermedades con un personal calificado y con profesionalidad para lograr la satisfacción de nuestro conjunto poblacional.

Visión:

Ser líder de las transformaciones de la salud en la provincia logrando que los trabajadores y ciudadanos del Municipio de Palmira se sientan orgullosos, seguros y satisfechos con los servicios que brindamos.

Objeto Social:

El 30 de diciembre de 2004 se emite la última modificación del objeto social en Resolución 969 firmada por José Luis Rodríguez García, Ministro de Economía y Planificación.

- Modificar la promoción de Salud así como la asistencia preventiva curativa y el control higiénico epidemiológico, a través de la aplicación de estrategias y programas priorizados del Sistema Nacional de Salud.
- Brindar servicios de salud a los ciudadanos cubanos en las especialidades y modalidades definidas para el centro.
- Efectuar el control higiénico epidemiológico del medio extra hospitalarios.
- Realizar actividades de investigación y desarrollo en las actividades que le son afines.
- Realizar actividades de educación para la salud de la población.
- Brindar atención integral promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y habilitación de la salud en la población.
- Brindar servicios de comedor y cafetería, a estudiantes y trabajadores en pesos cubanos.
- Acometer la inspección sanitaria estatal para exigir la aplicación de las normas territoriales y cumplimiento de los planes y programas de la higiene epidemiología.
- Realizar actividades docentes fundamentalmente de perfeccionamiento de técnicos y especialistas de pregrado y postgrado.
- Realizar actividades de investigación y desarrollo en las actividades que le son afines a cada unidad, actuando como centro de referencia.

Figura 2.1: Instituciones de salud que pertenecen a este municipio.



Fuente: Elaboración Propia

2.2 Caracterización del policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.

El Policlínico Docente Piti Fajardo, está ubicado en la cabecera del municipio de Palmira que abarca una extensión territorial de 319 Km. con una población de 24406 habitantes. Esta área de salud limita por el norte con Cruces, al sur con Cumanayagua, al este con Cruces y Cumana yagua y al oeste con el asentamiento de Espartaco.

Dentro del perímetro que ocupa el área de salud existen cinco consejos populares (Palmira Norte, Palmira Sur, Espartaco, Elpidio Gómez y Arriete).

Misión:

Somos los encargados de brindar atención integral de salud al individuo, la familia y el medio ambiente, sobre la base de la promoción de salud y la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, con un personal satisfecho y de elevada competencia para lograr la satisfacción de nuestros pobladores y trabajadores y lograr la excelencia en los servicios.

Visión:

Policlínico, símbolo de las transformaciones de la salud en el municipio, orgullo de los pobladores de Palmira y nuestros trabajadores.

2.2.1 Antecedentes históricos del policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira

Antes del triunfo de la revolución en 1959 la asistencia médica en Palmira se realizaba por uno o dos médicos particulares y por los mismos farmacéuticos que recomendaban la medicina según la sintomatología de los pacientes que a ellos acudían la mortalidad infantil era alta y las primeras causas de muerte era las infecciones y el parasitismo.

Con el Triunfo de la Revolución en 1959 se instauró por municipios centros dedicados a llevar la medicina de forma gratuita a cada uno de los ciudadanos e este país cumpliéndose así uno de los objetivos que perseguía la revolución cubana y planteados por Fidel en su alegato histórico durante el Juicio por el asalto al cuartel Moncada que todos conocen como La Historia me absolverá

En Palmira funcionaron algunos locales como Policlínicos Comunitarios como fueron donde está hoy el PCC Municipal, donde radica el restaurante el Colonial, ya en 1881 se inauguró el Policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira que fue concebido como un Policlínico Comunitario donde funcionaban dos sectores de Medicina (Adultos) y dos sectores de pediatría, en 1984 se aumentó un sector de medicina ,se comenzaron las campañas de vacunación que lograron erradicar enfermedades propias de los países subdesarrollados y la tasa de mortalidad infantil fue bajando gradualmente

En 1988 se comenzó gradualmente a poner el marcha el Plan del Médico de familia y el concepto de Policlínico comunitario paso a ser un el de Policlínico Docente con más servicios especializados y lógicamente un aumento considerables de la Plantilla de personal Técnico profesional y de servicio elevándose los costos, pero indudablemente también los beneficios a la población ,disminuyéndose progresivamente las tasas de mortalidad y en el año 2011 la tasa de mortalidad infantil en Palmira cerro en cero un logro histórico y que a pesar de los costos elevados por la cantidad de servicios y controles de salud a la población si tenemos en cuenta que la función del policlínico no es solo atender enfermos sino que incluye la Prevención ,la promoción ,la curación y la rehabilitación.

En el 2006 se remodelo el Policlínico y se construyó anexo al mismo una ala de rehabilitación donde funciona un servicio de rehabilitación integral y un servicio de Medicina natural y Tradicional, se destaca también la apertura de un servicio de Terapia intensiva inaugurada con dos camas, equipos de alta calidad para la atención al paciente grave y personal preparado para la atención a la urgencia, gracias a este proyecto, han sido salvadas cientos de vidas y ha sido posible ofrecer una atención de mayor calidad a la comunidad, actualmente el policlínico cuenta con 20 consultorios con médicos de familia y un consultorio en Trujillo con una Licenciada en enfermería y un médico que lo visita semanalmente, además cuenta con la especialidades básicas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia.

Todo este progreso y desarrollo constante de la salud en Palmira constituye y aumento considerables y progresivo de los costos y en la salud aspectos que debe tenerse en cuenta para la utilización óptima de los recursos humanos y de los medios técnicos para evitar gastos innecesarios

2.2.2 Situación demográfica.

El área de salud cuenta con una densidad poblacional de 24833 habitantes predominando los grupos de edades entre 25 y 59 años, en cuanto al sexo se comportan de la siguiente forma: 12505 pertenecen al sexo masculino para un 50.36 % de la población y 12328 al sexo femenino para un 49.64%

Dentro del perímetro que ocupa el área de salud, se encuentran ubicadas importantes instituciones y centros como:

- 1- Escuelas primarias urbanas -4
- 2- Escuelas primarias rurales -3
- 3- Escuela Secundaria Básica Urbana - 1
- 4- Escuelas Mixtas -2
- 5- Casa de Cultura - 1
- 6- Museo
- 7- Círculo Infantil - 2
- 8- Farmacia - 4
- 9- Biblioteca pública - 1
- 10- Banco popular de ahorro - 3
- 11- Combinado de Servicios - 1
- 12- Panaderías y dulcerías - 6
- 13- Unidades comerciales - 25
- 14- Unidades gastronómica - 17
- 15- Instalaciones deportivas - 5
- 16- Centros (Granjas) de producción avícola - 1
- 17- Unidades Básicas de Producción Cooperativas - 2 (1 cañera, 1 ganadera)
- 18- Cooperativa de Crédito y Servicios Fortalecida - 1
- 19- Combinado Cárnico.

- 20- Centro Porcino.
- 21- Matadero de Aves.
- 22- Centro de producción de materiales de la construcción - 1
- 23- Iglesias, Logias y otras instalaciones religiosas - 6
- 24- CAI Elpidio Gómez.

2.2.3 Composición de los Recursos Humanos:

Total de trabajadores -----	579
Obreros del sector-----	61
Trabajadores de servicios-----	82
Técnicos-----	94
Dirigentes-----	19
a) Médicos-----	5
b) No médicos-----	13
c) Enfermeras-----	1
Administrativos-----	6
Total de Médicos-----	97
a) Especialistas en MGI-----	24
b) Estomatólogos -----	22
c) Otros Especialistas-----	10
d) Familiarización-----	7
e) Médicos generales-----	15
f) Residentes-----	19
Enfermeras-----	114
a) Licenciadas-----	71
b) Técnicos Medios -----	25
c) Enfermeras generales -----	18
Otros Técnicos propios del Sector-----	60

2.2.4 Situación de Salud Principales indicadores 2011.

Contamos con una población adulta con tendencia al envejecimiento en la que predomina un nivel educacional medio.

Indicadores fundamentales del programa Materno Infantil.

Indicadores.	Número.	%
Mortalidad Materna	0	0
Mortalidad Infantil	0	0
Bajo peso al nacer.	16	5

La prevalencia de enfermedades no transmisibles (Trazadoras) se comporta similar a la media nacional.

Enfermedades no Transmisibles.	No.	%
Hipertensión arterial.	1506	7.30
Asma Bronquial.	2395	9.64
Diabetes Mellitus.	1004	4.04
Insuficiencia Renal	26	0.13
Hipercolesterolemia	154	0.62
Cardiopatía Esquémica	887	4.30
AVE	96	0.47
Cáncer	212	0.85
EPO	95	0.46

2.2.5 Objetivos Estratégicos para el año 2012

No	Objetivos de Trabajo
1	Incrementar el estado de salud de la población y su satisfacción con los servicios. (L-154, L-42, L-157, L-08, L-11)
2	Fortalecer las acciones de higiene, epidemiología y microbiología. (L-154, L-159, L-158)
3	Ejercer la regulación sanitaria. (L- 158, L154)
4	Cumplir con Consolidar las estrategias de formación, capacitación e investigación. (L-143, L-145,L-150)
5	Cumplir con las diferentes modalidades de la cooperación Internacional del Sistema de Salud Cubano.(L-110)
6	Incrementar la racionalidad y la eficiencia económica en el Sector.(L-173,L-73,L-76,L-78,L-154,L-247,L-248,L-249,L-253,L-155,L-172)

Fuente: Elaboración propia

2.3 El proceso de determinación de los costos en las instituciones de salud cubanas.

Los hechos económicos que se suceden en la ejecución de las actividades de las instituciones de salud 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 sub diarios 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 la institución, 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 desde un aspecto general; de por sí, no es utilizable directamente para la determinación de los costos incurridos por un área determinada. Para ello es preciso realizar las distribuciones primarias y secundarias de los costos.

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.

Esta hoja se habilita mensualmente utilizando hojas columnarias y tiene como objetivo anotar todas las salidas de materiales efectuados a los centros de costo. Al preparar la hoja de trabajo por primera vez, el contador de costos debe identificar todos aquellos epígrafes y partidas que usualmente se utilizan en la contabilización de los gastos de la entidad, para lo que debe revisar el submayor correspondiente. Debe tenerse en cuenta que el presente resumen también incluye aquellos gastos de materiales pagados con el fondo para pagos menores de la institución.

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

El objetivo de esta hoja es anotar todos los gastos de salarios devengados por los trabajadores en la institución; así como efectuar las reasignaciones de salarios que procedan a otros centros, motivados por la participación de dichos trabajadores en sus actividades.

También 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 de estado. Se debe habilitar además una última columna para efectuar la reasignación del salario o parte del mismo; de algunos trabajadores, como es el caso de las auxiliares de limpieza, que en las nóminas departamentalizadas aparecen en servicios generales y en mantenimiento respectivamente. Esta hoja de trabajo se elabora mensualmente y se presenta por centros de costos, para lo que igualmente se habilitan hojas columnares.

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

El objetivo de esta hoja es anotar todos los gastos incurridos por la institución, por concepto de dietas, de servicios recibidos, prestaciones sociales y otros que no tengan carácter material; de acuerdo a los diferentes centros que han originado los mismos. Esta hoja de trabajo permite reformular para los costos a todos los gastos contabilizados, efectuando las desagregaciones a cada uno de los centros de costo; así como particularizar por cada uno de los mismos, los conceptos de gastos que incluye.

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 sus actividades fundamentales. Para sistematizar la distribución secundaria de los costos se utiliza la hoja de trabajo No. 4.

- Hoja de Trabajo No 4 (HT - 4): Hoja de distribución de costos indirectos.

Esta hoja sirve para 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 éstos 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. Debe señalarse que 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.

La (HT – 4) presenta las siguientes generalidades:

- Se habilita mensualmente utilizando hojas columnarias.
- Como es necesario garantizar el análisis de los costos por cada centro o área de responsabilidad. Se debe propender al conocimiento de los costos puros, eliminando los gastos sobre los que no puede actuar el jefe correspondiente. A esos efectos se tiene el centro de costo “auxiliares y de administración” en el que se descargan los costos de los centros que se relacionan y que no son objetos de distribución al resto de los centros en esta hoja de trabajo.
- Teléfono.
- Resto de los gastos después de deducir el pago de la factura por el servicio recibido.
- Áreas administrativas.
- Almacén de misceláneas.
- Comedor.
- Registros médicos.
- Farmacia.

No obstante mensualmente debe realizarse un prorratio en base al número de trabajadores de los centros finales a los que se les incrementa el monto del centro “auxiliares y de administración”. Esto se realiza con el fin de conocer en la alta dirección del centro y los niveles superiores los costos

unitarios de los centros finales según la ejecución real de la unidad, cuestión ésta que en la base no tiene fundamento ya que cada jefe de centro de costo debe analizar aquellos gastos en los que pueda actuar para su control y aprovechamiento óptimo de los recursos. (Stewart & Reyes, 2008)

Esta es, en sentido general la forma de proceder en cuanto a costos se refiere que estipula el manual correspondiente; vigente para todo el territorio nacional desde la década de los años 80 con una última versión realizada en 1994.

Luego de un análisis puntual de la forma en que se determinan los costos actualmente en las instituciones de salud cubanas, según lo dispuesto por el manual de costos hospitalarios, se exponen 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 de salud cubanas, tienen las herramientas para definir sus centros de costos, clasificados como de servicios generales, 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 debe fluir 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 de salud 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 hacia 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 que precisa.

2.4 La información de los costos en el Policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira

Como se ha planteado anteriormente, el Policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira, siendo justamente allí donde se procesa y analiza la información correspondiente a los costos que se incurren, a pesar de no tener implementado un sistema de costo como tal con todos los requerimientos que estipula el manual de costos emitido por el Ministerio de Salud Pública Cubano.

Seguidamente se analiza el tratamiento y la forma de obtener la información de los costos en esta institución:

- Medicamentos y otros materiales:

Para cualquier centro de costo que requiera de medicamentos se necesita el stop, que no es más que el límite de los mismos que puede haber en un pedido.

El mismo debe estar firmado por el Jefe del departamento, la vicedirección de asistencia médica y el departamento de medicamentos.

El stop de medicamentos está conformado por: el nombre del medicamento solicitado, unidad de medida, dosificación y cantidad del mismo y se solicita con periodicidad diaria.

La enfermera del consultorio encargada de los pedidos al inicio de cada mes solicita los medicamentos y materiales de curación al jefe del almacén en el policlínico de acuerdo al stop de medicamentos, es decir, la enfermera solicita la reposición de medicamentos para alcanzar dicho stop.

Como en el policlínico se realizan todos los pedidos al almacén, el jefe del almacén registra la salida en sus controles de inventario emitiendo el documento correspondiente en original y dos copias, el original se queda en el almacén, una copia queda en manos de la enfermera y la otra al final de cada mes pasa al especialista en costo en el departamento de contabilidad.

- Salario:

Con respecto al salario, en el policlínico se procesa la información correspondiente al tiempo trabajado y por ende el salario a devengar por los trabajadores en las tarjetas de entrada y salida de todo ese personal conjuntamente con la contribución de la seguridad social y el impuesto por la utilización de la fuerza de trabajo.

➤ Electricidad:

En cuanto a la electricidad, la factura llega mensualmente al policlínico desglosada por centros de costo, para efectuar el pago en el departamento de contabilidad. La compañera encargada de las cuentas por pagar la tramita a través de la Oficina Nacional de Administración Tributaria (ONAT) con un CR-09 (solicitud de pago) por ser ésta una unidad presupuestada.

➤ Depreciación de los Activos Fijos Tangibles:

Con relación a la depreciación, en el policlínico existe el control de los activos fijos tangibles y los montos correspondientes de la depreciación de los mismos, utilizando el método de línea recta; los mismos se cargan mensualmente al centro de costo.

➤ Otros servicios:

Para la distribución de los servicios productivos la empresa que presta el servicio le hace llegar una factura a la financiera del policlínico por el costo del servicio prestado, luego se emite el documento solicitud de pago (TH – 71) a la ONAT que mediante una transferencia bancaria efectúa el pago. La ONAT en tanto, archiva el original y le envía a la institución la factura con una copia de la solicitud de pago, en el policlínico, mientras tanto, se clasifica el servicio con el centro o centros de costo que lo recibió o recibieron, para su asignación, atendiendo a tasas de ponderación previamente determinadas.

De esa forma se van cargando todos los costos que tienen que ver con el consultorio No.26 asignándosele además los costos correspondientes a las actividades auxiliares, de mantenimiento, administrativas, de docencia, investigación y apoyo. De igual modo al finalizar el mes el consultorio entrega al departamento de estadística y contabilidad la cantidad de pacientes atendidos, para la determinación del costo por paciente según estipulan los manuales de costo, donde se divide el costo total mensual entre los pacientes atendidos y se obtiene un costo unitario por paciente.

2.5 El procedimiento para el costeo por paciente en el Policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.

El procedimiento que se propone 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, 2009)

El procedimiento consta de dos etapas con sus respectivos pasos y tareas. A continuación se presenta la figura 2.2, donde se expone la primera etapa del procedimiento propuesto

Figura 2.2. Etapa I del procedimiento propuesto para la determinación del costo por pacientes

ETAPA I: CONOCER LA PATOLOGÍA QUE SE VA A COSTEAR	
Pasos	Tareas
1. 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. 1.6 Presentar los criterios de alta.

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

Esta primera etapa tiene como objetivo conocer las particularidades de la patología que se va a costear, puesto que al constituir el paciente el centro del costeo, es importante tener un conocimiento previo de qué tipo de atención precisa y requiere. Además para los objetivos de esta investigación, se considera patología cada servicio hospitalario que requiera el paciente.

Esta etapa consta de un paso con seis tareas, organizadas de forma lógica y coherentemente interrelacionadas, tal y como se expone a continuación:

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- asistencial u hospitalaria. 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 el médico, especialista, enfermera, técnico y asistente así como todo el personal implicado directamente en la atención al paciente, toda vez que debe contener las medidas generales que son indispensables adoptar para el tratamiento de la patología en los 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.

1.6 Presentar los criterios de alta

En esta tarea se explican las condiciones que debe presentar el paciente para ser declarado de alta, los términos de la misma y las complicaciones que pueden alterar estos términos.

De esta forma se cumplimenta la etapa I del procedimiento, logrando un conocimiento elemental de la patología que va a atenderse el paciente, quien es al final el objeto del costeo.

Seguidamente se presenta la figura 2.3, 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 hospitalaria, acudir a personal con experiencia en la actividad de costos para el sector de la salud. 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 2.3. 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. 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 flujo grama, 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 hospitalaria, constituyendo ésta la guía para la confección

del diagrama de flujo. Para cumplimentarla, es preciso combinar la observación directa al paciente con entrevistas, intercambios y reuniones con personal médico especializado.

1.2 Elaborar diagrama de flujo

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

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

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

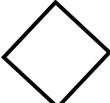
En teoría, no es necesario usar un tipo especial de símbolos para crear un diagrama de flujo, pero existen algunos ampliamente utilizados los que han sido estandarizados como sigue:

- 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 a cada uno de los procesos o momentos por los que transita el paciente, logrando de esta forma que a su salida de la institución hospitalaria se pueda conocer cuánto se ha invertido en su tratamiento. 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 hospitalarios, 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 actividad hospitalaria, atendiendo a la capacidad de asociarse, resulta de singular importancia, toda vez que permite identificar aquellos elementos sobre los que debe prestarse especial atención para desarrollar de forma acertada los procesos de planificación, control y toma de decisiones.

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

Para cumplimentar esta tarea es necesario partir de lo dispuesto en el manual de costos hospitalarios y 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, específicamente los correspondientes al sistema hospitalario y se definen por parte de los expertos y el equipo de trabajo aquellos inductores de asignación de los costos al paciente que resultan más representativos para cada caso, considerando además la posibilidad real de acceso a la información que se requiere para esto.

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 hospitalarias que hayan sido considerados directos se acumulan por paciente a costeo real. Tomándose por cada paciente las cantidades, tipos y costos de

los consumos reales en cada caso, para lo que es aconsejable analizar la historia clínica del paciente, donde deben aparecer los procedimientos médicos que se han llevado a cabo, realizar monitoreo mediante la observación y entrevistas a pacientes, acompañantes y personal médico y procesar esa información mediante un sistema computarizado, en primera instancia Microsoft Excel, habilitando una hoja de costos por paciente.

- Elementos indirectos

En este caso, se asignan los costos por paciente, atendiendo a los inductores definidos con anterioridad, prestando especial atención al paciente como centro del costeo y a los servicios que constituyen costos indirectos y que él requiere para su atención hospitalaria.

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

Asimismo deben ser considerados los costos indirectos definidos por el Sistema Nacional de Salud en el manual de costos hospitalarios que inciden en todos los pacientes de la institución y los días de hospitalización de cada paciente.

El inductor de costo, lo constituye un elemento o base real, mientras que la tasa que se aplica al paciente se obtiene de la división del costo de que se trate entre el inductor correspondiente para un período dado.

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 hospitalaria del paciente. El costo por paciente incluye desde el servicio de recepción en la institución hasta su alta médica.

Se debe habilitar igualmente, una hoja de costos en Microsoft Excel por paciente para facilitar los cálculos y presentar el costo para cada uno, delimitando los conceptos que lo originan, para de este modo auxiliar a la administración en el desarrollo de los procesos directivos de planificación, control y toma de decisiones.

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, atendiendo a sus estadíos clínicos, con el objetivo de analizar las variaciones en cuanto a la media del período, para ello se toman los valores mínimos y máximos por pacientes en cada caso y se analizan puntualmente las causas de la ocurrencia de los mismos, de conjunto con el personal médico que ha incidido en esos costos.

De esta forma queda conformado el procedimiento para la determinación de los costos por pacientes en las instituciones de salud cubanas, procedimiento que permite conocer el costo por paciente atendido de acuerdo a la atención patológica que precisa de la institución, 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

Capitula III



Capítulo III: Aplicación del procedimiento propuesto para la determinación de los costos por pacientes en el Policlínico.

En este capítulo se aplica el procedimiento descrito en el apartado anterior para determinar los costos por paciente atendidos en el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira. Para la implementación del mismo se selecciona la patología de, asma bronquial por interés de la institución al ser la de mayor incidencia en este centro en el año 2011.

A continuación se presenta el modelo para la determinación de los costos por pacientes en el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.

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

Esta etapa consta de un paso con seis tareas para su desarrollo.

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.

A continuación procedemos a la validación del procedimiento propuesto, respetando fielmente las fases, etapas y pasos descritos en el capítulo anterior.

1.1 Nombrar las patologías.

La denominación de la patología objeto de estudio es Asma Bronquial.

1.2 Definir la patología.

Situación patológica cuya naturaleza se desconoce, no se ha podido definir si constituye un síndrome o una enfermedad, no hay conclusiones definidas acerca de su naturaleza, solo hipótesis, ninguna de las cuales han sido definitivamente comprobadas.

Es una enfermedad aún no bien definida considerada como una alteración inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan varias células, en especial mastocitos, eosinófilos y linfocitos, se considera también como un síndrome obstructivo crónico, multicasual, reversible espontáneamente o por tratamiento, producido por una hiperactividad bronquial de origen multifactorial, que ante la estimulación por diversos agentes, produce la tríada fisiopatológica caracterizada por broncoconstricción, edema de la mucosa bronquial e hipersecreción de moco con aumento de la viscosidad de este, lo que conduce a diversos grados de insuficiencia respiratoria que en individuos susceptibles, ocasiona Sibilancia, dificultad respiratoria, opresión en el pecho y tos de grado variable; es el resultado de una reducción de la luz bronquial por espasmo de la musculatura. Por otra parte, en

algunos asmáticos hay evidencias recientes de que puede producirse una fibrosis de la submucosa que contribuye a la alteración persistente de la función pulmonar.

1.3 Presentar el criterio de diagnóstico.

La clínica de una crisis de asma bronquial está denominada por la falta de aire que aqueja al paciente, de comienzo gradual, precedida por una serie de pródomos (cosquilleo nasal, tos seca, lagrimeo, opresión torácica, estornudos, flatulencia, irritabilidad, insomnio) que alerta con frecuencia al enfermo acerca de la inminencia del acceso que progresivamente se va intensificando. La tos es un síntoma molesto, agobiante y produce una expectoración escasa, viscosa y adherente de color blanco nacarado (esputo perlado).

Cuando la crisis cede, ésta se hace fluida y abundante. Existen algunos elementos clínicos que anuncian el agravamiento de la insuficiencia respiratoria tales como confusión mental, cianosis, retracción del esternocleidomastoideo, tórax hiperinsuflado, disminución de los movimientos respiratorios, desaparición de los estertores roncós y pulso paradójico

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Asma leve intermitente

- Síntomas diurnos < de 1 vez/semana
- Asintomático entre las crisis
- Síntomas nocturnos < 2 veces en un mes
- Crisis que duran pocas horas o días
- PEF > de 80 %. Variación < 20 % del PEF

Asma leve persistente

- Síntomas menores de 2 veces / semana
- La crisis puede afectar la actividad normal
- Síntomas nocturnos más de 2 veces en el mes
- PEF mayor de 80 %. Variación entre el 20- 30 %

Asma persistente moderada

- Síntomas diarios con necesidad de beta 2 agonistas de corta duración
- Crisis que afectan la actividad normal
- Crisis mayor de 2 veces / semana y que pueden durar días
- Síntomas nocturnos más de 1 vez por semana
- PEF entre 60 – 80 %. Variación mayor 30 %

Asma persistente severa

- Crisis frecuente con limitación de la actividad física
- Síntomas nocturnos frecuentes
- PEF menor de 60 % y variación mayor de 30 %

Tabla 3.1 CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA CRISIS

Síntomas	Leve	Moderado	Severa	Fallo Respiratorio
Habla	Normal	Frases	Palabras	-----
Conciencia	Agitación	Agitación	Agitación	Somnolencia
Frecuencia Resp.	Aumentada	Aumentada	Aumentada	Normal o ¿
Uso de músculos accesorios	No se presenta usualmente	Uso moderado	Uso intenso	Desbalance tóraco-abdominal
Sibilancia	Moderada	Audible a distancia	Audible a distancia	Ausencia total
Porcentaje PEF	70-80%	50-70%	<50%	-----
Saturación O ₂	Mayor 95%	91-95%	<90%	<90% Cianosis
Pa CO ₂	<40 mm Hg	40-45mm Hg	>45mm Hg	
Pa O ₂	Normal	<60 mm Hg	<60 mm Hg	

Fuente: Elaboración propia

1.4 Establecer los exámenes auxiliares de diagnóstico.

Las pruebas auxiliares que se precisa realizar al paciente para la determinación del Asma

Bronquial son las siguientes:

- Medición del pico del flujo espiratorio.(peak-flow-peak expiratory flow)
- La espirometría
- Pruebas funcionales respiratorias (PFR).
- Test de provocación bronquial con metacolina, histamina o ejercicios.
- Radiografía de tórax AP.
- Pruebas de sensibilidad cutánea.
- Evaluación nasal (por el otorrinolaringólogo) y los senos perinasales (Rx de senos perinasales).
- Determinación de la presencia de reflejo gastroesofágico.
- Determinación de eosinófilos en el suero, esputo y secreción nasal.
- Citología del lavado bronquial.

1.5 Presentar el manejo terapéutico

Objetivos

- Lograr y mantener el control de los síntomas
- Prevenir las exacerbaciones
- Mantener la frecuencia respiratoria lo más cercana a lo normal
- Prevenir la obstrucción irreversible de la vía aérea
- Uso óptimo de fármacos.
- Mantener actividad física normal, vida normal
- Prevención primaria
- Evitar o disminuir la mortalidad por asma

➤ Tratamiento no farmacológico

Aplicación de estrategias educativas y medidas de prevención con el fin de disminuir el impacto de inductores y desencadenantes.

- Educación a los pacientes, padres, maestros
- Promoción de la lactancia materna
- Evitar el polvo casero
- No presencia de animales domésticos.
- Eliminar la presencia de hongos: paredes húmedas, cortinas de baño
- Evitar irritantes de las vías aéreas
- Control del polvo en colchones, sofá, almohadas
- Evitar los juguetes de peluche
- Cuidados con el cuarto
- Eliminar la presencia de flores naturales y artificiales
- Eliminar plagas del hogar, fundamentalmente las cucarachas

➤ Tratamiento farmacológico

Disminuir mediante agentes anti-inflamatorios, la inflamación y la HRB o en caso de exacerbaciones controlar los síntomas con fármacos Broncodilatadores.

Asma leve intermitente

- Beta 2 agonista de corta duración
- Salbutamol o Terbutalina: 1 a 2 inhalaciones para el alivio de los síntomas
- Si más de 1 aplicación al día pasar a la siguiente etapa de tratamiento

Asma leve persistente

- Salbutamol o terbutalina: 1 a 2 inhalaciones a requerimiento, máximo de 6 a 8 veces/ día
- Cromoglicato disódico: 1 cápsula inhalada c/ 6-8 h o 2 disparos (5 mg/disparo) c/ 6- 8 h. Si no mejora al cabo de 3 meses, suspenderlo
- Indicar esteroides inhalados. Se sugiere Beclometasona de 100 a 200 microgramos c/12 horas

Asma persistente moderada

- Salbutamol o terbutalina 1 a 2 inhalaciones a requerimiento, máximo 6 a 8 veces por día
- Cromoglicato disódico. 1 cápsula inhalada c/ 6-8 h o 2 disparos (5 mg/disparo) c/6-8 h. Si no mejora al cabo de 3 meses suspender
- Esteroides inhalados: Beclometasona 400 a 800 microgramos por día em dos subdosis
- Puede asociarse: Beta 2 Agonista de acción prolongada: Sameterol de 50 a 100 microgramos cada 12 horas más 200 microgramos de Beclometasona

Asma persistente severa

- Salbutamol o Terbutalina: 1 a 2 inhalaciones a requerimiento. Dosis máxima 6 a 8 inhalaciones al día
- Beclometasona inhalada 800 microgramos/día c/12h
- Se podrá asociar tratamiento secuencial con uno o más de los siguientes medicamentos:
- Broncodilatador de acción prolongada (Salmeterol oTeofilina)
- Esteroides vía oral puede ser necesario como tratamiento de rescate en cualquier nivel de severidad

1.6 Presentar los criterios de alta.

El paciente tiene criterios de alta cuando al ser reevaluado por el médico de asistencia luego de habersele puesto el tratamiento para la crisis este se encuentre libre de síntomas

De esta forma queda conformado el protocolo del manejo de la patología Asma Bronquial, por lo tanto se procede a desarrollar la etapa No. II del procedimiento propuesto.

Resultados de la etapa II. Determinar el costo por pacientes en la actividad hospitalaria.

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 hospitalaria para la atención del Asma Bronquial 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 hospitalaria que requiere, el mismo se origina a partir de una descripción escrita que recoge la trayectoria de forma general del paciente para la atención del Asma Bronquial.

1.1 Confeccionar descripción escrita

Cuando el paciente llega a cuerpo de guardia es recibido por la enfermera clasificadora y luego pasa al médico, este realiza un exhaustivo interrogatorio y minucioso examen físico los cuales complementan el diagnóstico de la crisis de asma bronquial. Según la sintomatología y los síntomas referidos por el paciente se clasifica la crisis y de ahí se impone el tratamiento adecuado para la misma el cual se refleja en el flujograma de tratamiento según el tipo de crisis. El paciente es reevaluado según requiera el mismo y de acuerdo a la remisión del cuadro o no se toman las medidas correspondientes.

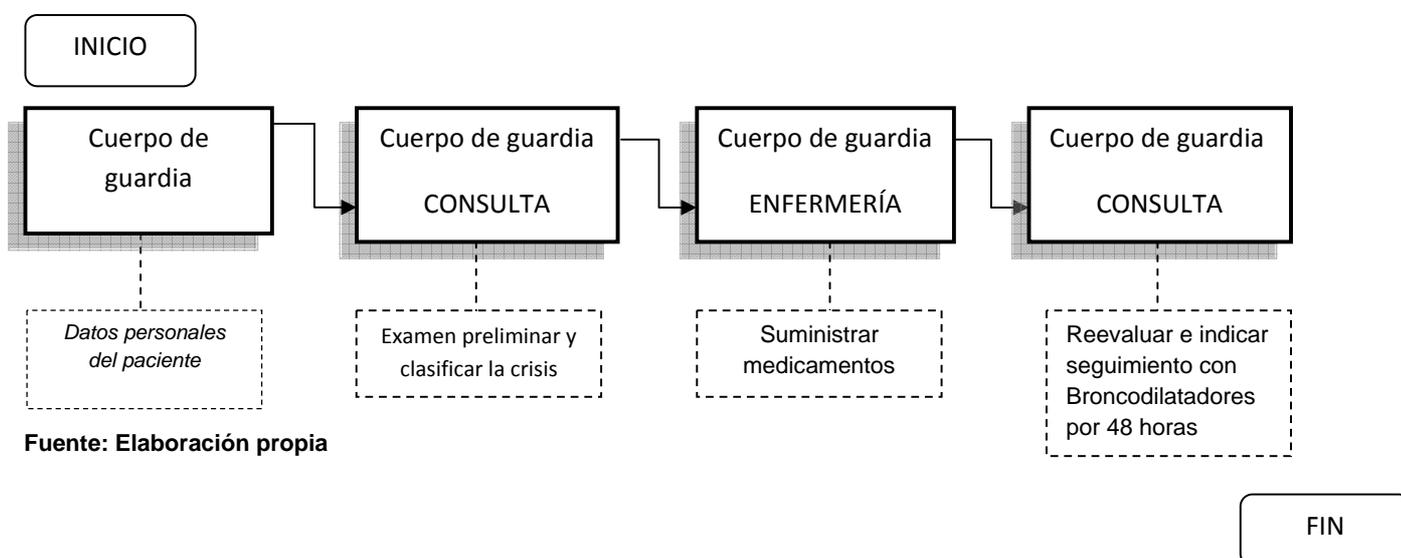
Si se presenta una Crisis Ligera de Asma Bronquial el paciente pasa a la enfermería donde se le aplican los medicamentos y luego es dado de alta.

En caso de presentarse una Crisis Moderada de Asma Bronquial el paciente será llevado a la sala de observación y se le aplicarán los medicamentos necesarios y si es una Crisis Severa pues será ingresado en la sala de cuidados intensivos, y por supuesto recibe el tratamiento establecido.

1.2 Elaborar diagrama de flujo

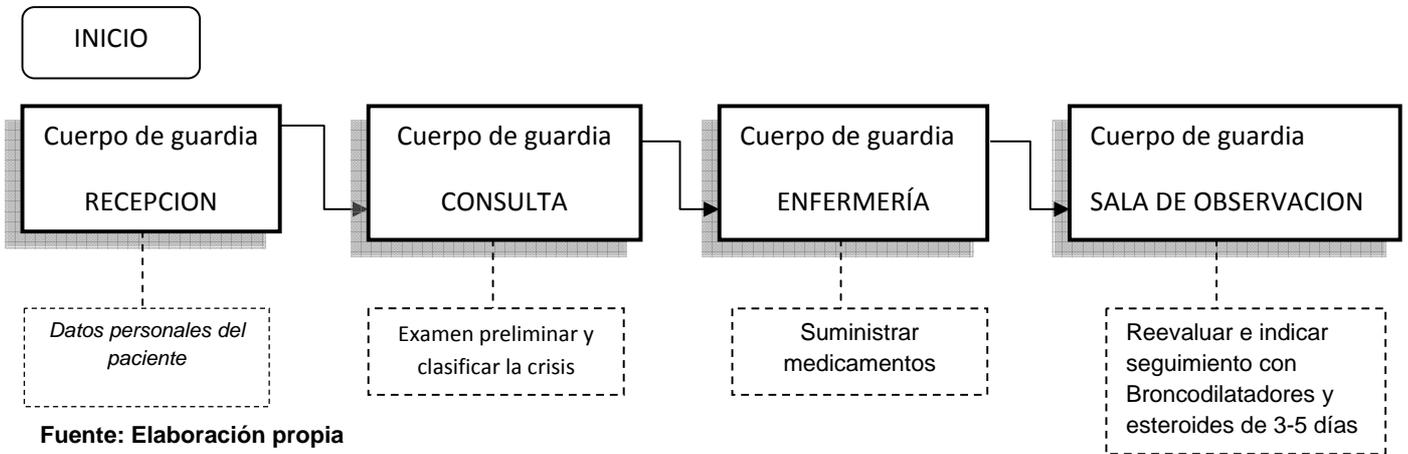
La confección del diagrama de flujo o flujograma se realiza tomando como base la narración o descripción escrita, constituyendo éste el mapa gráfico de toda la trayectoria del paciente dentro del policlínico para la atención de Asma Bronquial

Figura 3.1 Recorrido del paciente con Crisis ligera de Asma bronquial por el policlínico.



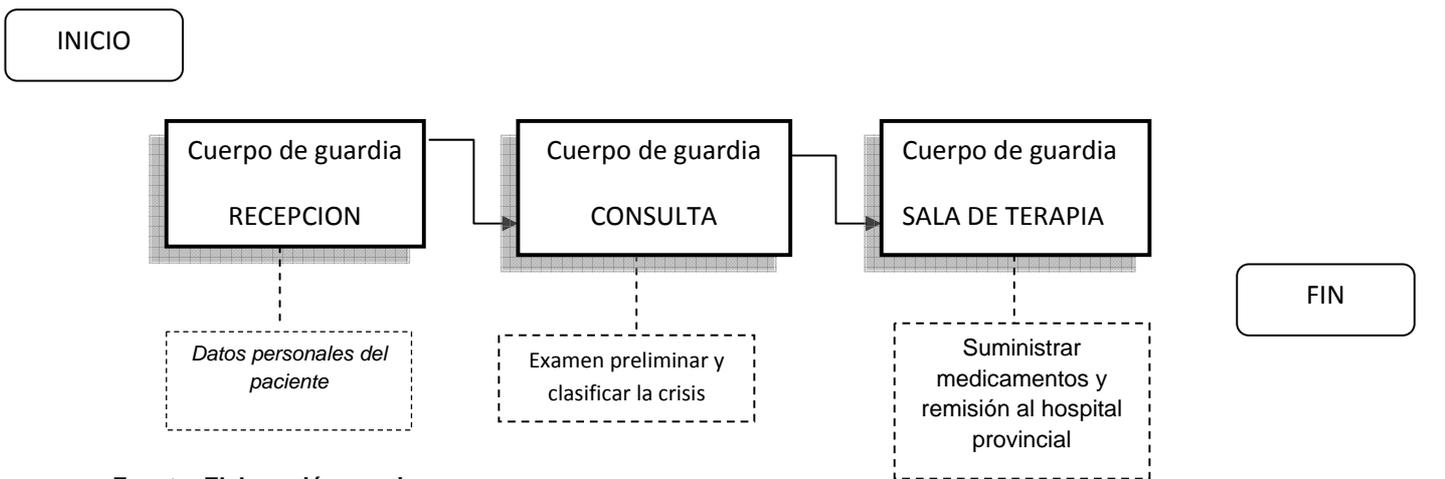
Fuente: Elaboración propia

Figura 3.2 Recorrido del paciente con Crisis Moderada de Asma bronquial por el policlínico.



Fuente: Elaboración propia

Figura 3.3 Recorrido del paciente con Crisis Severa de Asma bronquial por el policlínico.



Fuente: Elaboración propia

Paso No 2 Costear por paciente

Un costeo por paciente- patologías 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 eficientemente, el costeo en instituciones hospitalarias cubanas debe enfocarse más al paciente y la patología que al centro de costo como tal, toda vez que es el individuo, por cierto independiente y diferente a todos los demás, quien consume el recurso, por lo tanto es él quien debe constituir el centro del costeo.

Se necesita entonces, recurrir a la colaboración de todo el personal médico, paramédico y de todos los trabajadores de la salud para ubicar al paciente como centro del costeo en la actividad hospitalaria y de esta forma poder contar con información precisa, relevante y oportuna que facilite el desarrollo de los procesos de planificación, control y la toma de decisiones.

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

Resulta necesario establecer la clasificación de los costos que conforman el sistema hospitalario 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.

Según el manual de costos hospitalarios los costos directos son aquellos que se pueden identificar plenamente o asociar a los productos y servicios que se están procesando o ejecutando; como también puede decirse de aquellos que permiten establecer su correspondiente relación con un área organizativa determinada, la cual tiene la responsabilidad de decidir su empleo o utilización y los costos indirectos son aquellos gastos o partes de gastos que no pueden asociarse de manera directa a la ejecución de las actividades; y por regla general, se originan en otras áreas organizativas, que apoyan las acciones de los que lo reciben y ejemplos de ellos:

Figura 3.4 Clasificación de los costos expuesta en el manual hospitalario.

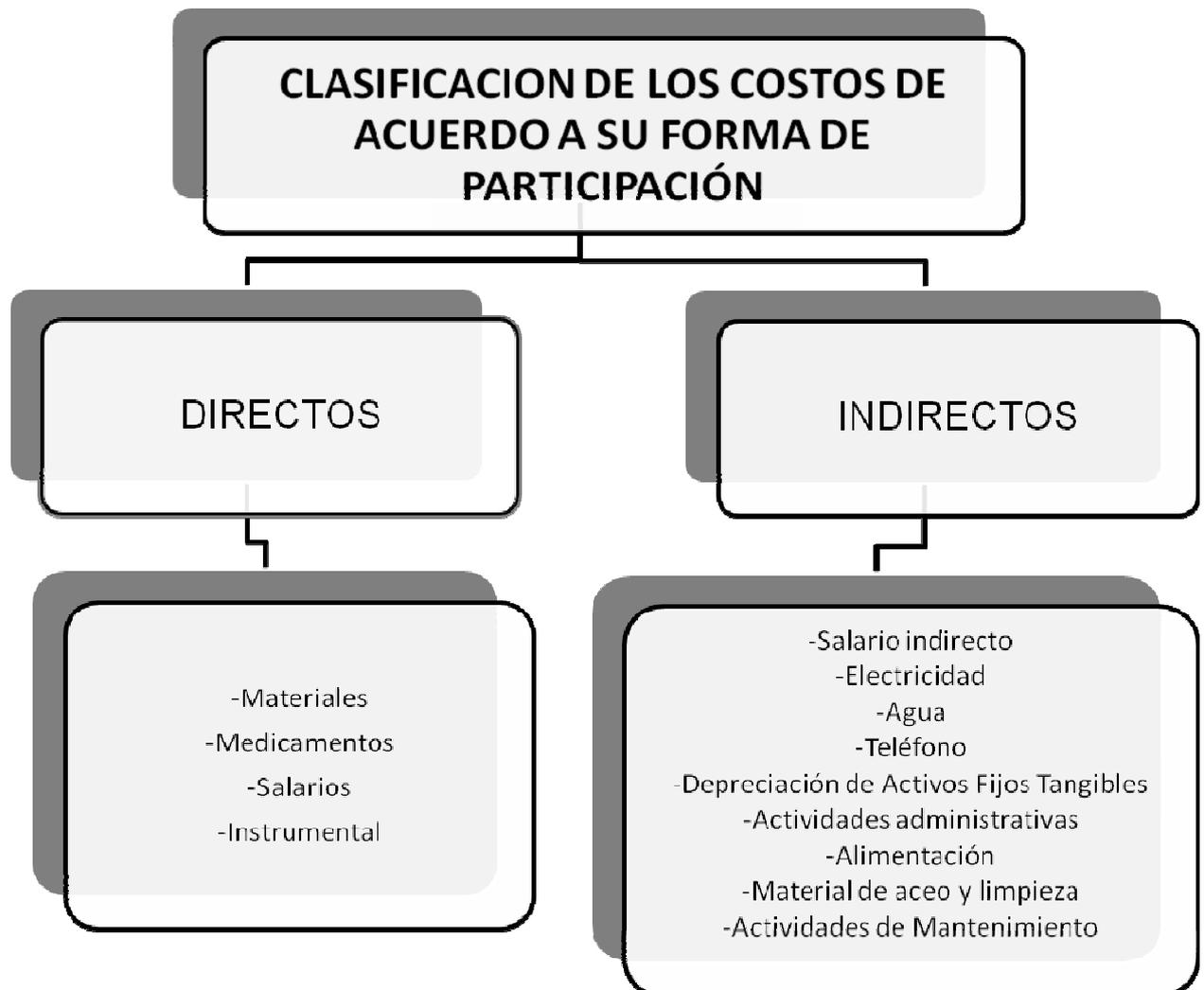


Fuente: Elaboración propia.

En el manual de costos se consideran directos además de los medicamentos, todos los gastos de materiales ya sean identificables o no con el paciente, así como los salarios, tanto del personal médico como de apoyo, igualmente la alimentación y lavandería, se clasifican en ambas categorías, impidiendo una clasificación clara de cada elemento.

Luego de revisado y analizado lo expuesto por el manual de costos hospitalarios y posterior a varias sesiones de trabajo, se considera oportuno realizar determinadas aclaraciones y modificaciones a las clasificaciones expuestas en el manual para las instituciones hospitalarias en correspondencia con las condiciones reales del policlínico de Palmira , las que se muestran en la figura 3.5

Figura 3.5 Clasificación de los costos para el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.



Fuente: Elaboración propia.

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.

2.2 Determinar los inductores del costo para los elementos indirectos

A continuación 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.

Tabla 3.2 Inductores del costo para los elementos indirectos por áreas del policlínico.

ELEMENTOS DE COSTO INDIRECTO	CUERPO DE GUARDIA RECEPCION	CUERPO DE GUARDIA CONSULTA	CUERPO DE GUARDIA ENFERMERÍA	SALA DE OBSERVACION	SALA DE TERAPIA
	INDUCTOR	INDUCTOR	INDUCTOR	INDUCTOR	INDUCTOR
Salario indirecto	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes
Electricidad	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes
Agua	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes
Teléfono	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes
Depreciación de Activos Fijos Tangibles	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes
Actividades administrativas	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes
Alimentación (excepto consumo de pacientes)	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes
Materiales de aseo y limpieza	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes
Actividades de mantenimiento	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes	Pacientes

Fuente: Elaboración propia

Después de cumplimentar los pasos y tareas anteriores, podemos desarrollar el costeo por pacientes atendiendo al recorrido que realiza cada uno para su atención en dicha institución.

2.3 Costear por pacientes atendiendo al recorrido que siguen dentro de la institución hospitalaria

Antes de iniciar el costeo por paciente atendidos con Asma bronquial en el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira, es preciso definir una muestra representativa para ello, puesto que en el año 2011, se atendieron con esta patología un total de 1856 pacientes, lo que constituye un promedio de 155 pacientes mensuales, tal y como se muestra en la tabla 3.3, por lo que, realizar el costeo de toda la población resulta una tarea bastante considerable para los objetivos de la investigación, es por ello que se considera oportuno validarla para la muestra que se obtiene del promedio mensual, siempre

que se vean representados los puntos mínimos y máximos del costo de atención por paciente con Crisis de Asma Bronquial.

Tabla 3.3 Comportamiento estadístico de la atención a pacientes con Asma Bronquial en el policlínico de Palmira. Año 2011.

MESES	ASMA BRONQUIAL			
	Crisis Leve	Crisis Moderada	Crisis Severa	Total
Enero	186	52	34	272
Febrero	179	41	23	243
Marzo	100	33	8	141
Abril	115	24	18	157
Mayo	82	30	7	119
Junio	63	22	3	88
Julio	37	16	4	57
Agosto	68	14	1	83
Septiembre	117	27	3	147
Octubre	146	34	2	182
Noviembre	139	28	1	168
Diciembre	158	36	5	199
TOTAL	1390	357	109	1856
PROMEDIO MENSUAL	116	30	9	155

Unidad de Medida. PACIENTES ATENDIDOS

Fuente: Elaboración propia

De un total (155), como promedio se atienden 116 en cuerpo de guardia con crisis leves de Asma Bronquial, 30 en la sala de observación con crisis moderada, así como 9 en la unidad de cuidados intensivos con crisis severas.

Seguidamente se presenta el cálculo del tamaño muestral representativo para esta etapa de la validación del procedimiento

$$n = (N * p * q / ((N - 1) B^2 / Z^2 + p * q))$$

Donde:

N – tamaño de la población

n - tamaño de la muestra

p – proporción muestral o estimado.

q = 1- p

B - error permisible

z – valor del percentil para un nivel de significación dado

Se puede utilizar $p=q= 0.50$, $B= 0.10$, $Z= 1.96$ con $a= 0.05$ (se justifica porque en muchas investigaciones se utilizan estos valores, la bibliografía los contempla con mucha frecuencia).

$$n = (155*0,50*0,50) / ((155 -1) (0,10)^2 / (1,96)^2 + 0,50 * 0,50))$$

$$n = 38.75 / (154*0.01/3.8416 +0,25)$$

$$n = 38.75 / (154*0.002603+0.25)$$

$$n = 38.75 / 0.400862+0.25$$

$$n = 38.75/0.650862$$

$$n= 59.54.$$

El tamaño de la muestra es de 60 pacientes para el Asma Bronquial, considerando entonces del promedio mensual total de 155 pacientes, los porcentos correspondientes según la severidad de las crisis, pueden determinarse las cantidades de pacientes a analizar por crisis, para obtener una muestra representativa mensual, al estar presentes en la validación todos los tipos de casos que se atienden en el policlínico con esta patología. Todo lo que se muestra en la tabla 3.4

Tabla 3.4 Cantidades de pacientes a costear, según muestreo, para validar el procedimiento

Tipo de Crisis	PROMEDIO MENSUAL AÑO 2011		PACIENTES A CALCULAR SEGÚN MUESTREO	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
Leve	116	75	45	75
Moderada	30	19	11	19
Severa	9	6	4	6
TOTAL	155	100	60	100

Fuente: [Elaboración propia]

No se trata de obtener la media de los costos por pacientes, sino, cuánto se invierte realmente por cada paciente, es por ello que a continuación se presentan todos los cálculos que se corresponden con el costo mínimo, medio y máximo obtenido en cada caso.

Resultados para los pacientes atendidos con la patologías estudiada

Tal y como se presenta en los flujograma correspondientes los pacientes atendidos con las patologías estudiadas siguen una trayectoria que se resume a continuación:

Resultado para pacientes atendidos con Crisis Leve de Asma Bronquial.

- Cuerpo de guardia. RECEPCION

Se recogen los datos personales del paciente, se clasifica según el tipo de atención que requiere y se orienta hacia dónde debe acudir para ello.

Este trabajo lo realiza una enfermera ya sea técnica o licenciada, la que invierte aproximadamente cinco minutos en la atención a un paciente y devenga un salario mensual entre 348.00 y 627.00 unidades monetarias (u.m.), por lo tanto, esos cinco minutos equivalen a 0.152151 y 0.274134 u.m. respectivamente en dependencia de la calificación del personal, sin tener en cuenta la acumulación de las vacaciones y los aportes al presupuesto del estado. Igualmente se incurren en costos de salarios y materiales indirectos, útiles y activos fijos tangibles, con sus respectivos montos de agotamiento y depreciación mensual, asimismo, servicio de electricidad, alimentación, mantenimiento, limpieza, los que son considerados en el costeo por paciente. Ver Anexo 5, 6 y 7.

El costo por paciente atendido en la recepción del cuerpo de guardia es el mismo para todas las clasificaciones de crisis de asma bronquial.

- Cuerpo de guardia. CONSULTA

En el cuerpo de guardia, para la atención de Asma bronquial y otras patologías, se encuentra laborando 24 horas un médico (MGI) devengado un salario mensual entre 455.00 y 573.00, el mismo invierte aproximadamente 30 minutos en la atención al paciente considerando las dos veces que el paciente es atendido por el médico por lo que equivale a 1.1936 y 1.50315 respectivamente incurriéndose además en costos de electricidad, materiales indirectos, depreciación de activos fijos tangibles, así como el correspondiente al salario del personal indirecto los Anexos 8 ,9 y 10 muestran el cálculo del costo mínimo, medio y máximo obtenido por paciente atendidos en la consulta del cuerpo de guardia con Crisis leve de Asma Bronquial.

- Cuerpo de guardia. ENFERMERIA

La enfermería del cuerpo de guardia también se encuentra laborando las 24 horas, un enfermero ya sea técnico o licenciado es el encargado de suministrarle los medicamentos al paciente, este invierte aproximadamente 20 min por dosis las que pueden llegar hasta 3 y devenga un salario mensual entre 348.00 y 627.00 , por lo que los costos en esta área pueden oscilar entre 0.608604 y 3.289611 incurren además costos de electricidad, materiales, instrumental, depreciación de activos fijos

tangibles, , así como el correspondiente al salario del personal indirecto los Anexos 11, 12 y 13 muestran el cálculo del costo mínimo, medio y máximo obtenido por paciente atendido en la enfermería del cuerpo de guardia con Crisis leve de Asma Bronquial.

- **Cuerpo de guardia. CONSULTA**

Luego de ser suministrados los medicamentos en la enfermería, el paciente regresa a la referida consulta de cuerpo de guardia, donde es reevaluado por el médico y se le orienta sobre el tratamiento que debe seguir y se remite a su domicilio. El costo por paciente de esta segunda consulta ya fue considerado en los anexos 8, 9 y 10.

De esta forma puede presentarse el resumen de los costos mínimos, medios y máximos obtenidos para cada uno de los pasos que sigue en su trayectoria un paciente con crisis leve de asma bronquial en el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira. Ver Anexo 14.

Resultado para pacientes atendidos con Crisis Moderada y severa de Asma Bronquial

- **Cuerpo de guardia. RECEPCION**

Los pacientes con Crisis Moderada, reciben en la recepción del cuerpo de guardia el mismo tratamiento que todos los pacientes que se atienden en esa área del policlínico, por lo que incurren en el mismo costo que se presenta para los pacientes con Crisis Leve en los Anexos 5, 6 y 7.

- **Cuerpo de guardia. CONSULTA**

Los pacientes con Crisis Moderada, reciben en la consulta del cuerpo de guardia el mismo tratamiento que todos las demás personas que se atienden con crisis leve en esa área del policlínico, con la diferencia que estos no vuelven a esta consulta por segunda vez, sino que son atendidos en la sala de observación hasta que la crisis pase. Anexos 15, 16 y 17.

- **Cuerpo de guardia. ENFERMERIA**

La enfermería del cuerpo de guardia del policlínico también recibe a los pacientes que son atendidos con crisis de asma bronquial moderada y severa para el suministro de los medicamentos con la diferencia que estos requieren mayores dosis y de mayor espacio de tiempo para la aplicación del tratamiento. Anexos 18, 19 y 20.

- **Cuerpo de guardia. SALA DE OBSEVACIONES**

En esta sala son atendidos los pacientes con crisis moderada de asma bronquial luego de suministrarles una primera dosis del tratamiento indicado por el médico de guardia. Pueden permanecer de 1 a 2 horas debido a que si con la primera dosis no se da la crisis pues se le puede aplicar una segunda con intervalo de 1 hora entre una y otra incurren además costos de electricidad,

materiales, instrumental, depreciación de activos fijos tangibles, así como el correspondiente al salario del personal indirecto Anexos 21, 22 y 23

De esta forma puede presentarse el resumen de los costos mínimos, medios y máximos obtenidos para cada uno de los pasos que sigue en su trayectoria un paciente atendido con crisis moderada de asma bronquial en el policlínico Manuel Piti Fajardo. Ver Anexo 24.

- Cuerpo de guardia. SALA DE TERAPIA

En esta sala son atendidos los pacientes con crisis de asma bronquial severa, inmediatamente que el médico de guardia diagnóstica la enfermedad el paciente es trasladado a esta sala para prestarle la atención que requiere la crisis, aquí labora las 24 horas un médico y una enfermera y está todo el equipamiento necesario para darle una buena atención al enfermo. En caso que no rebase la crisis pues entonces es remitido para el hospital provincial. Incurren además costos de electricidad, materiales, instrumental, depreciación de activos fijos tangibles, así como el correspondiente al salario del personal indirecto. Ver anexos 25, 26 y 27

De esta forma puede presentarse el resumen de los costos mínimos, medios y máximos obtenidos para cada uno de los pasos que sigue en su trayectoria un paciente atendido con crisis severa de asma bronquial en el policlínico Manuel Piti Fajardo. Ver Anexo 28.

2.4 Acumular los costos por paciente

Para ello se han acumulado en los 60 pacientes que constituyen una muestra representativa, los costos de la atención al paciente en cuerpo de guardia (recepción, consultas, enfermería, sala de observación y sala de terapia).

En el Anexo 29 se muestra el costo mínimo, medio y máximo de la atención hospitalaria para los pacientes con crisis leve de asma bronquial de los 45 procesados y en el anexo 30 los resultados finales obtenidos de toda la muestra y el rango de costos por pacientes.

De igual forma se presentan los Anexos 31 Y 32 para los 11 pacientes analizados y calculados con crisis moderada de asma bronquial y en los anexos 33 y 34 los 4 correspondientes a la crisis severa

Tabla 3.5 Costos mínimos, medios y máximos por pacientes atendidos con diferentes crisis de asma bronquial

TRAYECTORIA DEL PACIENTE	COSTO MINIMO	COSTO MEDIO	COSTO MAXIMO
Cuerpo de guardia RECEPCION	1.336624	1.456813	1.519246
Cuerpo de guardia CONSULTA	2.865441	3.041506	3.325448
Cuerpo de guardia ENFERMERIA	4.67434	6.606554	8.806406
TOTAL CRISIS LEVE	8.876405	11.104873	13.6511
Cuerpo de guardia RECEPCION	1.336624	1.456813	1.519246
Cuerpo de guardia CONSULTA	1.670474	1.860396	2.199218
Cuerpo de guardia ENFERMERIA	5.837713	6.659465	10.584306
Cuerpo de guardia OBSEVACION	40.276315	41.777479	46.854134
TOTAL CRISIS MODERADA	49.121126	51.754153	61.156904
Cuerpo de guardia RECEPCION	1.336624	1.456813	1.519246
Cuerpo de guardia CONSULTA	1.670474	1.860396	2.199218
Cuerpo de guardia TERAPIA	164.5722	166.46733	178.30731
TOTAL CRISIS SEVERA	167.57929	169.78453	182.02577

Fuente: Elaboración propia

2.5 Análisis de los costos por pacientes.

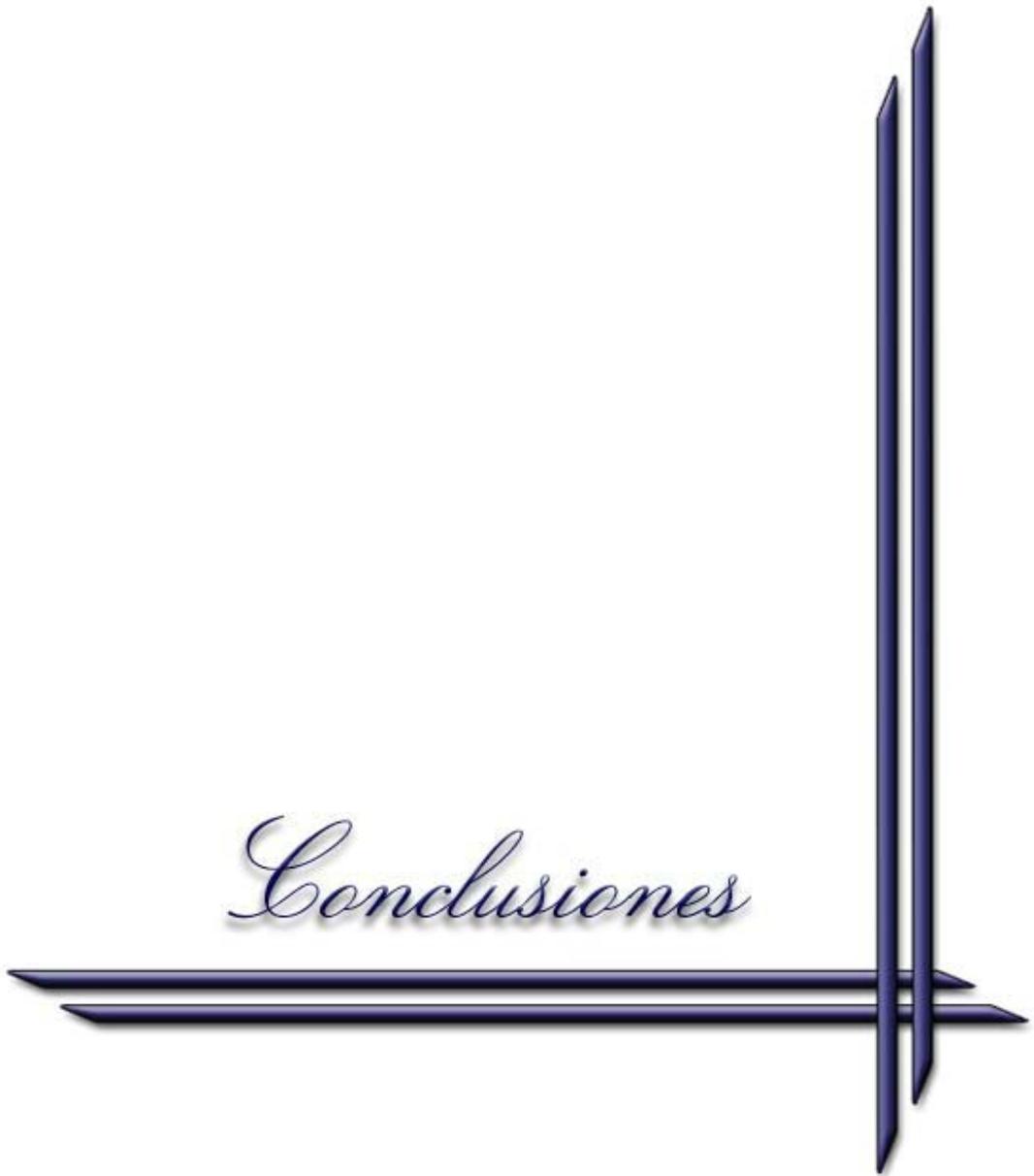
Al analizar los costos por pacientes se toman los costos mínimos y máximos por tipos de crisis de asma bronquial y se comparan con la media mensual, de esta forma se analizan los puntos extremos y se pueden tomar las medidas correctivas.

Para las crisis leves de asma bronquial, el costo mínimo asciende a 8.876405 um y el máximo a 13.6511 arrojando variaciones con la media de 1.583595 um y 3.1911. Para las crisis moderadas el costo mínimo asciende a 49.121126 y el máximo a 61.156904 y arroja también variaciones con la media mensual de 4.858874 um y 7.176904. Así mismo reflejamos el costo mínimo y máximo de los pacientes con crisis severa de asma bronquial que son 167.57929 y 182.02577 respectivamente, con variación con la media mensual de 9.38071 y 5.06577.

De esta forma queda demostrado que el costo por pacientes atendidos en una institución de salud nunca va a ser el mismo para todos los pacientes, pues en el inciden múltiples factores, desde los tipos y cantidades de medicamentos que se les aplica, las variaciones en el salario del personal en dependencia de su calificación hasta el tiempo que se le dedica a cada paciente atendido.

De esta forma queda aplicado el procedimiento de costeo por pacientes atendidos con Asma Bronquial en el policlínico de Palmira Manuel Piti Fajardo.

Conclusiones



Conclusiones

- La información de los costos constituye una 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 los costos debe acumularse teniendo en cuenta las particularidades y necesidades de cada organización, con el fin que resulte precisa, oportuna y relevante.
- El procedimiento de costeo propuesto permite conocer los costos correspondientes a la atención que recibe cada paciente.
- Los costos por pacientes atendidos en cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira con la patología de Asma Bronquial oscilan entre 8.876405 y 182.02577 unidades monetarias en dependencia del servicio de atención médica que requiera cada paciente.
- El costeo por pacientes permite su validación y extensión a todos los policlínicos del país con características similares, contribuyendo una herramienta clave para el control de los recursos 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 implante un procedimiento de costeo que permita determinar los costos por pacientes del policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.
- Que se capacite todo el personal requerido para adquirir el conocimiento que se necesita para aplicar el costo por pacientes.
- Que se programe y automatice el procedimiento de costeo para una mayor viabilidad y factibilidad en la determinación del costo por pacientes.
- Que se proporcionen las condiciones de información, organizativas, materiales y humanas para la aplicación del costeo por paciente en esta institución.

Bibliografia



Bibliografía

- Amat, J. (1997). *Contabilidad y gestión de costes*. Barcelona.
- Armenteros, M. (2000). *Obsoletos los sistemas de costos tradicionales*.
- Armenteros, M. (n.d.). *Sistemas de costos en Cuba. Hay que ponerse al día*.
- Armenteros, M, & Vega, V. (2001). Cálculo del costo de las patologías neurológicas a través de las actividades. VII Congreso Internacional de Costos. Retrieved from http://www.intercostos.org/por/tp_congresos.php?id=709. Consultado 23 de Marzo del 2012
- Armenteros, M, & Vega, V. (2003). Evolución y perspectivas de la contabilidad de gestión en Cuba. Retrieved from <http://www.observatorio-iberoamericano.org/.htm>. Consultado 23 de Marzo del 2012
- Backer, M, (2001). *Contabilidad de Costos. Un enfoque administrativo y de gerencia. Cuba: Pueblo y Educación*.
- Baujín, P, & Vega, V. (2005). *Diseño y Validación del Procedimiento del Costeo por Actividades*. Camilo Cienfuegos.
- Becerra, L. (n.d.). Flujograma. Retrieved from <http://www.monografias.com/rabajos14>. Consultado 23 de Marzo del 2012
- Borrás, F, & López, M. (1996). *La contabilidad de gestión en Cuba*.
- Calleja, F. (2001). *Contabilidad de costos*. Prentice – Hall Hispanoamericana.
- Camaleño, C. (1997). El modelo ABC a examen: ventajas y limitaciones de uso. *Partida Doble*, 15-20.
- Castelló, E. (1994). De la vieja a la nueva contabilidad de gestión. *Partida Doble*.
- Cepero, D, & Reyes, R. (2008). *Elaboración del presupuesto por tipo de pacientes para el servicio de cirugía en el hospital pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos*.
- Colectivo de autores. (1999). *Estadística Matemática I*. La Habana.
- Chiavenato, I. (1993). *Iniciación a la organización y control*. México: Mc Graw Hill.
- 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. Consultado 23 de Marzo del 2012
- Dupuy, Y. (1997). *Manual de control de gestión*.
- E., M, & Velarde, M. (2003). Una propuesta de costos para las empresas de salud II. Retrieved from <http://www.monografias.com/trabajos38/costos-empresassalud>. Consultado 23 de marzo del 2012

- G. W. (2004). *Acost-benefit analysis of typhoid fever immunization programs in an Indian urban slum: Journal of Health, Population, and Nutrition.*
- García, J. (2003). *Contabilidad de costos.* Bogotá: Mc Graw Hill.
- Giménez, C. (2001a). *Costos para empresarios.* Buenos Aires: Macchi.
- Giménez, C. (2001b). *Gestión y Costos- Beneficios Creciente. Mejora Continua.* Buenos Aires: Macchi.
- Gitman, L.J. (1978). *Fundamentos de Administración Financiera.* México: Harla, S.A.
- Goldratt, E. (1998). *El síndrome de pajar. ¿Cómo extraer información del océano de datos?* México: Castillo.
- Gómez, G. (2005). El sistema de costo basado en las actividades. Retrieved from <http://www.gestiopolis.com/canales/financiera/articulos/no%206/abc.htm>. Consultado 23 de Marzo del 2012
- Gómez, G. (1997). *Sistemas administrativos, Análisis y Diseños.* México: Mc Graw Hill.
- González, B. (2005). *Evaluación de los sistemas de costes en el sector hospitalario público gallego.* Doctoral, Universidad de Vigo.
- Grillespie, C. (2000). *Introducción a la contabilidad de costos.* La Habana.
- Horngren, C. (1969). *Contabilidad de costos.* La Habana: Instituto cubano del libro.
- Horngren, C. (1994). *Contabilidad de costos, un enfoque gerencial.* Bogotá: Mc Graw - Hill.
- Johnson, H. (1993). *Es tiempo de detener la sobreventa de los conceptos del análisis por actividades.*
- Koontz, H, & Weirhrich, H. (1994). *Administración. Una perspectiva global.* México.
- Lang, T. (1966). *Contador de costos.* México: Hispano Americana.
- Lawrence, B. (1960). *Contabilidad de Costos.* Hispano Americana.
- Lázaro, R. (1995). *Desigualdad, pobreza y salud de México.* México: El Nacional.
- Lizcano, J. (1996). *La contabilidad de gestión en Latinoamérica.* Madrid. España: AECA.
- López, M. (2006). El control de gestión de las organizaciones. Retrieved from <http://www.ilustrados.com/documentos//controgestion.doc>. Consultado 23 de Marzo del 2012
- 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>. Consultado 12 de Abril del 2012
- M, M, & Borges, L. (2000). *Elementos para la implantación y uso del sistema de costos en salud (XVI).* Cubana Medicina General Integral.

- M.D.S.P.C. (2008). Salud Metodología del Sistema de Costo en la Atención Primaria. Retrieved from <http://aps.sld.cu/trabajos>. Consultado 12 de Abril del 2012
- Mallo, C. (1991). *Contabilidad analítica. Costes, rendimientos, precios y resultados*. Madrid. España: Instituto de contabilidad y auditoría de cuentas.
- Martínez, F. (1999). *Fundamentos de la contabilidad. México*.
- Marx, C. (1973). *El Capital. Crítica de la economía política*.
- MGreevey, W. (1967). *Los altos costos de la atención de salud en Brasil*. Panamá: Sanit Panamá.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. (1994). *Manual de costos hospitalarios*.
- Monge, P. (2003). *Estudio comparativo de los diferentes sistemas o modelos de costes implantados en los hospitales públicos españoles*. Iberoamericana de Contabilidad de Gestión.
- 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>. Consultado 12 de Abril del 2012
- Montico, E, & Velarde, M. (2003b). 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>. Consultado 12 de Abril del 2012
- Montico, E, M, V, & Kaplan, R. (2005). *Los costos en instituciones de salud II*.
- Morton, B, & Lyle, J. (1967). *Contabilidad de costos. Un enfoque administrativo y de gerencia, Pueblo y Educación*.
- Muñoz, S, & Reyes, R. (2006). Modelo para la determinación de los costos de atención a. Retrieved from http://www.cb.edu.bo/publicaciones/libros/contabilidad_decisiones/pdf/contedec.ca. Consultado 12 de Abril del 2012
- Pedersen, 1958. *Los costos y la política de precios (2° ed) Madrid. Aguilar*.
- Polimeni , 1994. *Contabilidad de costos. Aplicaciones para la toma de decisiones gerenciales*.
- Reyes, R, & Pérez, G. (2008a). *Modelo para la determinación de los costos por pacientes - patologías y procesos en el hospital provincial*. Retrieved from <http://www.monografias.com/trabajos59/costos- por pacientes3>. Consultado 12 de Abril del 2012

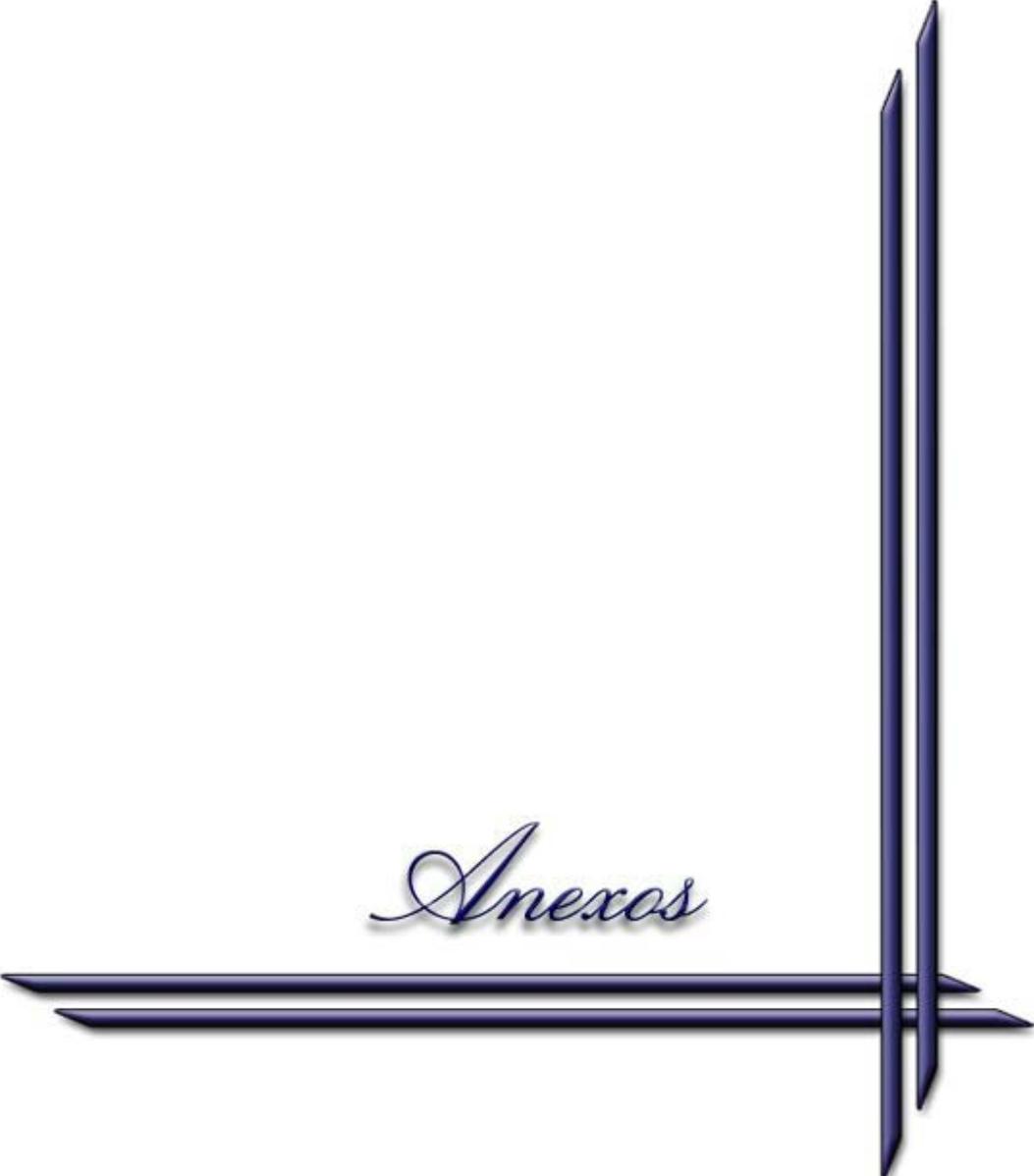
Reyes, R, & Pérez, G. (2008b). Modelo para la determinación de los costos por pacientes en el hospital provincial.

Retrieved from <http://www.gestiopolis.com/finanzas-contaduría/modelo-de-determinacion-decostos.htm>.

Ripoll, V. (1997). *Introducción a la Contabilidad de Gestión. Cálculo de costes*. España. Consultado 12 de Abril del 2012

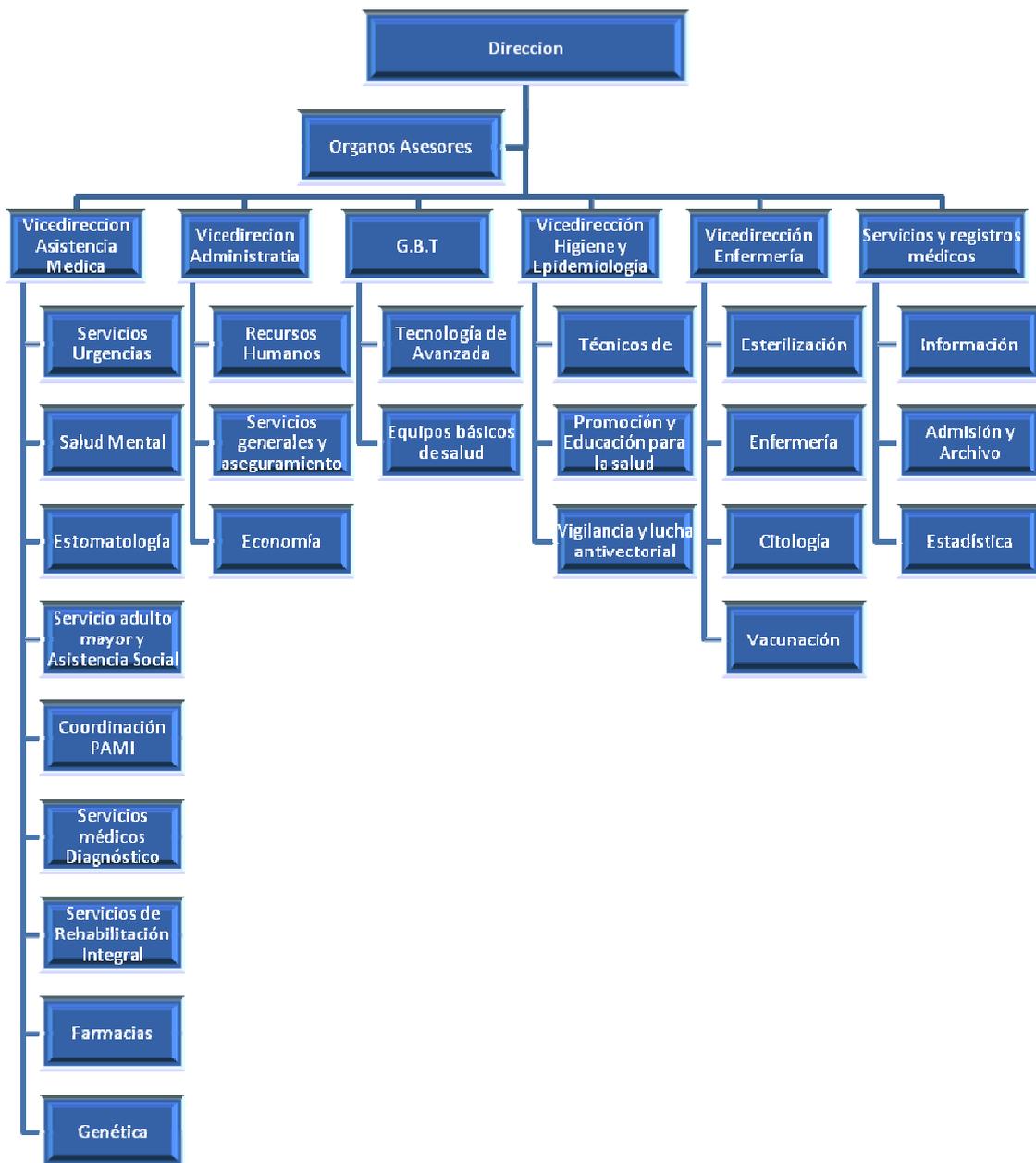
Ursy, M, 2006. *Cost Accountig Planning and Control, Canadá: Hardcover*

Whittington, G, 2004. *A cost-benefit analysis of typhoid fever immunization programs in an Indian urban slum: Journal of Health, Population, and Nutrition, Canadá: Hardcover.*



Anexos

ANEXO No 1: Organigrama Policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.



ANEXO No 2 Procedimiento para la determinación de los costos por pacientes en instituciones hospitalarias cubanas.

ETAPA I:
 CONOCER LA PATOLOGÍA QUE SE VA A COSTEAR

Pasos	Tareas
1. 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. 1.6 Presentar los criterios de alta.

ETAPA II:

DETERMINAR EL COSTO POR PACIENTES EN LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA

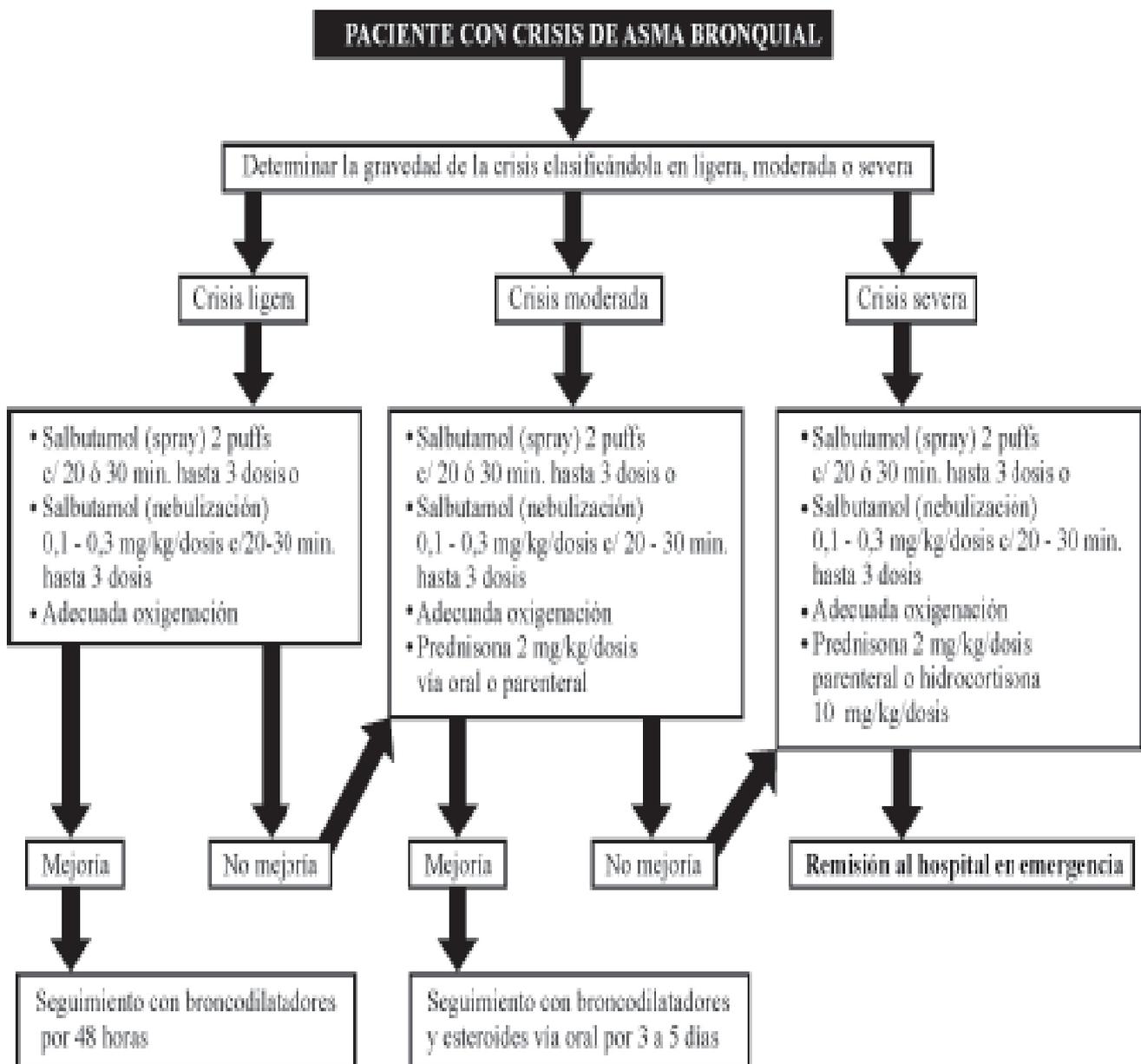
PASOS	TAREAS
1. Presentar el mapeo de los procesos	1.1 Confeccionar descripción escrita. 1.2 Elaborar diagrama de flujo.
2. Costear por paciente	2.1 Clasificar los elementos del costo para la salud atendiendo a la capacidad de asociarse. 2.2 Determinar los inductores del costo para los elementos indirectos.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

ANEXO 3.

PRODUCTO HOSPITALARIO

Componentes	Características
SERVICIOS	<i>Cantidad</i>
TIPOLOGÍAS DE CASOS <i>(Pacientes)</i>	<i>Variedad</i>
GAMA DE CUIDADOS	<i>Identificación</i>
	<i>Medida</i>
	<i>Grado de Elaboración</i>

ANEXO No 4. Manejo terapéutico por clasificación de crisis de asma bronquial



ANEXO 5. Cálculo del costo MINIMO por paciente atendido en la recepción del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo

**CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA TODAS LAS CLASIFICACIONES DE ASMA
BRONQUIAL**

<u>COSTOS DIRECTOS</u>			COSTO	
MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Enfermera	Um.	5	1.995813	0.166318
SUBTOTAL SALARIO				0.166318
Contribución a la seguridad social				0.020790
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.041580
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				0.228688
<u>COSTOS INDIRECTOS</u>			COSTO	
ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM		MENSUAL	INDUCTOR
Electricidad por paciente	Um.	538.70	2075	0.259614
Teléfono	Um.	531.46	2075	0.256125
Agua	Um.	60.25	2075	0.029036
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT) por paciente	Um.	95.84	2075	0.046188
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				0.590963
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM		COSTO	
			MENSUAL	INDUCTOR
Salario y seguridad social	Um.	465.37	2075	0.224275
Materiales	Um.	50.67	2075	0.024419
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	2075	0.106024
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	2075	0.020096
Mantenimiento	Um.	237.89	2075	0.114646
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	2075	0.027513
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				0.516973
TOTAL COSTO POR PACIENTE				1.336624

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 6. Cálculo del costo MEDIO por paciente atendido en la recepción del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA TODAS LAS CLASIFICACIONES DE ASMA

BRONQUIAL

<u>COSTOS DIRECTOS</u>			COSTO	
MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Enfermera	Um.	5	3.044905	0.253742
SUBTOTAL SALARIO				0.253742
Contribución a la seguridad social				0.031718
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.063435
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				0.348895
<u>COSTOS INDIRECTOS</u>				
ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	2075	0.259614
Teléfono	Um.	531.46	2075	0.256125
Agua	Um.	60.25	2075	0.029036
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT) por paciente	Um.	95.84	2075	0.046188
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				0.590963
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	2075	0.224275
Materiales	Um.	50.67	2075	0.024419
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	2075	0.106024
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	2075	0.020096
Mantenimiento	Um.	237.89	2075	0.114646
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	2075	0.027513
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				0.516973
TOTAL COSTO POR PACIENTE				1.456813

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 7. Cálculo del costo MAXIMO por paciente atendido en la recepción del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA TODAS LAS CLASIFICACIONES DE ASMA

BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Enfermera	Um.	5	3.589611	0.299134
SUBTOTAL SALARIO				0.299134
Contribución a la seguridad social				0.037392
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.074784
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				0.411310
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	2075	0.259614
Teléfono	Um.	531.46	2075	0.256125
Agua	Um.	60.25	2075	0.029036
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT) por paciente	Um.	95.84	2075	0.046188
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				0.590963
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	2075	0.224275
Materiales	Um.	50.67	2075	0.024419
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	2075	0.106024
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	2075	0.020096
Mantenimiento	Um.	237.89	2075	0.114646
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	2075	0.027513
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				0.516973
TOTAL COSTO POR PACIENTE				1.519246

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 8. Cálculo del costo MINIMO por paciente atendido en la consulta del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS LEVES DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	Um.	30	2.6072	1.3036
SUBTOTAL SALARIO				1.3036
Contribución a la seguridad social				0.16295
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.3259
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				1.79245
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	2075	0.259614
Teléfono	Um.	531.46	2075	0.256125
Agua	Um.	60.25	2075	0.029036
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT)por paciente	Um.	23.33	2075	0.011243
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				0.556018
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	2075	0.224275
Materiales	Um.	50.67	2075	0.024419
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	2075	0.106024
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	2075	0.020096
Mantenimiento	Um.	237.89	2075	0.114646
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	2075	0.027513
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				0.516973
TOTAL COSTO POR PACIENTE				2.865441

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 9. Cálculo del costo MEDIO por paciente atendido en la consulta del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Píti Fajardo

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS LEVES DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	Um.	30	2.863295	1.431647
SUBTOTAL SALARIO				1.431647
Contribución a la seguridad social				0.178956
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.357912
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				1.968515
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	2075	0.259614
Teléfono	Um.	531.46	2075	0.256125
Agua	Um.	60.25	2075	0.029036
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT) por paciente	Um.	23.33	2075	0.011243
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				0.556018
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	2075	0.224275
Materiales	Um.	50.67	2075	0.024419
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	2075	0.106024
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	2075	0.020096
Mantenimiento	Um.	237.89	2075	0.114646
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	2075	0.027513
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				0.516973
TOTAL COSTO POR PACIENTE				3.041506

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 10. Cálculo del costo MAXIMO por paciente atendido en la consulta del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS LEVES DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	Um.	30	3.2763	1.63815
SUBTOTAL SALARIO				1.63815
Contribución a la seguridad social				0.204769
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.409538
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				2.252457
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	2075	0.259614
Teléfono	Um.	531.46	2075	0.256125
Agua	Um.	60.25	2075	0.029036
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT) por paciente	Um.	23.33	2075	0.011243
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				0.556018
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	2075	0.224275
Materiales	Um.	50.67	2075	0.024419
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	2075	0.106024
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	2075	0.020096
Mantenimiento	Um.	237.89	2075	0.114646
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	2075	0.027513
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				0.516973
TOTAL COSTO POR PACIENTE				3.325448

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 11. Cálculo del costo MINIMO del tratamiento para un paciente atendido en la Enfermería del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo.

**CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA TODAS LAS CRISIS LEVES DE ASMA
BRONQUIAL**

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Salbutamol (Nebulización)	CC	1	0.05	0.05
Cloro sodio	CC	2	0.0024	0.0048
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0.0548
SALARIO DIRECTO	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Enfermero (a)	Um.	20	1.995813	0.665271
SUBTOTAL SALARIO				0.665271
Contribución a la seguridad social				0.083159
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.166318
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				0.914748
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	613	0.878793
Teléfono	Um.	531.46	613	0.866982
Agua	Um.	60.25	613	0.098287
Depreciación de AFT por paciente	Um.	67.54	613	0.110179
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				1.954841
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	613	0.759168
Materiales	Um.	50.67	613	0.082659
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	613	0.358891
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	613	0.068026
Mantenimiento	Um.	237.89	613	0.388075
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	613	0.093132
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				1.749951
TOTAL COSTO POR PACIENTE				4.67434

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 12. Cálculo del costo MEDIO del tratamiento para un paciente atendido en la Enfermería del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo.

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS LEVES DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS				
MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Salbutamol (Nebulización)	CC	2	0.05	0.10
Coro sodio	CC	4	0.00265	0.0106
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0.1106
SALARIO DIRECTO	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Enfermero (a)	Um.	40	3.044905	2.029936
SUBTOTAL SALARIO				2.029936
Contribución a la seguridad social				0.253742
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.507484
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				2.791162
COSTOS INDIRECTOS				
ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	613	0.878793
Teléfono	Um.	531.46	613	0.866982
Agua	Um.	60.25	613	0.098287
Depreciación de AFT por paciente	Um.	67.54	613	0.110179
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				1.954841
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	613	0.759168
Materiales	Um.	50.67	613	0.082659
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	613	0.358891
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	613	0.068026
Mantenimiento	Um.	237.89	613	0.388075
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	613	0.093132
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				1.749951
TOTAL COSTO POR PACIENTE				6.606554

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 13. Cálculo del costo MAXIMO del tratamiento para un paciente atendido en la Enfermería del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo.

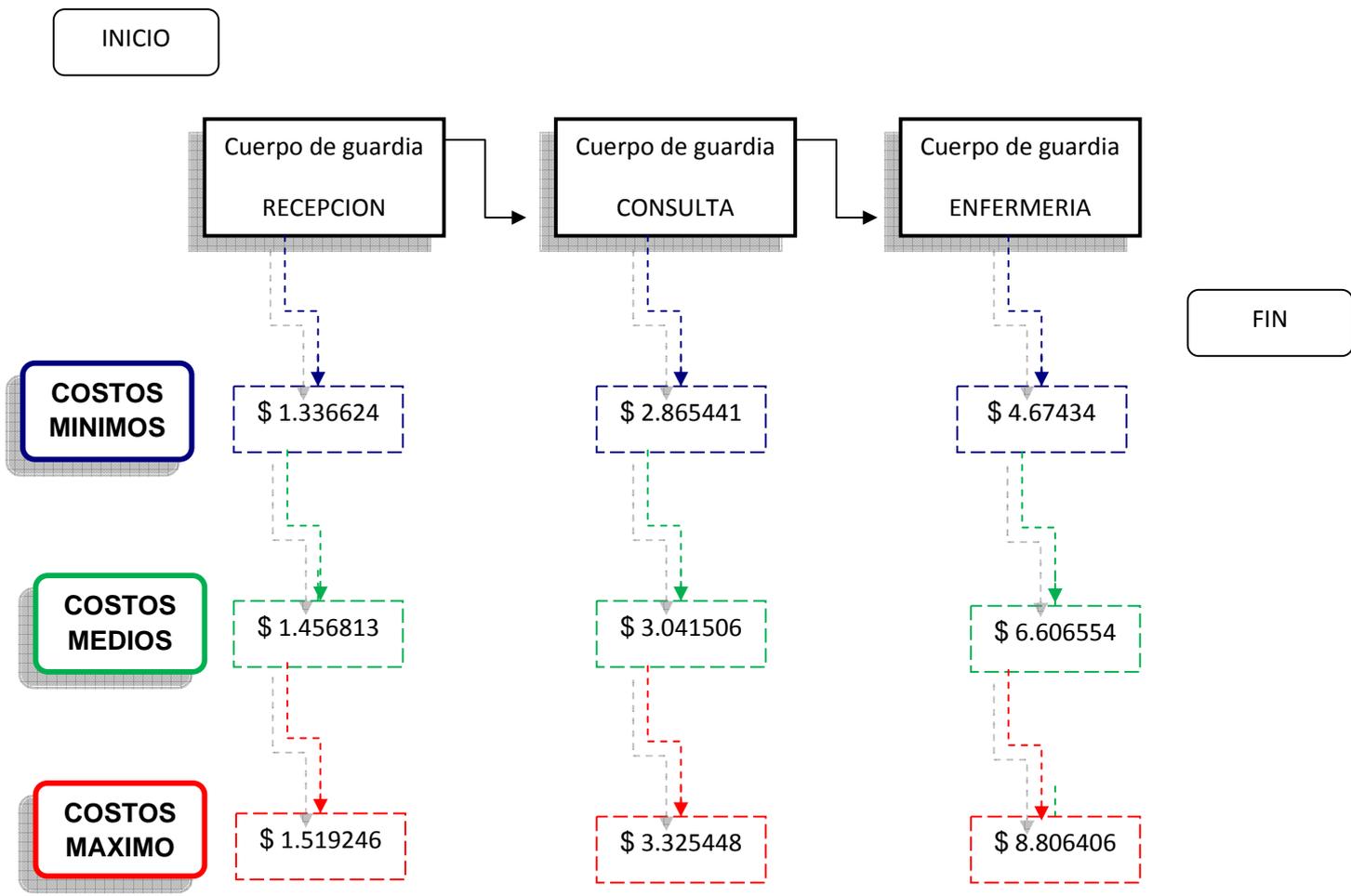
CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS LEVES DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Salbutamol (Nebulización)	CC	3	0.05	0.15
Cloro sodio	CC	6	0.00265	0.0159
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0.1659
SALARIO DIRECTO	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Enfermero (a)	Um.	60	3.589611	3.589611
SUBTOTAL SALARIO				3.589611
Contribución a la seguridad social				0.448701
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.897402
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				4.935714
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	613	0.878793
Teléfono	Um.	531.46	613	0.866982
Agua	Um.	60.25	613	0.098287
Depreciación de AFT por paciente	Um.	67.54	613	0.110179
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				1.954841
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	613	0.759168
Materiales	Um.	50.67	613	0.082659
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	613	0.358891
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	613	0.068026
Mantenimiento	Um.	237.89	613	0.388075
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	613	0.093132
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				1.749951
TOTAL COSTO POR PACIENTE				8.806406

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 14. Costos mínimos, medios y máximos para cada uno de los pasos que sigue en su trayectoria un paciente atendido con crisis leve de asma bronquial en el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.



ANEXO 15. Cálculo del costo MINIMO por paciente atendido en la consulta del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS MODERADAS Y SEVERAS DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	Um.	10	2.6072	0.434533
SUBTOTAL SALARIO				0.434533
Contribución a la seguridad social				0.054317
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.108633
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				0.597483
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	2075	0.259614
Teléfono	Um.	531.46	2075	0.256125
Agua	Um.	60.25	2075	0.029036
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT)por paciente	Um.	23.33	2075	0.011243
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				0.556018
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	2075	0.224275
Materiales	Um.	50.67	2075	0.024419
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	2075	0.106024
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	2075	0.020096
Mantenimiento	Um.	237.89	2075	0.114646
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	2075	0.027513
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				0.516973
TOTAL COSTO POR PACIENTE				1.670474

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 16. Cálculo del costo MEDIO por paciente atendido en la consulta del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS MODERADAS Y SEVERAS DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	Um.	12	2.863295	0.572659
SUBTOTAL SALARIO				0.572659
Contribución a la seguridad social				0.071582
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.143164
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				0.787405
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	2075	0.259614
Teléfono	Um.	531.46	2075	0.256125
Agua	Um.	60.25	2075	0.029036
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT) por paciente	Um.	23.33	2075	0.011243
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				0.556018
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	2075	0.224275
Materiales	Um.	50.67	2075	0.024419
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	2075	0.106024
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	2075	0.020096
Mantenimiento	Um.	237.89	2075	0.114646
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	2075	0.027513
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				0.516973
TOTAL COSTO POR PACIENTE				1.860396

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 17. Cálculo del costo MAXIMO por paciente atendido en la consulta del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS MODERADAS Y SEVERAS DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	Um.	15	3.2763	0.819075
SUBTOTAL SALARIO				0.819075
Contribución a la seguridad social				0.102384
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.204768
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				1.126227
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	2075	0.259614
Teléfono	Um.	531.46	2075	0.256125
Agua	Um.	60.25	2075	0.029036
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT) por paciente	Um.	23.33	2075	0.011243
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				0.556018
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	2075	0.224275
Materiales	Um.	50.67	2075	0.024419
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	2075	0.106024
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	2075	0.020096
Mantenimiento	Um.	237.89	2075	0.114646
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	2075	0.027513
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				0.516973
TOTAL COSTO POR PACIENTE				2.199218

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 18. Cálculo del costo MINIMO del tratamiento para un paciente atendido en la Enfermería del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo.

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS MODERADAS Y SEVERAS DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Salbutamol (Nebulización)	CC	1	0.05	0.05
Cloro sodio	CC	2	0.0024	0.0048
Prednisona	bb	1	0.45	0.45
Teofilina	amp	1	0.25	0.25
Dextrosa 5%	CC	10	0.0006	0.006
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0.7608
SALARIO DIRECTO	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Enfermero (a)	Um.	30	1.995813	0.997907
SUBTOTAL SALARIO				0.997907
Contribución a la seguridad social				0.124738
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.249476
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				1.372121
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	613	0.878793
Teléfono	Um.	531.46	613	0.866982
Agua	Um.	60.25	613	0.098287
Depreciación de AFT por paciente	Um.	67.54	613	0.110179
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				1.954841
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	613	0.759168
Materiales	Um.	50.67	613	0.082659
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	613	0.358891
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	613	0.068026
Mantenimiento	Um.	237.89	613	0.388075
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	613	0.093132
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				1.749951
TOTAL COSTO POR PACIENTE				6.596881

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 19. Cálculo del costo MEDIO del tratamiento para un paciente atendido en la Enfermería del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo.

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS MODERADAS Y SEVERAS DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Salbutamol (Nebulización)	CC	1	0.05	0.05
Cloro sodio	CC	2	0.00265	0.0053
Hidrocortisona	bb	1	0.55	0.55
Teofilina	amp	1	0.25	0.25
Dextrosa 5%	CC	10	0.0006	0.006
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0.8613
SALARIO DIRECTO	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Enfermero (a)	Um.	30	3.044905	1.522453
SUBTOTAL SALARIO				1.522453
Contribución a la seguridad social				0.190307
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.380613
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				2.093373
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	613	0.878793
Teléfono	Um.	531.46	613	0.866982
Agua	Um.	60.25	613	0.098287
Depreciación de AFT por paciente	Um.	67.54	613	0.110179
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				1.954841
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	613	0.759168
Materiales	Um.	50.67	613	0.082659
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	613	0.358891
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	613	0.068026
Mantenimiento	Um.	237.89	613	0.388075
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	613	0.093132
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				1.749951
TOTAL COSTO POR PACIENTE				6.659465

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 20. Cálculo del costo MAXIMO del tratamiento para un paciente atendido en la Enfermería del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo.

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS MODERADAS Y SEVERAS DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Salbutamol (Nebulización)	CC	3	0.05	0.15
Cloro sodio	CC	6	0.00265	0.0159
Hidrocortisona	bb	2	0.55	1.10
Teofilina	amp	2	0.25	0.50
Dextrosa 5%	CC	20	0.0006	0.012
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				1.9438
SALARIO DIRECTO	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Enfermero (a)	Um.	60	3.589611	3.589611
SUBTOTAL SALARIO				3.589611
Contribución a la seguridad social				0.448701
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.897402
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				4.935714
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	613	0.878793
Teléfono	Um.	531.46	613	0.866982
Agua	Um.	60.25	613	0.098287
Depreciación de AFT por paciente	Um.	67.54	613	0.110179
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				1.954841
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	613	0.759168
Materiales	Um.	50.67	613	0.082659
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	613	0.358891
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	613	0.068026
Mantenimiento	Um.	237.89	613	0.388075
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	613	0.093132
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				1.749951
TOTAL COSTO POR PACIENTE				10.584306

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 21. Cálculo del costo MINIMO por paciente atendido en la sala de observación del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo

**CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LA CRISIS MODERADA DE ASMA
BRONQUIAL**

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	Um.	10	2.6072	0.434533
Enfermera	Um.	60	1.995813	1.995813
SUBTOTAL SALARIO				2.430346
Contribución a la seguridad social				0.303793
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.607586
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				3.341725
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	61	8.831148
Teléfono	Um.	531.46	61	8.712459
Agua	Um.	60.25	61	0.987705
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT) por paciente	Um.	49.88	61	0.817705
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				19.349017
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	61	7.629016
Materiales	Um.	50.67	61	0.830656
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	61	3.606557
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	61	0.683606
Mantenimiento	Um.	237.89	61	3.899836
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	61	0.935902
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				17.585573
TOTAL COSTO POR PACIENTE				40.276315

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 22. Cálculo del costo MEDIO por paciente atendido en la sala de observación del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo

**CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS MODERADA DE ASMA
BRONQUIAL**

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	Um	10	2.863295	0.477216
Enfermera	Um.	60	3.044905	3.044905
SUBTOTAL SALARIO				3.522121
Contribución a la seguridad social				0.440265
Impuesto por la fuerza de trabajo				0.880530
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				4.842889
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	61	8.831148
Teléfono	Um.	531.46	61	8.712459
Agua	Um.	60.25	61	0.987705
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT) por paciente	Um.	49.88	61	0.817705
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				19.349017
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	61	7.629016
Materiales	Um.	50.67	61	0.830656
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	61	3.606557
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	61	0.683606
Mantenimiento	Um.	237.89	61	3.899836
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	61	0.935902
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				17.585573
TOTAL COSTO POR PACIENTE				41.777479

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 23. Cálculo del costo MAXIMO por paciente atendido en la sala de observación del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo

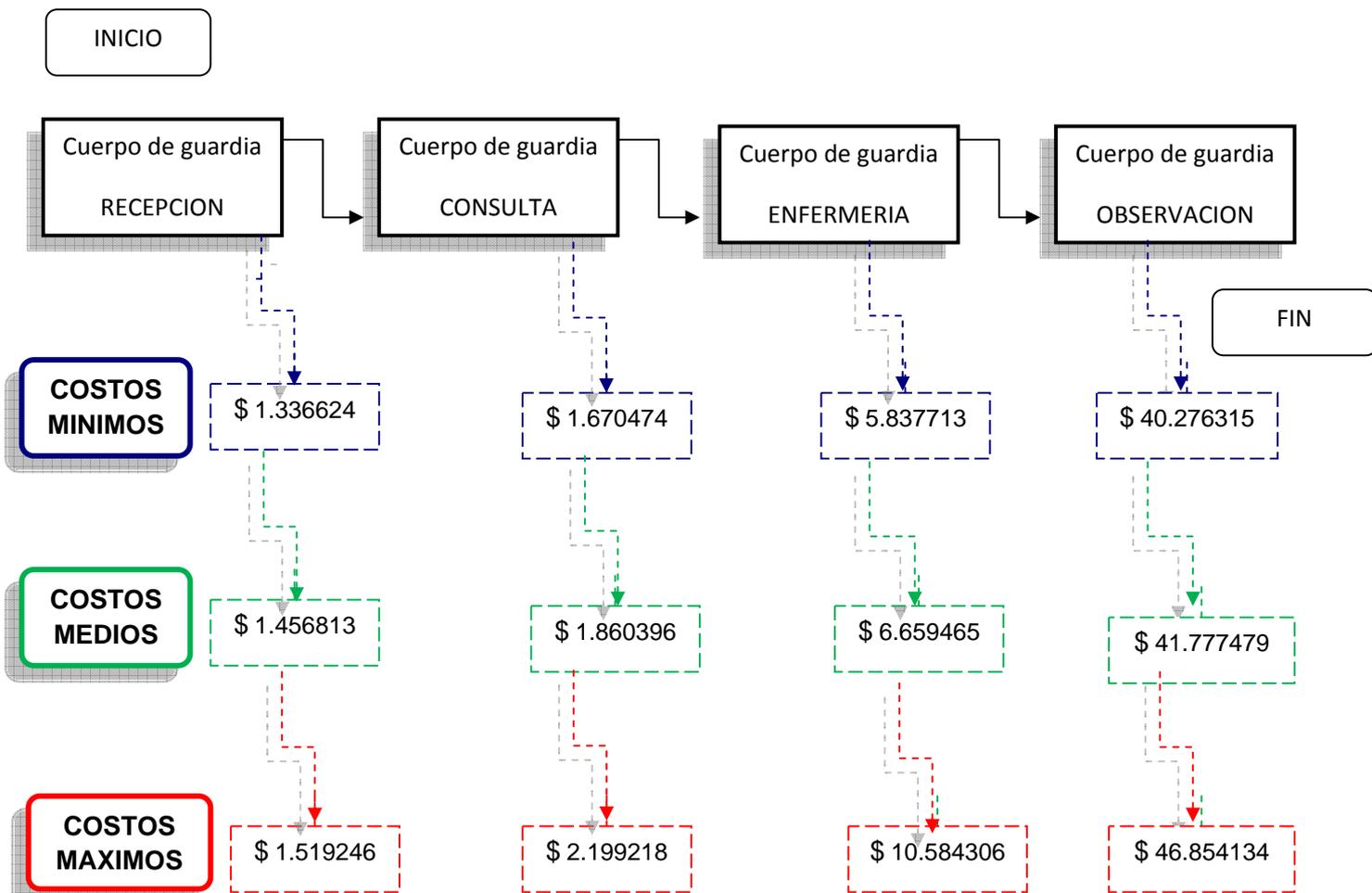
**CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA TODAS LAS CLASIFICACIONES DE ASMA
BRONQUIAL**

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0,00000
SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	UM	30	3.2763	1.63815
Enfermera	Um.	120	3.589611	7.179222
SUBTOTAL SALARIO				8.817372
Contribución a la seguridad social				1.102172
Impuesto por la fuerza de trabajo				2.204343
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				9.919544
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	61	8.831148
Teléfono	Um.	531.46	61	8.712459
Agua	Um.	60.25	61	0.987705
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT) por paciente	Um.	49.88	61	0.817705
TOTAL ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION				19.349017
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	61	7.629016
Materiales	Um.	50.67	61	0.830656
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	61	3.606557
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	61	0.683606
Mantenimiento	Um.	237.89	61	3.899836
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	61	0.935902
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				17.585573
TOTAL COSTO POR PACIENTE				46.854134

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 24. Costos mínimos, medios y máximos para cada uno de los pasos que sigue en su trayectoria un paciente atendido con crisis moderada de asma bronquial en el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.



ANEXO 25. Cálculo del costo MINIMO del tratamiento para un paciente atendido en la sala de terapia del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo.

CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LA CRISIS SEVERAS DE ASMA BRONQUIAL

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Salbutamol (Nebulización)	CC	1	0.05	0.05
Cloro sodio	CC	2	0.0024	0.0048
Prednisona	bb	1	0.45	0.45
Teofilina	amp	1	0.25	0.25
Dextrosa 5%	CC	10	0.0006	0.006
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0.7608
SALARIO DIRECTO	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	Um	60	2.6072	2.6072
Enfermero (a)	Um.	60	1.995813	1.995813
SUBTOTAL SALARIO				4.603013
Contribución a la seguridad social				0.575377
Impuesto por la fuerza de trabajo				1.150753
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				6.329143
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	22	24.486363
Teléfono	Um.	531.46	22	24.157272
Agua	Um.	60.25	22	2.738636
Depreciación de AFT por paciente	Um.	1261.48	22	57.340000
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				108.72227
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	22	21.153181
Materiales	Um.	50.67	22	2.303182
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	22	10.00
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	22	1.895454
Mantenimiento	Um.	237.89	22	10.813181
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	22	2.595
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				48.759998
TOTAL COSTO POR PACIENTE				164.5722

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 26. Cálculo del costo MEDIO del tratamiento para un paciente atendido en la sala de terapia del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo.

**CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS SEVERAS DE ASMA
BRONQUIAL**

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Salbutamol (Nebulización)	CC	1	0.05	0.05
Cloro sodio	CC	2	0.00265	0.0053
Hidrocortisona	bb	1	0.55	0.55
Teofilina	amp	1	0.25	0.25
Dextrosa 5%	CC	10	0.0006	0.006
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0.8613
SALARIO DIRECTO	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	Um	60	2.863295	2.863295
Enfermero (a)	Um.	60	3.044905	3.044905
SUBTOTAL SALARIO				5.9082
Contribución a la seguridad social				0.738525
Impuesto por la fuerza de trabajo				1.47705
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				8.123775
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	22	24.486363
Teléfono	Um.	531.46	22	24.157272
Agua	Um.	60.25	22	2.738636
Depreciación de AFT por paciente	Um.	1261.48	22	57.340000
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				108.72227
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	22	21.153181
Materiales	Um.	50.67	22	2.303182
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	22	10.00
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	22	1.895454
Mantenimiento	Um.	237.89	22	10.813181
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	22	2.595
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				48.759998
TOTAL COSTO POR PACIENTE				166.46733

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 27. Cálculo del costo MAXIMO del tratamiento para un paciente atendido en la sala de terapia del cuerpo de guardia del policlínico Manuel Piti Fajardo.

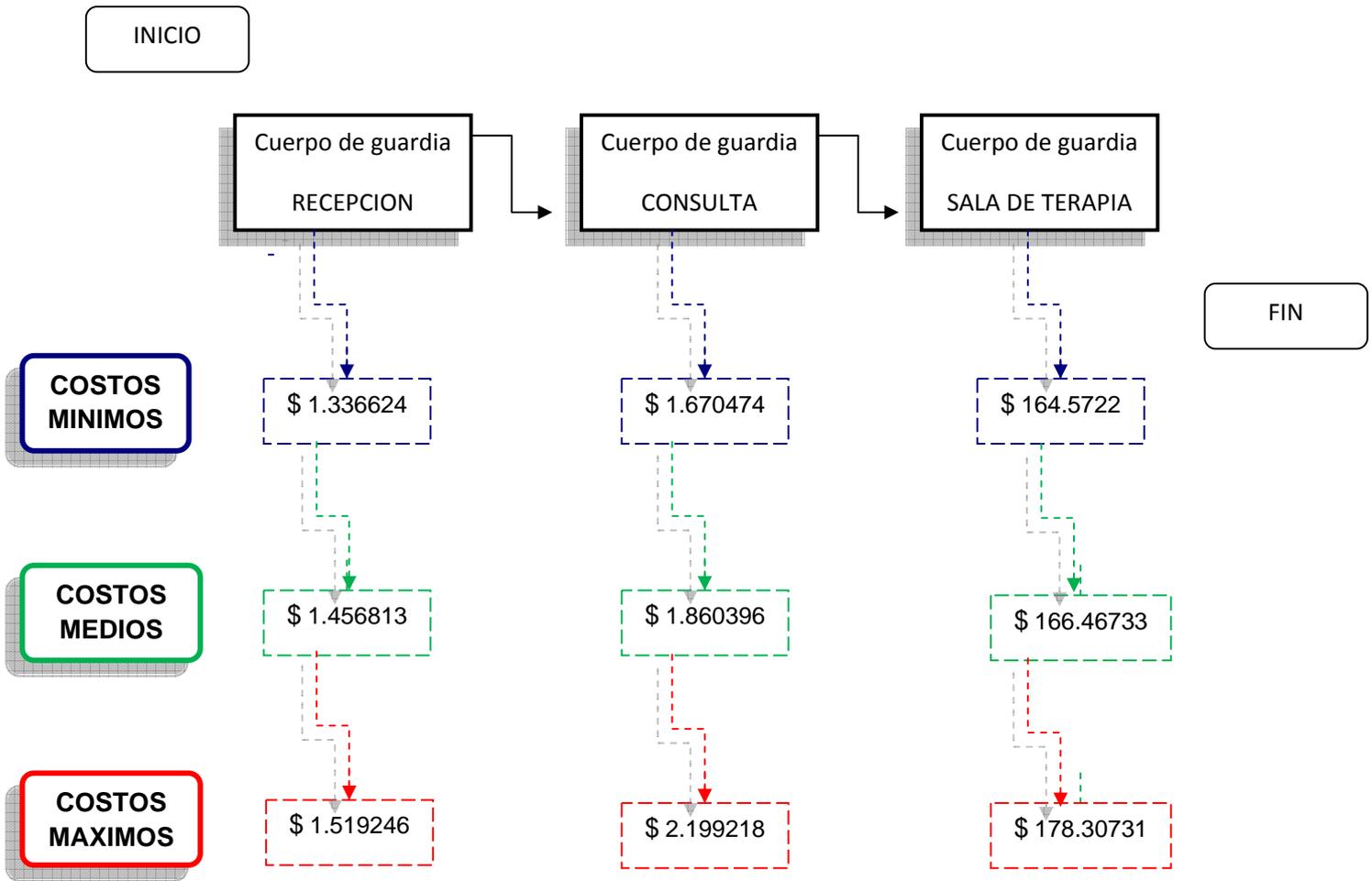
**CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS CRISIS SEVERAS DE ASMA
BRONQUIAL**

COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Salbutamol (Nebulización)	CC	3	0.05	0.15
Cloro sodio	CC	6	0.00265	0.0159
Hidrocortisona	bb	2	0.55	1.10
Teofilina	amp	2	0.25	0.50
Dextrosa 5%	CC	20	0.0006	0.012
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				1.9438
SALARIO DIRECTO	UM	TIEMPO (minutos)	SALARIO + 9.09 %	IMPORTE
Médico (MGI)	Um	120	3.2763	6.5526
Enfermero (a)	Um.	120	3.589611	7.179222
SUBTOTAL SALARIO				13.731822
Contribución a la seguridad social				1.716477
Impuesto por la fuerza de trabajo				3.432955
TOTAL SALARIO Y SEGURIDAD SOCIAL				18.881254
COSTOS INDIRECTOS ELECTRICIDAD Y DEPRECIACION	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Electricidad por paciente	Um.	538.70	22	24.486363
Teléfono	Um.	531.46	22	24.157272
Agua	Um.	60.25	22	2.738636
Depreciación de AFT por paciente	Um.	1261.48	22	57.340000
TOTAL ELECTRICIDAD, DEPRECIACION, AGUA Y TELEFONO				108.72227
OTROS COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO MENSUAL	INDUCTOR	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	465.37	22	21.153181
Materiales	Um.	50.67	22	2.303182
Alimentos (excepto consumo de pacientes)	Um.	220.00	22	10.00
Vestuario y lencería (excepto a pacientes)	Um.	41.70	22	1.895454
Mantenimiento	Um.	237.89	22	10.813181
Actividades de apoyo y administrativas	Um.	57.09	22	2.595
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS				48.759998
TOTAL COSTO POR PACIENTE				178.30731

Um. Unidades Monetarias

Fuente: [Elaboración propia]

ANEXO 28. Costos mínimos, medios y máximos para cada uno de los pasos que sigue en su trayectoria un paciente atendido con crisis severa de asma bronquial en el policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira.



ANEXO 29. Resultados del costo mínimo, medio y máximo por pacientes atendido con crisis leve de asma bronquial en el policlínico de Palmira Manuel Piti Fajardo

ATENCION HOSPITALARIA AL COSTO MINIMO

ATENCION HOSPITALARIA	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia RECEPCIÓN	Um.	1	1.336624	1.336624
Cuerpo de guardia CONSULTA	Um.	1	2.865441	2.865441
Cuerpo de guardia ENFERMERIA	Um.	1	4.67434	4.67434
TOTAL COSTO POR PACIENTE				8.876405

ATENCION HOSPITALARIA AL COSTO MEDIO

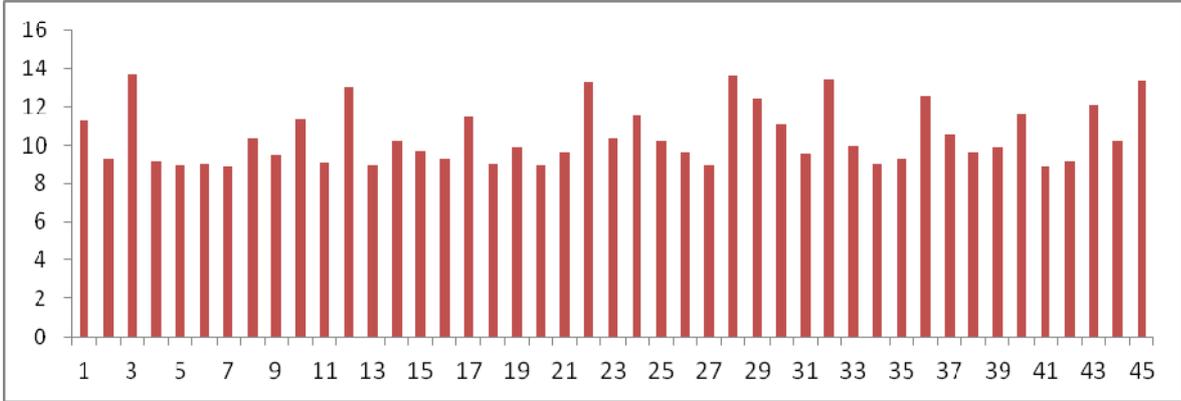
ATENCION HOSPITALARIA	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia RECEPCIÓN	Um.	1	1.456813	1.456813
Cuerpo de guardia CONSULTA	Um.	1	3.041506	3.041506
Cuerpo de guardia ENFERMERIA	Um.	1	6.606554	6.606554
TOTAL COSTO POR PACIENTE				11.104873

ATENCION HOSPITALARIA AL COSTO MAXIMO

ATENCION HOSPITALARIA	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia RECEPCIÓN	Um.	1	1.519246	1.519246
Cuerpo de guardia CONSULTA	Um.	1	3.325448	3.325448
Cuerpo de guardia ENFERMERIA	Um.	1	8.806406	8.806406
TOTAL COSTO POR PACIENTE				13.6511

ANEXO 30. Representación gráfica del rango de costo para los 45 pacientes analizados con crisis leve de asma bronquial. Año 2011.

Costos por paciente



Pacientes.

Fuente: Elaboración Propia.

P	COSTO	P	COSTO	P	COSTO	P	COSTO	P	COSTO
1	\$11.25	10	\$11.36	19	\$ 9,90	28	\$ 13,62	37	10.56
2	9,32	11	9,03	20	8.95	29	12,45	38	9.65
3	13.65	12	13.02	21	9,63	30	11,10	39	9.93
4	9.13	13	8.90	22	13.31	31	9,55	40	11.59
5	8.92	14	10.23	23	10.33	32	13,42	41	8.88
6	9.02	15	9.68	24	11.52	33	9.98	42	9,13
7	8.89	16	9.25	25	10.20	34	8.99	43	12,12
8	10.36	17	11.48	26	9.67	35	9.35	44	10.25
9	9.53	18	8.99	27	8.94	36	12.56	45	13.33

ANEXO 31. Resultados del costo mínimo, medio y máximo por pacientes atendido con crisis moderada de asma bronquial en el policlínico de Palmira Manuel Piti Fajardo

ATENCION HOSPITALARIA AL COSTO MINIMO

ATENCION HOSPITALARIA	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia RECEPCIÓN	Um.	1	1.336624	1.336624
Cuerpo de guardia CONSULTA	Um.	1	1.670474	1.670474
Cuerpo de guardia ENFERMERIA	Um.	1	5.837713	5.837713
Cuerpo de guardia SALA DE OBSERVACIÓN		1	40.276315	40.276315
TOTAL COSTO POR PACIENTE				49.121126

ATENCION HOSPITALARIA AL COSTO MEDIO

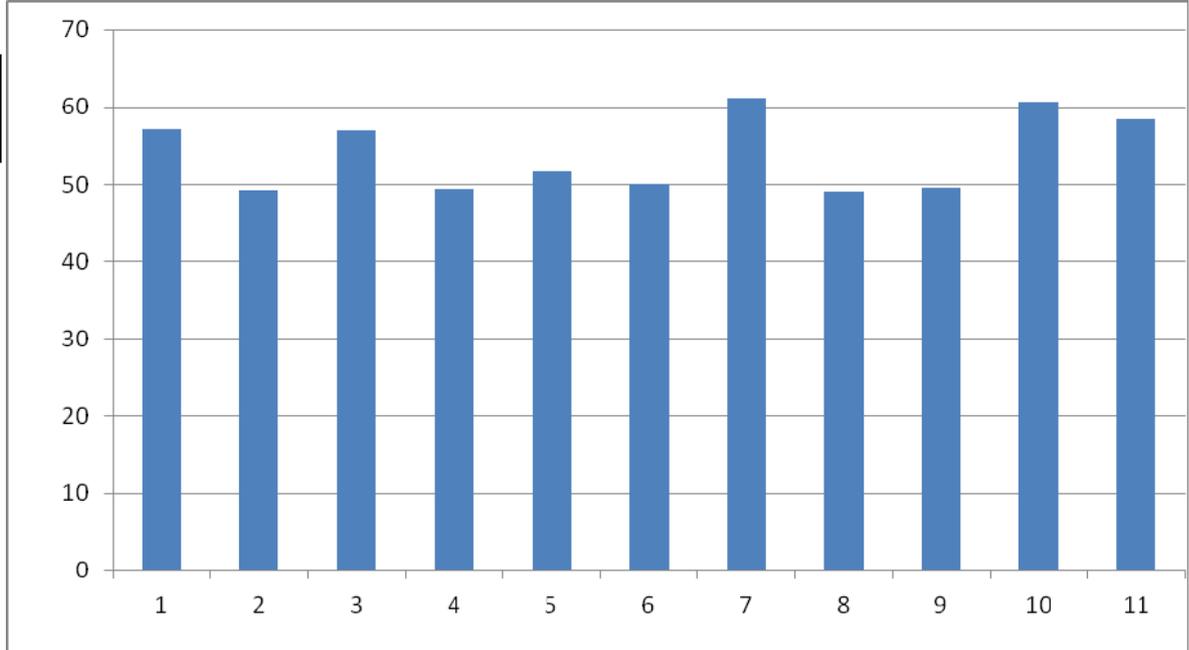
ATENCION HOSPITALARIA	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia RECEPCIÓN	Um.	1	1.456813	1.456813
Cuerpo de guardia CONSULTA	Um.	1	1.860396	1.860396
Cuerpo de guardia ENFERMERIA	Um.	1	6.659465	6.659465
Cuerpo de guardia SALA DE OBSERVACIÓN		1	41.777479	41.777479
TOTAL COSTO POR PACIENTE				51.754153

ATENCION HOSPITALARIA AL COSTO MAXIMO

ATENCION HOSPITALARIA	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia RECEPCIÓN	Um.	1	1.519246	1.519246
Cuerpo de guardia CONSULTA	Um.	1	2.199218	2.199218
Cuerpo de guardia ENFERMERIA	Um.	1	10.584306	10.584306
Cuerpo de guardia SALA DE OBSERVACIÓN		1	46.854134	46.854134
TOTAL COSTO POR PACIENTE				61.156904

ANEXO 32. Representación gráfica del rango de costo para los 11 pacientes analizados con crisis moderada de asma bronquial. Año 2011.

Costos por paciente



Pacientes.

Fuente: Elaboración Propia.

P	COSTO	P	COSTO	P	COSTO	P	COSTO
1	\$ 57,15	4	\$ 49,45	7	\$ 61.16	10	\$ 60,62
2	49,32	5	51.75	8	49.12	11	58,45
3	56,99	6	50,09	9	49,63		

ANEXO 33. Resultados del costo mínimo, medio y máximo por pacientes atendido con crisis severa de asma bronquial en el policlínico de Palmira Manuel Piti Fajardo

ATENCION HOSPITALARIA AL COSTO MINIMO

ATENCION HOSPITALARIA	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia RECEPCIÓN	Um.	1	1.336624	1.336624
Cuerpo de guardia CONSULTA	Um.	1	1.670474	1.670474
Cuerpo de guardia SALA DE TERAPIA		1	164.5722	164.5722
TOTAL COSTO POR PACIENTE				167.57929

ATENCION HOSPITALARIA AL COSTO MEDIO

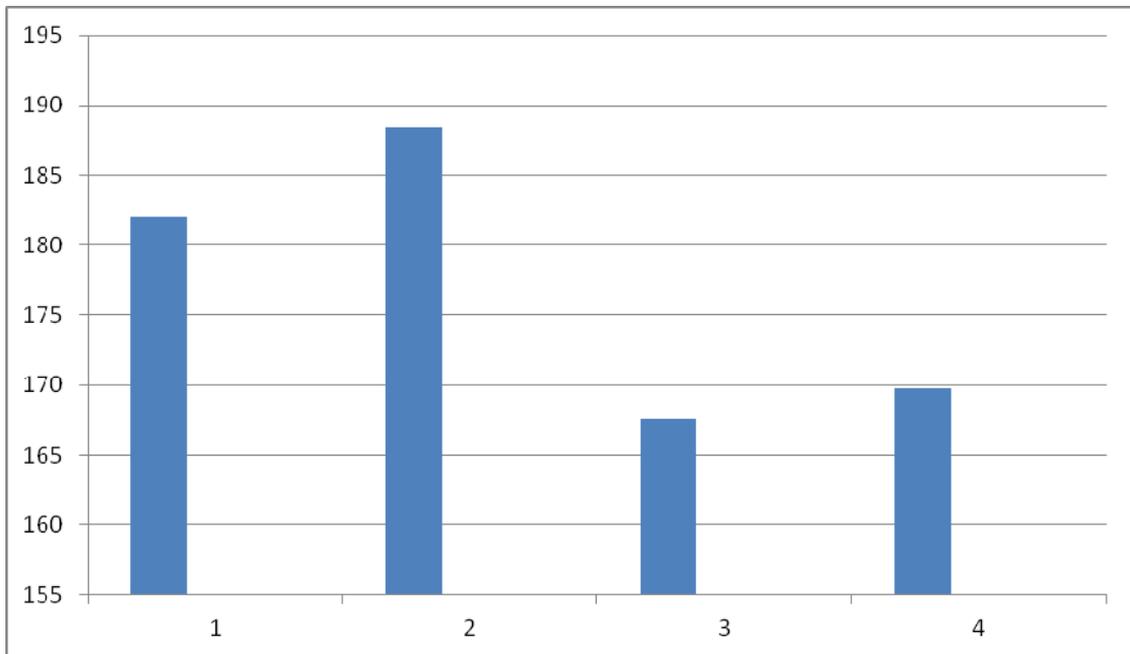
ATENCION HOSPITALARIA	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia RECEPCIÓN	Um.	1	1.456813	1.456813
Cuerpo de guardia CONSULTA	Um.	1	1.860396	1.860396
Cuerpo de guardia SALA DE TERAPIA		1	166.46733	166.46733
TOTAL COSTO POR PACIENTE				169.78453

ATENCION HOSPITALARIA AL COSTO MAXIMO

ATENCION HOSPITALARIA	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia RECEPCIÓN	Um.	1	1.519246	1.519246
Cuerpo de guardia CONSULTA	Um.	1	2.199218	2.199218
Cuerpo de guardia SALA DE TERAPIA		1	178.30731	178.30731
TOTAL COSTO POR PACIENTE				182.02577

ANEXO 34. Representación gráfica del rango de costo para los 4 pacientes analizados con crisis severa de asma bronquial. Año 2011.

Costos
por
paciente



Pacientes.

Fuente: Elaboración Propia.

P	COSTO	P	COSTO	P	COSTO	P	COSTO
1	\$ 182.02	2	\$ 188,45	3	\$ 167.58	4	\$ 169.78