



UNIVERSIDAD
CIENFUEGOS

Carlos Rafael Rodríguez

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Departamento de Ciencias Contables

Trabajo de Diploma.

Título: Determinación de los costos por pacientes atendidos con Parto Único Espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos. Año 2012

Trabajo de diploma en opción al título de Licenciatura en Contabilidad y Finanzas.

Autor: Marlene González Era

Tutor: Reynier Reyes Hernández

Curso: 2012-2013

Año 55 de la Revolución.

PENSAMIENTO

“En salud, la disminución de los costos, no constituye una meta económica, sino social”

José M. Camarós Fabián

DEDICATORIA

A mis padres por su paciencia, dedicación y por cuidar a mi hija todo este tiempo

A mi esposo por su apoyo incondicional en todo momento y por contribuir hacer realidad este sueño

Y es especial a mi querida hija a quien le debo el tiempo robado en mi superación.

AGRADECIMIENTOS

- A mi tutor Reynier por su paciencia, dedicación y apoyo en cada momento que lo necesite a pesar de su mucho trabajo.
- Al profesor David por sus consejos útiles
- A mis compañeros de trabajo de la UJC Provincial por su ayuda, por darme fuerzas y aliento para seguir adelante
- A mis compañeros de trabajo de Cubacontrol que me acompañaron en mis preocupaciones y estuvieron conmigo en las buenas y las malas, en especial a Maritza, Juan, Maria Elena, Virginia, Rubén, Bonet, Waldo.
- A mis compañeros de aula con los cuales compartí 6 años de carrera hasta llegar al final, especialmente mi amiga Noelia, Maritza Torres, Matilde, Yasiel.
- A los trabajadores del Hospital Provincial que tan gentilmente me facilitaron la información necesaria para la investigación, Baby en Estadísticas, Nadia en Contabilidad y el Dr. Reinaldo en la Sala 5A

RESUMEN

Una dirección eficiente lleva consigo el control preciso de los recursos con que se cuenta y un registro adecuado de los hechos económicos que permitan conocer lo que se gasta y analizar sistemáticamente los resultados, con el fin de delimitar cuáles son los factores que influyen en los montos de costos y gastos por elementos, producto y servicios y adoptar las decisiones que correspondan. En una época de cambios, donde aumenta la autonomía y responsabilidad de las empresas, la toma de decisiones exige presión y rapidez y, por lo tanto, el factor de predicción y control de los recursos es de vital importancia como una eficiente herramienta administrativa; es por este propósito, que nace este trabajo sobre la elaboración y manejo de los costos, para enfrentar los futuros retos. El presente trabajo fue realizado como tema de investigación en el Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, para la determinación de los costos por pacientes atendidos con Parto Único Espontáneo que permita conocer y valorar los rubros que inciden en la atención personalizada del paciente, lo que facilitaría las acciones de control y la toma de decisiones en cuanto al uso racional y efectivo de los recursos, detallando los elementos que intervienen en su incurrancia. Se utilizaron como métodos de investigación fundamentales, el análisis y síntesis, el descriptivo y explicativo. Utilizándose también técnicas para la investigación como fueron: la revisión de documentos y el intercambio con especialistas del sector de la salud y del Hospital Provincial de Cienfuegos. Los resultados obtenidos muestran que al costear por pacientes la eficiencia de la actividad hospitalaria se refleja no solo en los indicadores propiamente de salud sino en la utilización de los recursos materiales, humanos y financieros, al poder analizar puntualmente los costos por pacientes y delimitar hasta qué punto han sido utilizados éstos en correspondencia con las necesidades del paciente. Al comparar los resultados se toma solo el nivel I porque son los datos con que se cuenta en ambos momentos, la diferencia que se presenta se fundamenta principalmente en los cambios ocurridos entre los periodos 2007-2012, originados por el aumento de los precios en alimento y el encarecimiento continuado del precio de los medicamentos, el aumento del precio del KW de electricidad, precio de los combustibles, el aumento de salario a médicos y personal de la salud, la compra de nuevos equipos necesarios para el diagnóstico de las patologías y otros medios que aumentan los costos indirectos (Depreciación). Los resultados obtenidos en el Nivel II y III no se pueden comparar pues no existen indicadores anteriores para establecer dicha comparación.

Palabras clave: Dirección eficiente, control preciso, recursos, hechos económicos, costos, gastos, servicios, autonomía

ABSTRACT

An efficient address takes I get the precise control of the resources with which it is counted and an appropriate registration of the economic facts that you/they allow to know what wears out and to analyze the results systematically, with the purpose of defining which they are the factors that influence in the montos of costs and expenses for elements, product and services and to adopt the decisions that correspond. In a time of changes, where it increases the autonomy and responsibility of the companies, the taking of decisions it demands pressure and speed and, therefore, the prediction factor and control of the resources is of vital importance like an efficient administrative tool; it is for this purpose that this work is born on the elaboration and handling of the costs, to face the future challenges. The present work was carried out as investigation topic in the Provincial Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima of Cienfuegos, for the determination of the costs for patients assisted with Spontaneous Unique Childbirth that allows to know and to value the items that impact in the patient's personalized attention, what would facilitate the control actions and the taking of decisions as for the rational and effective use of the resources, detailing the elements that intervene in its incurrancia. They were used as fundamental investigation methods, the analysis and synthesis, the descriptive and explanatory. Being also used techniques for the investigation like they were: the revision of documents and the exchange with specialists of the sector of the health and of the Provincial Hospital of Cienfuegos. The obtained results show that when financing for patient the efficiency of the hospital activity he/she is not reflected alone in the indicators properly of health but in the use of the material, human and financial resources, to the power to analyze the costs on time for patient and to define to what extent these have been used in correspondence with the patient's necessities. When comparing the results he/she takes alone the level I because they are the data with which it is counted in both moments, the difference that is presented is based mainly in the changes happened among the periods 2007-2012, originated by the increase of the prices in food and the continuous rise in the price of the price of the medications, the increase of the price of the KW of electricity, price of the fuels, the wage increase to doctors and personal of the health, the purchase of new necessary teams for the I diagnose of the pathologies and other means that the indirect costs increase (Depreciation). The results obtained in the Level II and III cannot be compared previous indicators then they don't exist to establish this comparison.

Keywords: Efficient management, precise control, resource, economic facts, costs, expenses, services, autonomy.

Índice

PENSAMIENTO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPITULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE LA CONTABILIDAD DE GESTIÓN Y LA CONTABILIDAD DE COSTO. LOS COSTOS EN LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA, SU CLASIFICACIÓN Y SISTEMA DE ACUMULACIÓN. LOS COSTOS POR PACIENTE Y PATOLOGÍAS. 6

1.1 LA INFORMACIÓN COMO ELEMENTO CLAVE PARA EL CONTROL Y LA TOMA DE DECISIONES. 6

1.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CONTABILIDAD DE GESTIÓN. 8

1.3 CONTABILIDAD DE COSTO Y LA CONTABILIDAD GERENCIAL..... 11

1.3.1 La clasificación de los costos para diferentes propósitos..... 14

1.4 DESARROLLO DEL COSTO EN LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA. 24

1.4.1 La clasificación de los costos en la actividad hospitalaria..... 26

1.4.2 Los costos por paciente y patologías..... 29

CAPITULO II: CARACTERIZACIÓN Y DIAGNOSTICO DE LA ENTIDAD OBJETO DE ESTUDIO Y PRESENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE COSTEO POR PACIENTES. 31

2.1 CARACTERIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. GUSTAVO ALDEREGUIA LIMA DE CIENFUEGOS.31

2.1.1 Caracterización de la sala 5-A de Puerperio mediato..... 34

2.1.2 El proceso de determinación de los costos en las instituciones hospitalarias cubanas..... 39

CAPÍTULO III: DETERMINACIÓN DEL COSTO POR PACIENTE ATENDIDO CON PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS. AÑO 2012..... 55

3.1 CÁLCULO PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS COSTOS POR PACIENTES ATENDIDOS CON PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS. 55

3.2 COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL CÁLCULO DE LOS COSTOS POR PACIENTES ATENDIDOS CON PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS, AÑO 2012 CON RESPECTO AL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DEL AÑO 2007..... 71

CONCLUSIONES..... 74

RECOMENDACIONES..... 75

BIBLIOGRAFÍA 76

ANEXOS

1. EVOLUCIÓN DE LA MEDICIÓN Y CONTROL DE COSTOS.

2. SERVICIOS QUE PRESTA ESTA INSTITUCIÓN DE SALUD CUANDO SE DECIDE LA CONSTRUCCIÓN DEL NUEVO HOSPITAL.

3. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA ACTUAL.

4. TABLA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DEL AÑO 2012.

5. ORGANIGRAMA DE LA SALA 5-A PUERPERIO MEDIATO.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS COSTOS POR PACIENTES EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS CUBANAS.

7. NIVELES DE ATENCIÓN DE ACUERDO A LOS FACTORES DE RIESGO MATERNO – FETAL.

8. DIAGRAMA DE FLUJO. PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO.

9. INFORME DE COSTO ACUMULADO. AÑO 2012.

10. DETERMINACIÓN DE LAS TASAS POR DÍAS PACIENTES PARA LA ASIGNACIÓN DE LA ELECTRICIDAD Y DEPRECIACIÓN POR CENTRO DE COSTO. AÑO 2012.

11. CÁLCULO DEL COSTO POR PACIENTE ATENDIDO EN LA CONSULTA DEL CUERPO DE GUARDIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS
12. CÁLCULO DEL COSTO UNITARIO DEL EXAMEN GINECOLÓGICO PARA TODAS LAS PACIENTES DE PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO EN CONSULTA DEL CUERPO DE GUARDIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS.
13. TASAS PARA LA ASIGNACIÓN DE LOS ELEMENTOS INDIRECTOS A LOS PACIENTES EN LA SALA 8A, ATENDIENDO A LOS DÍAS PACIENTES.
14. CÁLCULO DEL COSTO MÍNIMO DEL TRATAMIENTO PARA UN PACIENTE ATENDIDO EN LA SALA 8A DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS.
15. CÁLCULO DEL COSTO MÁXIMO DEL TRATAMIENTO PARA UN PACIENTE ATENDIDO EN LA SALA 8A DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS.
16. TASAS PARA LA ASIGNACIÓN DE LOS ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS A LOS PACIENTES EN LA SALA 8B, ATENDIENDO A LOS DÍAS PACIENTES.
17. CÁLCULO DEL COSTO MÍNIMO DEL TRATAMIENTO PARA UN PACIENTE ATENDIDO EN LA SALA 8B DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS.
18. CÁLCULO DEL COSTO MÁXIMO DEL TRATAMIENTO PARA UN PACIENTE ATENDIDO EN LA SALA 8B DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS.
19. TASAS PARA LA ASIGNACIÓN DE LOS ELEMENTOS INDIRECTOS A LOS PACIENTES EN LA SALA 7B, ATENDIENDO A LOS DÍAS PACIENTES.
20. CÁLCULO DEL COSTO MÍNIMO DEL TRATAMIENTO PARA UN PACIENTE ATENDIDO EN LA SALA 7B DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS.
21. CÁLCULO DEL COSTO MÁXIMO DEL TRATAMIENTO PARA UN PACIENTE ATENDIDO EN LA SALA 7B DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS.
22. TASAS PARA LA ASIGNACIÓN DE LOS ELEMENTOS INDIRECTOS A LOS PACIENTES EN LA SALA 5A, ATENDIENDO A LOS DÍAS PACIENTES.
23. CÁLCULO DEL COSTO DEL TRATAMIENTO PARA UN PACIENTE ATENDIDO EN LA SALA 5A DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS.
24. RESULTADOS DEL COSTO MÍNIMO Y MÁXIMO POR PACIENTES ATENDIDO CON PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO NIVEL I EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS Y RANGO DEL COSTO POR PACIENTE PARA LAS 92 HISTORIAS CLÍNICAS ANALIZADAS. AÑO 2012.
25. RESULTADO DEL COSTO MÍNIMO Y MÁXIMO DEL COSTO POR PACIENTE ATENDIDO CON PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO NIVEL II Y III EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS.
26. RESUMEN DE LA OBTENCIÓN DE LOS COSTO POR PACIENTE CON PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO NIVEL I. AÑO 2012.
27. RESUMEN DE LA OBTENCIÓN DE LOS COSTO POR PACIENTE CON PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO NIVEL II Y III. AÑO 2012.

INTRODUCCIÓN

Los desafíos contemporáneos junto a los siempre limitados recursos disponibles para los prestadores de servicios de salud constituyen el reto obligado para la utilización del pensamiento económico en la toma de decisiones de la práctica médica. Es por lo que la gestión debe ilustrar el impacto de la eficiencia económica en el sector de la salud, especialmente en el sistema social cubano donde los servicios son gratuitos.

Cuba desde su posición de país subdesarrollado y bloqueado económicamente muestra al mundo con orgullo el nivel que ostenta en sus indicadores de salud, evidenciándose en una esperanza de vida de alrededor de los 78 años. Sin embargo esta actividad en su mayoría es financiada por el presupuesto estatal. La salud es gratuita en Cuba pero genera gastos. (Reyes & Pérez, 2009).

En la actualidad, el contexto mundial, del cual Cuba no puede alejarse ni sentirse ajena, se encarece cada día más y se torna más convulso e inestable, por tal motivo es primordial que exista un adecuado control y utilización de los recursos que se destinan a los servicios de salud. Es entonces donde surge la necesidad de poder contar con información relevante que permita valorar realmente si se están utilizando éstos adecuadamente, o sea, que se cumpla con las premisas de salvar vidas, curar enfermedades, proporcionar bienestar espiritual e incentivar estilos de vida saludables pero con la adecuada utilización de los recursos destinados a esos fines.

Los servicios hospitalarios asumen con responsabilidad la utilización consciente de la asignación de los recursos humanos, materiales disponibles y se incorporan en la evaluación de sus resultados la utilización eficiente de los mismos. Una de las herramientas que brindan esta oportunidad es el estudio de los costos (Drummond M, 1997).

La medición de los costos es un paso muy importante y complejo que puede utilizarse como método de evaluación económica, es un conjunto de técnicas instrumentales dirigidas a caracterizar la eficiencia de los servicios de salud y las tecnologías sanitarias introducidas, y que surge de la adaptación de los métodos generales de la evaluación económica al ámbito sanitario, (Cárdenas J, Cosme J, 2000).

En las dos últimas décadas se ha aplicado para conocer la eficiencia de las diferentes actuaciones y permite el acercamiento a los encargados de la toma de decisiones (Arredondo A). La justificación fundamental para aplicar estos métodos de evaluación económica a la toma de decisiones es la limitación de recursos.

Para el estudio de los costos debe contemplarse aquellos que se identifiquen como relevantes para el objeto de costo. Los costos deben medirse tanto de forma prospectiva como retrospectiva. La primera vía implica medir los costos de cada uno de los pacientes que participan en el estudio, la segunda emplea registros existentes.

En una evaluación económica se puede reflejar distintos registros de costos según varios ejes de clasificación, entre ellos, los costos directos, costos indirectos, costos fijos, costos variables, costos marginales, costos unitarios (o promedio) y costos incrementales. (Cárdenas JM, Collazo HM, Cosme JJ. 2001) (Cosme J, Cárdenas J, Miyar R, 1999).

El análisis de la información de los indicadores hospitalarios se complementan con un análisis inteligente de las principales causas de ingresos por servicios que se materializa en el estudio de los costos por enfermedad, extensión del sistema de costo tradicional que se sustenta en la determinación de un promedio de unidades físicas de servicios y los días de hospitalización.

La información de costos en las Instituciones de salud cubanas, regidas por el manual de costos hospitalarios emitido por el Ministerio de Salud Pública de Cuba, no brinda la información precisa y oportuna que facilite el control y la toma de decisiones, toda vez que los servicios de salud, producto a su diversidad, requieren de un proceso de determinación de costos que parta de la atención que requiere y precisa cada individuo, de forma tal que se logre de forma precisa la medición de los recursos materiales, económicos, tecnológicos y humanos imprescindibles para cada servicio de salud; aspectos que no están contenidos en las premisas que expone el manual establecido para estos fines. (Reyes & Pérez, 2009)

El Sistema de Salud Cubano es sin dudas un sistema eficiente cuando se toman en cuenta su alcance territorial y social, su desarrollo tecnológico y su carácter gratuito y universal. Ningún sistema que no tuviera cierto grado de eficiencia habría sido capaz de subsistir y mantener todas las características señaladas, en un período de crisis tan profunda como la sufrida por la economía cubana. Sin embargo en cuestión de costo, aun no se logra llegar a los niveles de eficiencia y control y sobre todo a obtener información que permita una acertada toma de decisiones.

El sistema de costeo que actualmente se encuentra funcionando en la mayoría de los centros de atención a la salud en Cuba, a partir de lo estipulado por el manual de costos hospitalarios emitido por el <ministerio de Salud Pública de Cuba en 1994 y actualizado en 2012, es el sistema de costos por área de responsabilidad, pues es el que mejor responde a las necesidades y a las propias características del proceso de salud. Mediante este método el paciente recibe servicios de las diferentes áreas de responsabilidad en dependencia de la necesidad de su restablecimiento, dependiendo finalmente, de la realización del análisis del costo por área de responsabilidad.

Este sistema permite la expresión monetaria de los resultados de la gestión y los servicios prestados. También, es el método que permite la obtención de un conjunto de indicadores o costos unitarios relacionados con diferentes acciones o servicios que se realizan en las

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

Dentro de las instituciones de salud en la provincia de Cienfuegos se encuentra el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, institución insignia en el territorio dadas sus características, la más importante de la provincia; donde para determinar el costo por paciente atendido según lo rige el manual de costos hospitalarios se calcula, dividiendo el costo total mensual y acumulado de toda la institución y de cada centro de costo entre los pacientes atendidos, días camas, días pacientes, exámenes realizados respectivamente, por lo que se está obteniendo un costo por paciente que no aporta elementos que contribuyan al control y por ende a la toma de decisiones, dada la diversidad y heterogeneidad de los servicios que se prestan y pacientes que se atienden.

En esta institución se atienden pacientes de toda la provincia, brindándose todos los servicios que requiere este tipo de hospital.

En el año 2012, y desde hace más de 5 años las patologías con mayor incidencia son:

- Las Neumonías
- El parto único espontáneo
- El Infarto Agudo del Miocardio
- Infarto cerebral
- Apendicitis Aguda

En por ello que, atendiendo a las necesidades del Hospital Provincial de conocer el costo por pacientes atendidos en las patologías de mayor incidencia, unido a que de esta forma se le da seguimiento a una tesis de maestría y se logra actualizar el costo por paciente que tributa a una tesis doctoral, que se requiere la obtención del costo por paciente atendido con parto único espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos que permita conocer y valorar los rubros que inciden en la atención personalizada del paciente, lo que facilitaría las acciones de control y la toma de decisiones en cuanto al uso racional y efectivo de los recursos.

Esto provocaría un cambio radical en la gestión de los costos para la obtención del costo unitario, al incorporar una visión de procesos asistenciales, teniendo como premisa que la clave no radica solamente en obtener un costo, sino que este represente la realidad de cada tipo de atención y que proporcione información que puede ser utilizada para planificar y controlar de forma más adecuada los recursos.

Para la atención al paciente con parto único espontáneo es necesario que el mismo transite por varios departamentos: Recepción del cuerpo de guardia donde se registra la paciente y se le realizan los exámenes ginecológicos para el diagnóstico y orientación del ingreso; Sala 8-A Obstetricia, donde permanece con un seguimiento a la madre y al feto al cual se le realiza Cardiotopografía (CTG) para la frecuencia cardiaca y ultrasonidos; luego cuando comienza en trabajo de parto se traslada a la sala 7-B para inducir el parto, después de 4 horas de recuperación y el bebé nace sano se traslada a la sala 5-A puerperio mediato donde permanece por 36 horas hasta su egreso.

En la actualidad el costo por paciente con parto único espontáneo se calcula dividiendo el costo total acumulado en la sala 5-A que es donde más tiempo se le dedica al paciente, entre la cantidad de pacientes atendidos en la misma, sin embargo, este cálculo del costo unitario no representa lo que realmente se ha invertido en el servicio de atención al paciente con parto único espontáneo al no considerar la atención que reciben los pacientes en recepción, sala 8ª y 8b y al distribuir todos los costos arbitrariamente entre los pacientes atendidos por lo que se está obteniendo un costo por paciente que no aporta elementos que contribuyan al control y por ende a la toma de decisiones.

Es por ello que el problema de la investigación consiste en: ¿Cómo calcular el costo por paciente atendido con parto único espontáneo de acuerdo a la atención personalizada que cada uno precisa en el Hospital Provincial de Cienfuegos

Asimismo se define la hipótesis siguiente: Con la aplicación del procedimiento de costeo por paciente Reyes y Pérez, 2009 se logra determinar el costo por paciente atendido con parto único espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos.

El objetivo general de la investigación se enuncia como sigue:

Calcular el costo por pacientes atendidos con parto único espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos. Año 2012.

Para lo cual se definen los objetivos específicos siguientes:

- 1- Analizar el estado de la ciencia sobre los sistemas de costos tradicionales y su aplicación en los costos para la salud y los costos hospitalarios.
- 2- Caracterizar el Hospital Provincial de Cienfuegos, analizando las ventajas y limitaciones del sistema de costeo que en la actualidad se aplica para la obtención del

costo por paciente.

3- Aplicar el procedimiento de costeo por pacientes Reyes y Pérez, 2009 para la determinación de los costos en la atención del parto único espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos.

Se utilizaron como métodos de investigación fundamentales, el análisis y síntesis, el descriptivo y explicativo. Utilizándose también técnicas para la investigación como fueron: la revisión de documentos y el intercambio con especialistas del sector de la salud y del Hospital Provincial de Cienfuegos.

El trabajo está estructurado en tres capítulos.

Capítulo I Fundamentación Teórica.

Se hace referencia a aspectos teóricos sobre los costos, haciendo énfasis en el sector de la salud cubano, en el mismo se aborda la importancia de la información de costos para la toma de decisiones y la implicación de la Contabilidad de Gestión en este sentido, 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.

Se expone de forma general la caracterización del hospital Provincial de Cienfuegos, se realiza un diagnóstico de la forma en que se obtiene el costo por paciente en esta institución, según lo establecido por el manual de costos hospitalarios, enfatizando en el análisis de las principales ventajas y limitaciones para la obtención de los costos por pacientes y se presenta el procedimiento Reyes & Pérez, 2009 para la determinación del costo por pacientes.

Capítulo III Determinación del costo por paciente atendido con parto único espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos. Año 2012.

En este capítulo se aplica el procedimiento de Reyes y Pérez, 2009 para la determinación de los costos por pacientes por Parto Único espontáneo

Capítulo I: Fundamentos teóricos sobre la Contabilidad de Gestión y la Contabilidad de Costo. Los Costos en la actividad hospitalaria, su clasificación y sistema de acumulación. Los costos por paciente y patologías.

En este capítulo se aborda la importancia de la información de costos el control y la toma de decisiones, la implicación de la Contabilidad de Gestión en este sentido, así como las peculiaridades de la Contabilidad de Costo y contabilidad Gerencial, 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.

En las últimas décadas, los elementos que influyen en una gestión óptima de las organizaciones, han sufrido una serie de transformaciones con el objetivo fundamental de adaptarse al nuevo contexto en que se desarrollan. Esta concepción incluye lo relacionado con los sistemas de información, control y por consiguiente de toma de decisiones, como instrumentos básicos para alcanzar una gestión adecuada, siendo necesario elaborar sistemas informativos que respondan a las necesidades de cada tipo de organización.

1.1 La información como elemento clave para el control y la toma de decisiones.

Los encargados de tomar las decisiones utilizan la información para desarrollar planes de negocios acertados. De lo anterior se desprende que hay varios usuarios de la información contable:

La información contable es necesaria para sus usuarios, y es la Contabilidad Administrativa la que suministra información a sus usuarios internos porque sigue siendo un método de registro y de rendición de cuentas, y que ha ampliado su utilidad para servir como instrumento de rendición de cuentas al administrador de la empresa y a sus propietarios, por ejemplo:

Propietarios: al ser ellos lo que aportan el capital se le hace necesario saber cuál es el rendimiento de su inversión.

Directivos: para la toma de decisiones demandan los Estados Financieros para conocer la posición financiera del negocio, por ejemplo, cuál es la capacidad de pago, cuál es el resultado de su actividad, además para analizar el pasado y poder proyectarse hacia el futuro.

Trabajadores: Tanto los trabajadores como el sindicato necesitan comprender el resultado de las operaciones con el objetivo de saber si van a incentivar por los resultados financieros, y les resulta necesario preocuparse por el comportamiento de los gastos y los niveles de ingresos.

La Contabilidad Financiera está destinada a informar a los usuarios externos, a aquellos que se encuentran fuera del negocio, en términos cuantitativos y monetarios las transacciones que realiza una entidad, así como determinados acontecimientos económicos que le afectan, con el objetivo de proporcionar información útil y segura para la toma de decisiones, por ejemplo:

Clientes. Están interesados en la información acerca de la continuidad de la entidad, especialmente cuando existen compromisos a largo plazo, o dependen comercialmente de ella.

Banca: para otorgar un préstamo necesita conocer cuál es la capacidad de pago, con el propósito de tener certeza del reintegro de la deuda y del pago de interés.

Presupuesto: debido a que los negocios tienen que aportar diferentes tributos (impuestos y contribución a la seguridad social), necesitan tener la información contable para analizar si están evadiendo los distintos pagos al Presupuesto o Fisco.

Inversores e inversores potenciales: requieren tener la información contable con el objetivo de conocer la posición financiera del negocio, para analizar si es atractiva dicha inversión, además, necesitan percatarse de sí realmente la entidad paga en tiempo a sus inversores, a la vez, deben analizar cuál es su rendimiento, para decidir si mantienen la inversión o no, y en el caso de los inversores potenciales determinar si invierten o no.

Proveedores: los suministradores necesitan conocer las características financieras de sus clientes, con el objetivo de ofrecerles o rechazarles facilidades de pago.

En resumen, la información contable se utiliza por todos los usuarios para la toma de decisiones. Pero a su vez estas decisiones provocan operaciones económicas que necesitan ser registrados e informados sus resultados a los distintos usuarios, y de aquí surge el Flujo de Información Contable.

En la actualidad la calidad de la información destinada a la dirección de la empresa, es uno de los aspectos fundamentales, que determina que la organización consiga sus objetivos de corto y largo plazo, al garantizar una selección adecuada entre las posibles opciones de un determinado curso de acción.

Existe una relación muy directa entre la planificación, el control y la toma de decisiones, dado que el sistema de planificación precisa necesariamente de un sistema de control con el fin de poder realizar un seguimiento que le permita a la organización valorar el grado de consecución de los objetivos obtenidos, las decisiones a tomar y por tanto la eficacia del plan (López, 2008)

De manera general los aspectos abordados señalan la importancia que reviste la utilización de un sistema de control de la gestión adecuado, con su correspondiente cantidad de información relevante, precisa y oportuna que responda a las características y necesidades de cada organización y esté en función de su estrategia, contribuyendo a su eficiente desarrollo económico y al proceso de toma de decisiones (López, 2008)

Dentro del contexto de control, planeación y toma de decisiones, donde la información desempeña un rol fundamental, la contabilidad de gestión es sin dudas una de las principales protagonistas, pues constituye el punto de partida para el desarrollo de las funciones administrativas.

1.2 Evolución histórica de la Contabilidad de Gestión.

Sobre el significado del término contabilidad de gestión, existen diferentes enfoques los que son tratados por prestigiosos autores, aunque se aprecian aspectos comunes entre ellos, relacionados fundamentalmente con el tratamiento de la contabilidad de costos como una rama de la contabilidad de gestión que posibilita su surgimiento.

Para abordar los aspectos relacionados con los orígenes y desarrollo de la Contabilidad de Gestión, es muy importante tener bien delimitado los conceptos de costos y gastos como terminología a seguir. Existen diferentes criterios de especialistas sobre los mismos, de forma que no se vislumbra una homogeneidad definida hasta el momento. Entre los autores estudiados al respecto, sobresalen los siguientes: Marx (1867); Pedersen (1958); Plan Contable General Francés (1957), Schneider (1957), Lawrence (1960), Morton y Lyle (1967), Guevara (1970), Revista de Finanzas y Precios (1988), Polimeni, Fabozzi y Adelberg (1990) y Mallo (1991).

En el desarrollo de la investigación no se va a coincidir con Morton y Lyle (1967) y Polimeni, Fabozzi y Adelberg (1990) pues se considera que el costo es aquél que atiende al momento del consumo, y el gasto, al momento de la adquisición; el costo entonces se ve como una parte de los gastos, y se incorporan al primero los gastos que se vinculan al proceso productivo y a un cierto nivel de actividad alcanzado.

Concepto de Costo: Es el “valor” sacrificado para obtener bienes ó servicios con el objetivo de obtener beneficios futuros.

Concepto de Gasto: Es un costo que ha producido un beneficio y que ya está expirado. Los costos no expirados se clasifican como activos. (Ejemplo: los inventarios).

Los antecedentes de la Contabilidad de Gestión en el ámbito universal, permitirán comprender la necesidad del surgimiento de los nuevos sistemas de costos.

La Contabilidad de Costos aparece como ciencia a comienzos del siglo XIX, por la necesidad de responder a los efectos de la Revolución Industrial, especialmente por aquellos derivados de internalización de las operaciones en las fábricas y por la configuración de una nueva mano de obra que ahora pasa a tener categoría fija. Algunos de

los aspectos más relevantes que demuestran la necesidad del cálculo y control de los costos desde el siglo XVIII hasta la actualidad, se observan en el Anexo1.

No se debe ignorar, en el transcurso de esos años, la existencia de tres grandes aportaciones que desafortunadamente pasaron inadvertidas, las propuestas de Church (1915-1920), Clark (1920-1930) y Vatter (1930-1940).

Church se adelantó a su época, pero en el sistema contable manual, la cantidad de registros de trabajo que implica su propuesta resultaba muy costosa y no resistía el análisis de economicidad cuando se les comparaba con la mejora informativa que proporcionaba. Sus ideas están presentes también en los planteamientos del llamado enfoque del costo de las transacciones, desarrollado a partir de la publicación del artículo: “La fábrica invisible”, elaborado por Miller y Vollman (1985), que insiste en la necesidad de controlar los costos indirectos, pues en los últimos años no sólo han aumentado en términos relativos con respecto al costo total, sino que también han crecido en términos absolutos.

Clark tuvo una visión particularmente lúcida y profunda, pero tampoco tuvo éxito en una época en la que la rigidez de la Contabilidad Financiera impedía cualquier intento de flexibilidad en el análisis, por lo que sus ideas quedaron en el olvido hasta que, en 1953, apareció el Modelo del Direct Costing

Hornigren y Foster (1987), reconocen que el profesor Vatter es uno de los más importantes tratadistas en Contabilidad de Costos del siglo XX.

Aún cuando tampoco fueron comprendidos los estudios de Vatter, hoy no se puede dudar que, junto con los anteriores, conformaron las bases sobre las que se sustenta el movimiento de la moderna Contabilidad de Gestión.

A partir de 1950, la necesidad de articular una Contabilidad de Gestión apta para la toma de decisiones se convirtió en uno de los principales centros de atención de muchos investigadores y profesionales relacionados con la Contabilidad de Costos. Es evidente que después de las propuestas de modelización del ciclo contable para la determinación del resultado interno que realizó Schneider (1957), los tratadistas seguían postergando los trabajos conducentes a la sistematización de los modelos de Contabilidad de Costos, por lo que su propuesta constituye una arriesgada apuesta sobre la futura orientación de la Contabilidad de Costos.

La Contabilidad de Gestión, o sea, la Contabilidad dedicada a la información con fines internos, ha sido uno de los instrumentos más utilizados como sistema informativo para la dirección, ya que permite conocer el resultado de la empresa y de cada una de sus áreas, contribuyendo decisivamente al proceso de toma de decisiones, atendiendo a sus tres propósitos básicos:

- Valuación de inventarios

- Planeación y Control
- Toma de Decisiones

Es necesario destacar que la evolución de la Contabilidad de Gestión ha estado muy vinculada al desarrollo de las organizaciones, lo que es evidente dado su objetivo de brindar información oportuna a la gerencia, por tanto tiene que responder a las necesidades de la misma a partir de los requerimientos del entorno

En las condiciones actuales la Contabilidad de Gestión mantiene su importancia, puede señalarse que es más necesaria su función cuando la complejidad organizativa es mayor y existe más presión competitiva y el control de la gestión es fundamental.

Sin embargo el desarrollo de los Sistemas de Contabilidad de Gestión en las últimas décadas no ha dado respuesta a la magnitud de los cambios ocurridos en el entorno empresarial, volviéndose obsoletos los llamados “Sistemas Tradicionales” que fueron elaborados en otras condiciones y con otros fines. De ahí que diferentes autores coincidan en señalar limitaciones en estos sistemas, que pueden resumirse en las siguientes:

- Orientación operativa a corto plazo
- Excesivo nivel de agregación de los datos
- Basados en una estructura de la empresa muy jerarquizada
- El énfasis fundamental al control de los costos
- Dirigidos a facilitar decisiones poco complejas

En los últimos 10 años la literatura sobre este tema aborda las llamadas “nuevas tendencias”. Estudios en España muestran que el 40, 5% de los artículos en revistas especializadas y el 35, 8% de las ponencias presentadas a eventos científicos, abordan esta problemática.

Oscar Osorio, profesor argentino, en su conferencia inaugural del Congreso de Contabilidad auspiciado por la ANEC en 1999, planteó que en la empresa contemporánea, el objetivo principal de la Contabilidad de Gestión consiste en “permitir la adopción de decisiones racionales que hagan posible la competitividad, para lo que deberá tenerse en cuenta:

- El contexto externo mediante el planteamiento estratégico
- La mejora continua de los procesos productivos internos, cualitativa y cuantitativamente considerados
- El control y la gestión estratégica de los costos en todas las funciones y segmentos de la organización”.

Por tanto debe interiorizarse que actualmente, los FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO, no están relacionados únicamente con la minimización de los costos, sino también con la satisfacción del cliente, la calidad de los productos, la flexibilidad de los procesos, el mercado, entre otros aspectos; lo que implica que en los nuevos sistemas de Contabilidad de Gestión se reúnan factores cualitativos y cuantitativos.

Como una respuesta a la situación creada por las exigencias del nuevo entorno a las empresas, han surgido las “Nuevas Tecnologías de Gestión”, procedimientos desarrollados para optimizar el uso de los recursos del ente para alcanzar un objetivo y que tienen incidencia en los procedimientos y en la información que emana de los Sistemas de Contabilidad de Gestión.

Pueden mencionarse como ejemplos de estas nuevas tecnologías las siguientes:

- La Contabilidad de Dirección Estratégica
- Nuevos Sistemas de Medida y Control (Just in Time)
- Control Total de la Calidad
- Costo objetivo (Target Cost)
- Gestión Basada en Actividades (ABC y ABM)

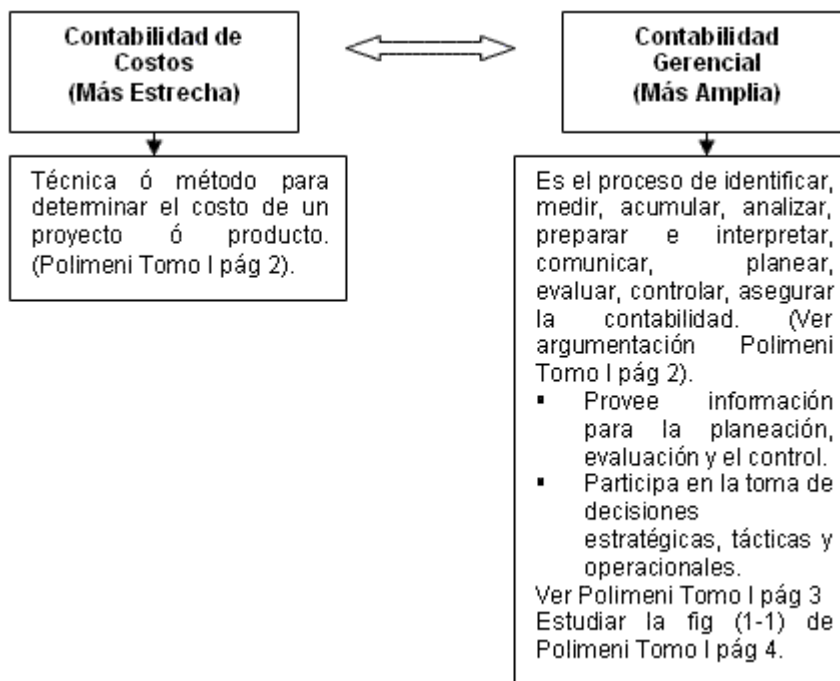
Entre todas estas técnicas, el Costeo Basado en las Actividades (ABC), ha sido una de las más extendidas. Se basa en la afirmación de que son las actividades las que consumen los recursos para poder elaborar el producto y se utiliza fundamentalmente para lograr una asignación más adecuada de los costos indirectos. Basado en la experiencia del ABC surge el ABM (Gestión basada en las actividades), que ha permitido mejorar los resultados del control de la gestión empresarial. De esta manera en todos los casos cuando se hace referencia a Nuevas Tecnologías de Gestión, está presente el papel que en ellas juega la necesidad de un eficiente control y de poder contarse con la información adecuada para tomar decisiones precisas, certeras, lo que indiscutiblemente forma parte de los objetivos de la Contabilidad de Gestión, que ha tenido que dar respuesta a las nuevas condiciones en que se desarrolla actualmente la empresa.

1.3 Contabilidad de Costo y la Contabilidad gerencial.

La Contabilidad es el proceso mediante el cual se identifica, mide, registra y comunica la información económica de una organización o empresa, con el fin de que los gestores puedan evaluar su situación.

El campo de la contabilidad, puede dividirse, entre otras ramas, en contabilidad financiera, contabilidad de costos y la Contabilidad de Gestión. La contabilidad financiera se interesa principalmente en los estados financieros para uso externo, por parte de los inversionistas, acreedores, sindicatos, analistas financieros, agencias gubernamentales y otros grupos interesados, mientras que la contabilidad de costos se relaciona fundamentalmente con la acumulación y el análisis de la información de costos para uso interno por parte de los gerentes, en la planeación, el control y la toma de decisiones (Polimeni et al., 1994)

Figura 1.1 Definiciones de la Contabilidad de Costos Y Gerencial, según Polimeni y otros autores.



Fuente: [Tomado de Contabilidad de Costos. Polimeni. Tomo I]

La utilización del costo como instrumento normativo y evaluador de la gestión de las empresas, requiere el dominio por parte de los dirigentes de los aspectos esenciales que caracterizan su planificación y cálculo, así como el registro de los gastos, por lo cual se hace necesario resumir los procedimientos generales de trabajo que deben caracterizar este propósito.

La planificación del costo se debe realizar mediante el análisis del comportamiento de las normas de gastos, las series históricas de los mismos incurridos en períodos anteriores, el aprovechamiento de las capacidades, así como la cuantificación de las medidas de reducción que sea posible aplicar avalados por la participación activa de los trabajadores.

El plan de costo debe obligatoriamente apoyarse en el resultado del análisis del comportamiento de la eficiencia económica de las empresas en cada área de trabajo e incluir el efecto de las medidas que se determinen producto de este análisis colectivo.

Desde el punto de vista económico la planificación del costo debe estar precedida de un minucioso y pormenorizado análisis técnico a nivel de cada unidad organizativa de la empresa, de las capacidades utilizadas y gastos incurridos en el período base y la influencia que puedan haber ejercido los distintos factores técnico-económicos que inciden en ellos.

La planificación del costo requiere un ordenamiento por área de los gastos por su naturaleza, el cual se muestra en un presupuesto.

Es decir que el presupuesto de gastos por área de responsabilidad constituye la base organizativa que asegura la correcta planificación del costo con vistas a asegurar la efectividad del plan; de ahí la importancia que tiene la elaboración, control y discusión sistemática de dichos presupuestos.

El proceso de registro de los gastos comprende la recopilación, clasificación y contabilización de las operaciones que se llevan a cabo en un período determinado. A través de este proceso, la empresa efectúa la anotación de los hechos económicos ocurridos en el desenvolvimiento de su actividad productiva a través de los distintos registros establecidos.

Dentro de los gastos que son objeto de registro, se encuentran entre otros: los consumos materiales, salarios devengados, depreciación de activos fijos tangibles y otros gastos monetarios.

El registro constituye una de las etapas fundamentales, ya que garantiza la confiabilidad del análisis de la gestión. En la medida que el registro no recoja la realidad del hecho económico así será la distorsión que provocará en las etapas posteriores, incluyendo la confección de los respectivos planes.

Cálculo del costo.

El cálculo del costo permite el análisis de los gastos incurridos en la prestación de servicios, así como de componentes de éstos.

La finalidad del cálculo del costo es:

- Garantizar el análisis de la eficiencia de los servicios, facilitando la adopción de medidas oportunas para corregir las desviaciones del costo planificado e incrementar la eficiencia de las instituciones.
- Contribuir a la correcta fundamentación de los indicadores del plan.
- Facilitar el análisis en la formación de los precios.

El cálculo del costo para facilitar la adopción de decisiones requiere de un registro eficiente de las operaciones que permita un análisis del mismo por servicios, en dependencia del nivel de agregación que se haya adoptado.

Mediante la determinación correcta del costo unitario se garantiza la comparación más adecuada de los costos reales de los distintos períodos al reducir los mismos a una unidad de medida común, con lo cual se eliminan las incidencias que introducen las fluctuaciones en el volumen y la estructura de los servicios.

Los costos, atendiendo a diferentes propósitos y persiguiendo diferentes fines son clasificados con el objetivo de ofrecer, además, información precisa, relevante y oportuna.

1.3.1 La clasificación de los costos para diferentes propósitos.

La información de costo es fundamental para el desarrollo adecuado de los procesos de planificación, control y toma de decisiones. Para lo cual esta debe resultar relevante precisa y oportuna, por ello la aplicación adecuada de sistemas de acumulación de costo que respondan a los intereses de cada institución u organización, resulta vital e indispensable

El sistema de costo que se utiliza en una organización empresarial debe ser elaborado a partir de las características específicas de esta para registrar, procesar, acumular y presentar la información referente a los La gerencia se enfrenta constantemente a la selección de cursos alternativos de acción. La información acerca de los diferentes tipos de costos y su comportamiento es vital para la toma de decisiones efectivas.

Los datos están disponibles en un gran "pool" de información de contabilidad de costos que se consultan en forma rutinaria para efectos de costeo de productos y para la evaluación del desempeño y toma de decisiones.

Muchos autores han establecido diversas clasificaciones de los costos atendiendo a sus propósitos, sin embargo este autor coincide con lo expuesto por (Polimeni et al., 1994: 11).

Los costos se clasifican de diversas maneras, atendiendo siempre a un patrón específico, ya sea el volumen de producción o su relación con ella, su capacidad de asociarse, los departamentos y áreas donde se incurren, el período en que se van a cargar a los ingresos o su relación con la planeación, el control y la toma de decisiones, pero siempre cumpliendo con un propósito determinado. Ocurriendo además que un mismo costo atendiendo a diversos propósitos puede clasificarse en más de un apartado.

A continuación se explican brevemente cada una de estas clasificaciones:

1. Elementos de un producto.
 2. Relación con la producción.
 3. Relación con el volumen.
 4. Capacidad para asociarlos.
 5. Departamentos donde se incurrieron.
 6. Áreas funcionales (Actividades desarrolladas).
 7. Período en que se van a cargar contra el ingreso.
 8. Relación con la planeación, el control y la toma de decisiones.
1. Elementos de un producto

Los elementos del costo de un producto son:

- Materiales directo
- Mano de obra directa
- Costos indirectos

Esta clasificación proporciona a la gerencia la información necesaria para la medición del ingreso y la fijación del precio del producto.

Materiales: Son los principales bienes que se usan en la producción y que se transforman en artículos terminados con la adición de mano de obra directa y costos indirectos de fabricación. El costo de los materiales se puede dividir en materiales directos e indirectos.

Materiales directos: Son los materiales que se pueden identificar en la producción de un artículo terminado, que se pueden asociar fácilmente con el producto. Representa el principal costo de material en la producción de ese artículo. Ejemplo: madera utilizada en la fabricación de una cama.

Materiales indirectos: Son todos los materiales comprendidos en la fabricación de un producto diferentes de los materiales directos. Se incluyen como parte de los costos indirectos de fabricación. Ejemplo: pegante usado para fabricar la cama.

Mano de obra: Es el esfuerzo físico o mental gastado en la fabricación de un producto. El costo de la mano de obra se puede dividir en mano de obra directa y mano de obra indirecta.

Mano de obra directa: Es toda mano de obra directamente involucrada en la fabricación de un producto terminado que se puede fácilmente asociar con el producto y que representa al principal costo de mano de obra en la fabricación de ese producto. Ejemplo: El trabajo de los operadores de una máquina en una empresa de manufacturas.

Mano de obra indirecta: Es toda mano de obra involucrada en la fabricación de un producto que no se considere mano de obra directa. La mano de obra indirecta se incluye como parte de los costos indirectos de fabricación. Ejemplo: el trabajo de los supervisores de planta.

Costos indirectos de fabricación: Son todos los conceptos que incluyen el "pool" de costo y que se usan para acumular los materiales indirectos, mano de obra indirecta y todos los otros costos indirectos de manufacturas. Estos conceptos se incluyen en los costos indirectos de fabricación porque no se les puede identificar directamente con los productos específicos. Ejemplo: arrendamiento, energía, depreciación.

2. Relación con la producción.

Los costos se pueden clasificar de acuerdo a su relación con la producción. Esta clasificación está estrechamente relacionada con los elementos del costo del producto (MD, MOD y Costos Indirectos de Fabricación) y con los principales objetivos de la plantación y el control.

Las dos categorías que se basan en su relación con la producción son los costos primos y los costos de conversión.

Costos primos: son la sumatoria de los materiales directos y la mano de obra directa. Los costos primos están directamente relacionados con la producción.

Costos de conversión: son los relacionados con la transformación de los materiales directos en productos terminados. Los costos de conversión están conformados por la mano de obra directa y los costos indirectos de fabricación.

Costos Primos = Materiales Directos + Mano de Obra Directa.

Costos de Conversión = Mano de Obra Directa + Costos Indirectos de Fabricación.

3. Relación con el volumen

Los costos varían ante los cambios en el volumen de producción. La comprensión de su comportamiento es vital para casi todos los aspectos de costeo de productos, evaluación del desempeño y toma generales de decisiones.

Los costos bajo esta categoría se clasifican como: costos variables, costos fijos y costos mixtos. Los patrones de comportamiento de los costos que se van a describir son solamente aplicables dentro del rango relevante de la empresa. El rango relevante se define como el intervalo de actividad dentro del cual los costos fijos totales y los costos variables por unidad permanecen constantes.

Costos variables: Son aquellos en los cuales el costo total cambia en proporción directa a los cambios en el volumen o producción, dentro del rango relevante, mientras el costo unitario permanece constante. (Polimeni et al., 1994: 15).

En su proceso de plantación y control de los costos variables, la gerencia inferiría lo siguiente: si todos los factores se mantuvieran constantes, tales como el precio de venta por unidad y el costo fijo total, cada expresión deseada de la actividad productiva por unidad con llevaría un cambio incremental en los costos variables totales. (Polimeni et al., 1994: 16).

Costos fijos totales: Son aquellos en los cuales el costo fijo total permanece constante para un rango relevante de producción, mientras el costo fijo por unidad varía con la producción. La alta gerencia controla el volumen de producción y es por lo tanto responsable de los costos fijos. (Polimeni et al., 1994: 17).

Los cambios en los costos fijos por unidad con relación a los cambios en el volumen originan una curva inclinada hacia abajo (lo contrario de una línea recta), por que los costos fijos por unidad varían inversamente con el nivel de actividad, pero no cambian en su total, proporción directa a los cambios en el volumen.

En el proceso de planeación y control de los costos fijos, si todos los otros factores permanecieran constantes, tales como el precio de venta por unidad y el costo variable por unidad, la actividad productiva debería expandirse hasta donde fuera posible, lo cual reduciría el costo fijo por unidad a su cifra más baja, este es el concepto de total utilización de la capacidad productiva. (Polimeni et al., 1994: 18).

Se puede concluir acerca de la relación entre el costo y el volumen dentro del rango relevante.

1- Los costos totales variables cambian en proporción a las variaciones en el volumen.

- 2- los costos variables por unidad permanecen constantes ante los cambios en el volumen.
- 3- Los costos fijos totales permanecen constantes ante los cambios en el volumen.
- 4- Los costos fijos por unidad aumentan cuando el volumen disminuye. (Polimeni et al., 1994: 19).

Costos mixtos: Estos costos contienen ambas características de fijos y variables, a lo largo de varios rangos relevantes de operaciones. Existen dos tipos de costos mixtos, los costos semivariables y los costos escalonados. (Polimeni et al., 1994: 20).

Costos semivariables: La parte fija del costo semivariable generalmente representa un cargo mínimo al hacer un determinado artículo o un servicio disponible, la porción variable es el costo cargado por usar realmente el servicio. (Polimeni et al., 1994: 20).

Costo escalonado: La parte fija de los costos escalonados cambia abruptamente en los diferentes niveles de actividad por que se adquieren en porciones individuales. Un costo escalonado es similar a un costo fijo dentro de un rango relevante muy pequeño. (Polimeni et al., 1994:21).

4. Capacidad para asociarlos

Un costo se puede considerar directo o indirecto dependiendo de la capacidad de la gerencia para asociarlos a las órdenes específicas, departamentos, territorios de ventas, etc.

Costos directos: Son los costos que la gerencia es capaz de identificar con los artículos o áreas específicas. Los costos de los materiales directos y la mano de obra directa correspondiente a un producto específico constituyen ejemplos de costos directos. (Polimeni et al., 1994: 28).

Costos indirectos: Son los costos comunes a muchos artículos y por lo tanto no son directamente identificables con ningún artículo o área. Los costos indirectos se cargan por lo general a los artículos o áreas utilizando técnicas de asignación, por ejemplo, los costos indirectos de manufacturas se asignan a los productos después de haber sido acumulados primero en el "pool" de costos directos de fabricación. (Polimeni et al., 1994: 28)

5. Departamento donde se incurrieron.

Un departamento es la principal división funcional de una empresa. El costeo por departamentos ayuda a la gerencia en el control de los costos indirectos de fabricación y a medir el ingreso. Existen los siguientes tipos de departamentos:

Departamento de producción: Estos contribuyen directamente con la producción de un artículo y es en estos departamentos donde tienen lugar el proceso de conversión o manufacturas. Incluyen operaciones manuales y mecánicas llevadas a cabo directamente sobre el proceso de manufacturas. (Polimeni et al., 1994: 28).

Departamentos de servicios: Son los departamentos que no están directamente relacionados con la producción de un artículo. Su función es proveer servicio a otros departamentos. Ejemplos: nóminas, oficinas de fábricas, personal, cafetería y seguridad. Los costos de los departamentos de servicio se asignan generalmente a los departamentos

de producción ya que estos se benefician de los servicios prestados. (Polimeni et al., 1994: 28).

6. Áreas funcionales

Los costos clasificados por funciones se acumulan de acuerdo con la actividad realizada. Todos los costos de una organización manufacturera pueden dividirse en costo de manufacturas, de mercadeo, administrativo y financieros, y se definen así:

Costo de manufacturas: Se relacionan con la producción de un artículo. Los costos de manufactura son la suma de los materiales directos, mano de obra directa y los costos indirectos de fabricación.

Costo de mercadeo: Se incurre en la venta de un producto o servicio.

Costo administrativo: Se incurre en la dirección, control y operación de una empresa e incluye el pago de salario a la gerencia y al personal de oficina.

Costo financiero: Se relaciona con la obtención de fondos para la operación de la empresa. Incluyen el costo de los intereses que la empresa debe pagar por los préstamos, así como los costos de otorgar créditos a los clientes.

El análisis por funciones se utiliza en la empresa cuando se desea saber las causas de las variaciones o de los costos de operación de un año con respecto al otro.

7. Período en que se van a cargar a los ingresos.

Los costos también pueden clasificarse sobre la base de cuando se les va a cargar contra los ingresos. Algunos costos se registran primero como activos (desembolsos de capital) y luego se causa (se cargan como un gasto) a medida que se los cesa o expiran. Otros costos se registran inicialmente como gastos (gasto de operación). La clasificación de los costos en categorías con respecto a los períodos que ellos benefician, ayuda a la gerencia en la medición del ingreso y en la preparación de estados financieros y es básica para la asociación de los gastos con los ingresos en el período adecuado. Las dos categorías usadas son costos del producto y costo del período. (Polimeni et al., 1994: 29).

Costo del producto: Son los costos directos o indirectamente identificables con el producto. Son los materiales directos, mano de obra directa y costos indirectos de fabricación. Estos costos no proveen ningún beneficio en tanto el producto no se venda y por lo tanto se inventarían hasta la terminación del producto. Cuando se venden los productos, los costos totales del producto se registran como un gasto. A este gasto se le llama costo de los artículos vendidos. El costo de los artículos vendidos se enfrenta con los ingresos del periodo en el cual se vendieron los productos. (Polimeni et al., 1994: 30).

Costo del período: Son los costos que no están relacionados directa ni indirectamente con el producto y que por lo tanto no se inventarían. Los costos del período se cancelan inmediatamente dado que no se puede determinar ninguna relación entre el costo y el ingreso. (Polimeni et al., 1994: 30).

8. Relación con la planeación, el control y la toma de decisiones.

Los costos que ayudan a la administración en la planeación, el control y toma de decisiones son los siguientes:

Costos estándar y costos presupuestados:

Los costos estándar: Son aquellos en que deberían incurrirse en un proceso particular de producción bajo condiciones normales, esta relacionado generalmente con los costos unitarios de los materiales directos, mano de obra directa y costo indirecto de fabricación y satisface el mismo propósito de un presupuesto. (Polimeni et al., 1994:30).

Los costos presupuestados: Proporcionan pronósticos de la actualidad sobre una base de costo total más que sobre una base de costo unitario.

La gerencia utiliza los costos estándar y los presupuestos para planear, primero, las operaciones venideras y luego para controlar el desempeño real a través del análisis de variaciones (la diferencia entre las cifras esperadas y las reales). (Polimeni et al., 1994:31).

Costos controlables y no controlables: Son aquellos sobre los cuales pueden ejercer influencia directa los gerentes durante un determinado periodo de tiempo. (Polimeni et al., 1994:31).

Costos fijos autorizados y costos fijos discrecionales:

Los costos fijos autorizados surgen forzosamente cuando se tiene una estructura organizacional básica, propiedades, plantas, equipos y personal asalariado indispensable. Es un fenómeno de largo plazo que generalmente no se puede corregir sin afectar adversamente la capacidad de la organización para operar incluso a un nivel mínimo de capacidad de productiva. (Polimeni et al., 1994: 31).

El costo fijo discrecional surge de las decisiones anuales de preparación para costos de reparaciones y mantenimientos, costo de publicidad, entrenamiento de ejecutivos, etc. Es un fenómeno de corto plazo que por lo general se puede corregir permitiendo de ese modo que la organización opere a cualquier nivel deseado de capacidad productiva teniendo en cuenta los costos fijos autorizados. (Polimeni et al., 1994:31).

Costos relevantes y costos irrelevantes.

Costos relevantes:

Son costos futuros esperados que difieren entre cursos alternos de acción y que se pueden eliminar si se cambian o suspenden alguna actividad económica. (Polimeni et al., 1994: 31).

Costos irrelevantes:

Son los que no se afectan por las acciones de la gerencia. Los costos hundidos son un ejemplo de costos irrelevantes. Los costos hundidos son costos pasados que ahora son irrevocables. Ejemplo: depreciación de la maquinaria.

La relevancia no es atributo de un costo en particular, un mismo costo puede ser relevante en una circunstancia e irrelevante en otra. (Polimeni et al., 1994: 31).

Costos diferenciales: Un costo diferencial es la diferencia entre los costos de cursos alternos de acción sobre la base de artículo por artículo. Si el costo aumenta de una alternativa a otra

se denominan costos incrementales; si el costo disminuye de una alternativa a otra, se le denomina costo decremental.

Cuando se analiza una decisión especial la clave va a ser el efecto diferencial de cada opción en las utilidades de la empresa. (Polimeni et al., 1994: 31).

Costo de oportunidad: Cuando se toma una decisión para dedicarse a una alternativa, se abandona los beneficios de las otras opciones. Los beneficios perdidos al descartar la siguiente mejor alternativa son los costos de oportunidad de la opción escogida. (Polimeni et al., 1994: 31).

Como realmente no se incurre en costo de oportunidad, no se los registra en los libros de contabilidad. Sin embargo, ellos constituyen costos relevantes para propósitos de toma de decisiones y se les debe tener en cuenta al evaluar una determinada alternativa propuesta.

Costo de cierre de planta: Son costos fijos en que se incurriría aún si no hubiera producción como son: arrendamiento, pagos de retiro a empleados, costo de almacenamiento, el seguro y los salarios del personal de seguridad y otros.

La clasificación de los costos en las diferentes categorías no se debe interpretar como definitiva, es decir, los linderos que separan las categorías no están bien delineados. Sistema de Acumulación de los costos.

Para la acumulación de costos es necesario e indispensable contar con un adecuado sistema de costeo, que responda a los intereses de la empresa en cuanto a la planeación, el control y la toma de decisiones.

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. (Polimeni et al., 1994: 30).

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 con 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 costo se utiliza para sumariar los costos de cada orden de trabajo. Los gastos de venta y administración con base en un porcentaje del costo de fabricación, se incluyen en la hoja de costo para obtener el costo total. (Polimeni et al., 1994: 57).

Sistema de Costeo por Procesos: El costeo por procesos es un sistema de acumulación de costos de producción por departamentos o centros de costos. Un departamento es una división funcional principal en una fábrica, donde se ejecutan procesos de manufactura. Cuando dos o más procesos se ejecutan en dos departamentos, puede ser conveniente dividir la unidad departamental en centros de costos. Cada proceso se conforma como un centro de costo, los costos se acumulan por centros de costos, en vez de por departamentos. (Polimeni et al., 1994: 59).

Sistema de costo por actividades (ABC):

El ABC no se trata únicamente de un método de cálculo de costos, cuyo máximo objetivo es lograr la exactitud, sino también 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.

Según Ángel Sáez en Cuestiones actuales de Contabilidad de Costo, 1993, 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”*.

Los sistemas ABC amplían los sistemas de costos tradicionales vinculando los costos de recursos a la variedad y complejidad de los productos/ servicios y no solo a los volúmenes físicos producidos (Kaplan y Cooper, 2003:105)

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.

Otros métodos que acumulan o contribuyen a la acumulación de los costos ya sean utilizados por separado o como combinaciones con otros son:

Costeo predeterminado

Estos costos son los que se calculan con anterioridad a la fabricación de un producto o prestación de un servicio y se confeccionan teniendo en cuenta las condiciones específicas reales de la entidad y perspectivas inmediatas de cambios futuros y concretos, es decir,

basados en la realidad objetiva de cada centro. (Decisiones Financieras una necesidad empresarial, 2006:31)

Los sistemas de costeo predeterminados según J. Neuner *“son los que funcionan a partir de costos calculados con anterioridad al proceso de fabricación, para ser comparados con los costos reales con el fin de verificar si lo incorporado a la producción ha sido utilizado eficientemente para un determinado nivel de producción, y tomar las medidas correctivas”*.

Costeo estándar: El costo estándar es un costo predeterminado que se calcula antes que la producción se haya ejecutado y se hace sobre bases más técnicas en sus cálculos, siendo más exactos que los costos estimados. Con el costo estándar no se trata sólo de reflejar eficiencia técnica, sino la eficiencia económica necesaria. (Polimeni et al., 1994: 30).

Beneficio de los costos estándar.

- Contar con una información confiable, oportuna y anticipada de los costos.
- Facilitan la formulación de los presupuestos de la empresa y el control posterior de la ejecución de los mismos.
- Constituyen una gran ayuda en el control interno de la empresa.
- Sirven de marco de referencia para encontrar las desviaciones y poder investigarlas oportunamente con vista a erradicar las deficiencias.
- Son útiles para la dirección de la empresa con vista a tomar mejores decisiones.

Decisiones Financieras una necesidad empresarial, 2006: 31)

Costeo Absorbente: El costeo absorbente ha sido y es todavía, el método reconocido de valuación de inventario para propósitos de informes externos. Sin embargo, su temprana y amplia aceptación para la información externa, de alguna manera disfraza los problemas técnicos involucrados al aplicar la teoría. Cuando se aplica el costeo absorbente, la valuación de la producción requiere la asignación o "distribución" de costos fijos al producto. Esta distribución se lleva a cabo prorateando los costos fijos al producto.

Los sistemas de costeo absorbente para Backer Jacobsen *“son los que consideran y acumulan todos los costos de producción, tanto costos fijos como costos variables, éstos son considerados como parte del valor de los productos elaborados, bajo la premisa de que todos los costos son necesarios para fabricar un producto”*. (Contabilidad de Costos: un enfoque administrativo para la toma de decisiones, 2000: 160)

Costeo Directo o Variable. El costeo directo o viable tiene entre sus propósitos principales: planificación y control para la administración, valuación del inventario y determinación del ingreso. Los estados del costeo directo proporcionan una metodología para la toma de muchas decisiones de planificación de la administración.

En el libro "Manual de Contabilidad de Costos" Davidson menciona que *"el uso del término costeo directo es incorrecto, la terminología correcta es costeo variable, pues tiene mayor congruencia con los términos utilizados para el sistema"*. Al costeo directo lo define como *"un sistema de operación que valúa el inventario y el costo de las ventas a su costo variable de fabricación"*. Y en cuanto al Costo Variable, lo define como *"aquel que se incrementa directamente con el volumen de producción"*.

Los Sistemas de Costeo Variables para Jacobsen Backer *"son los que considera y acumula sólo los costos variables como parte de los costos de los productos elaborados, por cuanto los costos fijos sólo representan la capacidad para producir y vender independientemente que se fabrique"*. Contabilidad de Costos: un enfoque administrativo para la toma de decisiones, 2000: 160)

El costo variable según su nombre lo indica, varía de acuerdo al nivel de actividad que se desarrolle. Los gastos de materia prima y los salarios, cuando son pagados de acuerdo al rendimiento de los trabajadores, son clásicos costos variables.

Costos fijos: Los costos fijos, al contrario de los costos variables, permanecen invariables ante los cambios en los niveles de actividad por un periodo corto de tiempo. Los gastos de depreciación de los activos fijos tangibles, los alquileres, seguros, etc., son clásicos costos fijos.

Costos indirectos: Son aquellos que no se identifican directamente con un objetivo de costeo, en ocasiones hay que recurrir a algún tipo de criterio para repartirlos, lo que se conoce como prorrateo.

Costeo Real: El costo real está formado por todos los gastos reales que se incurren en la fabricación de un producto o prestación de un servicio, clasificados en gastos directos como materiales, salarios y gastos indirectos, que son anotados en la ficha de costo habilitada, manteniéndose analizados por elementos de gasto tanto de la producción principal como la auxiliar, agrupados por centro de costo.

En un sistema de costeo real, el costo de los productos se registra solamente cuando se incurren. Esta técnica es generalmente aceptada para el costeo de los materiales directos y mano de obra directa, pues son fácilmente rastreables en trabajos o áreas específicas, mientras que para los costos indirectos, comúnmente se utiliza una modificación del costeo real, denominado costeo normal, dado que este elemento del costo generalmente no puede ser rastreado en una orden o en un departamento (Polimeni et al., 1994:386)

Es imprescindible tener información de los costos reales para poder fijar los precios de venta y lograr que éstos sean los más bajos, de ahí la importancia del control para una eficiente información de los gastos que puedan ser en costos fijos y variables en cualquier producción que se realice.

Ya se ha planteado que la información de costo se debe clasificar atendiendo a los propósitos que se persigan, además esta debe verse reflejada en el sistema de acumulación de costos que se emplea en cada organización empresarial ya sea productora o de servicio. Igualmente debe existir un nexo bien sólido entre la contabilidad y los costos, pues se ha analizado que la información de costos fluye y se origina desde los registros contables.

En la actualidad existe mayor flexibilidad para el diseño de sistemas de costos y gestión, acorde con las características de la actividad que se desarrolla; con esta flexibilidad no se pierde la adecuada uniformidad en la planificación, registro y cálculo del costo, conforme con las exigencias ramales y de la economía nacional, ya que se cuenta con los lineamientos generales para la planificación, registro, cálculo y análisis del costo de producción, según documento rector desde 1988 (Armenteros y Vega, 2003).

Costos de acuerdo a sus particularidades y necesidades.

Específicamente los costos en el sector de la salud son un objetivo del sistema, y están contenidos en varios de los Lineamientos del Partido, es por ello una meta a cumplir por todos los directivos del sector y ser de conocimiento de sus trabajadores, en busca de la eficiencia económica y la excelencia de los servicios.

1.4 Desarrollo del costo en la actividad hospitalaria.

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

El sistema de costos para hospitales es el método que permite la obtención de un conjunto de indicadores o costos unitarios relacionado con las diferentes acciones que se realizan en la institución hospitalaria.

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

- Conocer con precisión la relación entre las acciones de la salud y su costo.
- Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros.
- Tomar decisiones oportunas para la correlación de desviaciones en la ejecución del presupuesto.
- Establecer políticas para lograr mayor eficiencia en la gestión hospitalaria.

Existen principios en cuanto al establecimiento de un sistema de costos para la salud en Cuba. El primero es conocido como el principio rector, el que expone que el paciente recibe

todo cuanto sea necesario para restituir su salud con el aprovechamiento máximo de los recursos. Los otros son los llamados básicos, entre ellos se encuentran:

- El costo se hace para su ejecutor (el médico), no contra él
- Vincula costos a nivel de actividad
- Iguales recursos pueden ser utilizados con eficiencia desigual
- Se trata de una relación consecuente entre el costo incurrido y el servicio prestado
- Conductas médicas pueden ser modificadas sin afectar la calidad de la atención, con mayor beneficio social y con menos costo
- La calidad de la atención médica es la que produce la mayor mejoría prevista en el estado de salud sin derrochar recursos, y con una alta eficiencia
- La contención y reducción de costos debe tener presente y muy en cuenta los preceptos éticos
- Hay recursos potenciales que se pueden racionalizar sin afectar indicadores de salud ni calidad de la atención médica
- Un factor decisivo en la reducción de costos es el análisis y discusión sistemática mensual con su ejecutor, indicando y dirigiendo hacia dónde deben ir las acciones de salud.
- Atención preferente al médico en todo lo relativo a costos, pues es el que genera el mayor número de gastos
- A partir de los resultados de costos es factible establecer líneas de intervención y políticas de tratamiento.

Un sistema de costo para instituciones hospitalarias, tiene como objetivos:

- Posibilitar a la institución hospitalaria, mediante el conocimiento de los costos de sus acciones, tomar las medidas que se requieren para elevar la eficiencia de su gestión
- Permitir a los diferentes niveles de dirección del Sistema Nacional de Salud, mediante el conocimiento de los costos de las diferentes acciones que se ejecutan por los hospitales, controlar económicamente su actividad, así como fundamentar normas y elaborar índices que permiten mejorar el proceso de planificación de estas instituciones
- Llevar a los dirigentes y trabajadores la educación económica necesaria, informándoles cuánto cuestan las acciones que en su área de trabajo se ejecutan y darle participación para el análisis de los gastos

Los costos hospitalarios permiten una integración dinámica entre la parte asistencial y la administrativa, las decisiones que se pueden tomar posterior a los resultados obtenidos son de envergadura y tienen que ver con la eficiencia en el gasto de insumos, mejoramiento en la calidad y prestación del servicio, capacidad de negociación con las entidades con las que se contrata, en fin los beneficios son muchos para una adecuada toma de decisiones. Los costos hospitalarios deben tener unas características esenciales para que en realidad sean

de utilidad y muestren unos valores agregados diferentes a los resultados financieros, tales como: Integralidad, Oportunidad, Dinamismo. Con los costos hospitalarios se debe tener una organización total que permita ver a la institución como un verdadero sistema en donde todas las partes se interrelacionen entre si para que se obtengan unos resultados con calidad, los cuales deben de ser la retroalimentación para un mejoramiento continuo. Las áreas Asistenciales, Administrativas y Logísticas, deben de trabajar con el personal estrictamente necesario y el mínimo de insumos para que la calidad no vaya en detrimento del buen servicio que debe prestar la institución.

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

Según el (Manual de Costos Hospitalarios, 1994:13):

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

La complejidad de los costos hospitalarios está determinada por las múltiples y diversas acciones que ocurren en esta actividad y lo complejas de sus interrelaciones. Esto determina la necesidad de que cualquier sistema de costos que se implante en los hospitales esté totalmente integrado con el registro contable.

Debido al incremento en los montos de las inversiones en nuevas unidades y equipamientos; así como en las cuantías destinadas a las acciones de salud; cada día reviste mayor importancia la necesidad de conocer los costos de los diferentes tipos de instituciones de salud, como forma de coadyuvar a la optimización de los recursos destinados a tal fin por el presupuesto del Estado (Manual de Costos Hospitalarios, 1994:9-10)

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

1.4.1 La clasificación de los costos en la actividad hospitalaria.

Los costos en las instituciones hospitalarias se clasifican atendiendo a su forma de participación, su relación con el nivel de actividad, su relación con el resultado de la actividad así como su pronóstico.

- Costos directos e indirectos

Los costos directos son aquellos que se pueden identificar plenamente o asociar a los productos/servicios que se procesan o ejecutan; así como también puede decirse de aquellos que permiten establecer su correspondiente relación con un área organizativa determinada, la que tiene la responsabilidad de decidir su empleo o utilización.

Generalmente pueden considerarse como tales, aquellos originados por el pago de la fuerza de trabajo que ejecuta directamente las acciones, los consumos de los materiales utilizados y también aquellos servicios y otras obligaciones que puedan asociarse de forma directa a la actividad que se ejecuta.

Los costos indirectos son aquellos 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. Ejemplo de estos costos en la sala de un hospital son: los administrativos de toda índole, los de alimentación exceptuando el consumo de alimentos de pacientes, los de mantenimiento, de lavandería, igualmente que no corresponda a pacientes, y otros; los que se ejecutan con la finalidad de apoyar las actividades que realiza la misma.

- Costos fijos y variables

Los costos fijos se pueden definir como aquel volumen de insumos necesarios para mantener una capacidad mínima de producción. Esta capacidad mínima lo mismo puede ser cero, que un punto dado dentro de todos los niveles susceptibles de tomarse como el menor. Estos costos se conocen también como de capacidad.

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

Los costos variables podemos definirlo como aquel grupo de insumos que varía de acuerdo a la variación del nivel de producción y cuya mayor o menor participación dentro del costo unitario de un producto o servicio viene dado por la eficiente gestión de la dirección de la entidad.

Los costos variables son aquellos que su monto está directamente asociado al nivel de actividad, como pueden ser los que se incurren en medicamentos, alimentos, servicios de lavandería y otros. Las cuantías de estos costos aumentan o disminuyen en correspondencia, por ejemplo, con el número mayor o menor de pacientes hospitalizados en una sala.

- Costos totales y unitarios

El costo total es el resultado de la acumulación de todos los costos en que ha sido necesario incurrir para la producción de bienes materiales o la prestación de servicios; por lo que, de acuerdo al tipo de análisis que se esté efectuando, puede ser la sumatoria de los costos

directos e indirectos incurridos o también, de los costos fijos y variables efectuados en el desarrollo de la actividad objeto de análisis.

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

- Costos predeterminados y presupuestados

Los costos predeterminados son aquellos que se calculan en un período económico o fecha anterior a la época en que se espera que realmente ocurran. Estos costos se dividen en estimados y estándar. El costo estimado es aquel que se cree ocurrirá en un futuro, tomando en cuenta la experiencia; por lo que, es usual que para su formulación se emplee el criterio de expertos, en tanto el costo estándar es el que se cree deba producirse en un futuro, tomando como base para su pronóstico, los análisis realizados sobre determinadas tendencias. En su determinación se utilizan las series históricas, las normas establecidas y otros elementos informativos que permitan enriquecer los pronósticos que a tal fin se emitan. El costo presupuestado es un costo predeterminado, constituyendo el límite superior del plan de gastos para un período determinado. (Reyes, Pérez, 2009).

- Costos por Área de Responsabilidad

Se debe tener presente que entre los requisitos que deben reunir los procedimientos de control, está que un adecuado control no puede estar ajeno al modelo de organización de la entidad. En la contabilidad de costos es posiblemente donde mejor se manifiesta la necesidad del cumplimiento de este requisito, ya que al determinar los centros de costos es preferible que éstos se correspondan con la estructura departamental de la entidad, pues de lo contrario la acumulación de los gastos y por tanto el control de los costos reales y las desviaciones con relación a las cifras planificadas no será posible identificarlas con un dirigente.

Se debe significar que el costo controlable no es sinónimo de costo directo ni de variable, es un término que tiene vida propia y carácter relativo. No obstante, los costos variables son controlables en cada uno de los diferentes niveles de la estructura de una entidad. Los costos fijos o de capacidad son costos no controlables a niveles inferiores. En ocasiones los costos de capacidad no son controlables ni siquiera a nivel de una entidad, si la autoridad para modificarlo la tiene una entidad superior a la cual ésta subordinada.

El costo por área de responsabilidad puede ser aplicado lo mismo en un sistema de costos por proceso como de costos por órdenes, así como a costos planificados y a costos reales, aunque dada las ventajas que tiene la planificación de los costos, el costo por área de responsabilidad se asocia generalmente a este último.

Hasta aquí se han tratado cuestiones teóricas que ilustran el comportamiento de la actividad de los costos en Cuba, sustentados sobre todo, en lo dispuesto por el Manual de Costos Hospitalarios, sin embargo, otra visión de los costos para este sector ya se vislumbra a nivel nacional, motivados fundamentalmente por el desarrollo mundial, la comercialización

desmedida y la globalización que conlleva al encarecimiento de los recursos en el mercado mundial entre otros factores, lo que obliga a las organizaciones a replantearse la forma de controlar y establecer sus sistemas de costos con la finalidad de alcanzar niveles de eficiencia y eficacia en la gestión, de forma tal que permita a Cuba mantener sus elevados niveles de salud ante el mundo y sus imposiciones económicas.

Es por ello que se dedica el epígrafe que sigue al tratamiento de los costos hospitalarios, por pacientes y patologías, un nuevo enfoque que poco a poco se va desarrollando a nivel mundial.

1.4.2 Los costos por paciente y patologías.

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

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

En los costos por patologías, Montico y Velarde (2003) exponen que *“no se trata solo del cálculo de los costos por departamentos, salas, centros de costos o actividades, ni de lo gastado para atender una patología específica, sino que tienen que incluirse y tomarse en cuenta además las características específicas del paciente y los procesos, actividades y tareas por las que transita el mismo e ir acumulando toda esa información para que la contabilidad de costos refleje verdaderamente lo ocurrido en cada atención o servicio de salud”*.

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 (Montico y Velarde, 2003b)

Según Mc Greevey (1967), *“de los médicos que atienden pacientes se espera que ofrezcan toda la ayuda que pueda proporcionar la ciencia médica sin importar el costo. En el sistema social cubano como principio, se hace práctica tal afirmación, sin que dejen de analizarse todos aquellos factores que intervienen en los costos”*.

Es importante destacar que el paciente no demanda una consulta, y/o una radiografía, y/o una intervención quirúrgica, sino pide una “solución integral” a un inconveniente de salud concreto que se lleva a cabo por la utilización de distintos servicios que integran el complejo hospitalario. Entonces, el producto que se "vende" en los centros hospitalarios debiera denominarse solución de patologías, unidad de costo compuesta por la suma de los distintos servicios o actividades que deben aplicarse para obtenerla (Troncoso, 1992:185-206)

Este autor, igualmente define, desde el punto de vista etimológico, a la patología como parte de la medicina que estudia las enfermedades. Y finalmente, ésta se divide en patología médica o quirúrgica, según se requiera o no el tratamiento operatorio. Queda claro, entonces, que si se unen conceptualmente la técnica de costos y la actividad principal de los centros hospitalarios, considerando que éstos brindan soluciones a las enfermedades, la unidad de producto (o más bien de servicio) a considerar será la de "costo por patología".

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.(Reyes, 2009).

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

Capítulo II: Caracterización y diagnóstico de la entidad objeto de estudio y presentación del procedimiento de costeo por pacientes.

Este capítulo tiene como finalidad caracterizar al Hospital Provincial de Cienfuegos, enfatizando en el tratamiento de la información de costo, específicamente, en la sala 5 A Puerperio Mediato, la cual presta servicios de atención y seguimiento del parto único espontáneo, puntualizando en las principales ventajas y desventajas del sistema de costeo existente en la actualidad para la determinación de los costos por pacientes y sobre esa base actualizar el costo por tipos de pacientes atendidos. Año 2012.

2.1 Caracterización del Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima de Cienfuegos.

Debido al continuo aumento de los habitantes de la provincia de Cienfuegos y a que el hospital existente no tenía la capacidad de atender la cantidad de pacientes que a él arribaban; fue necesaria la construcción de una nueva instalación para satisfacer las necesidades de la creciente población. El terreno seleccionado para la construcción del mismo era propiedad del Sr. Carlos Tille, un cubano descendiente de los franceses que fundaron la ciudad de Cienfuegos.

La brigada No. 3 de la Empresa Constructora de Obras de Arquitectura (ECO) No. 5 tuvo a su cargo la construcción del inmueble. El edificio ocupa 50 mil metros cuadrados de superficie, y el área total, que incluye el parqueo y el edificio de información, contempla 90 mil metros cuadrados.

En estos terrenos que colindaban al norte con la calle Cisneros, al sur con la carretera de Playa Alegre, al oeste con el Sanatorio de la Colonia Española y al este con la Quinta de Cavaleiro, se decide iniciar la construcción de un nuevo hospital. Ya para esta fecha el hospital presentaba los servicios que se muestran en el Anexo No. 2

El hospital, después de cinco años de construcción, fue inaugurado el 23 de marzo de 1979, por nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, a quién acompañaban un grupo de delegados de Expertos de Salud de los Países No Alineados, siendo el primero de su tipo (Clínico- Quirúrgico) construido después del Triunfo de la Revolución, que posteriormente se generalizaron a todas las provincias del país. En el acto de inauguración decidió homenajear

la vida de Gustavo Aldereguia Lima, ilustre médico revolucionario, especialista en Neumotisiología y dedicado a la Medicina Social. *"..Un hombre de gran prestigio intelectual, gran calidad científica, revolucionaria y humana..."* como dijera Fidel.

En sus palabras de inauguración el Comandante expresó:

"QUE ESTE HOSPITAL SERÍA UN SÍMBOLO DE LA SALUD, LA VIDA Y LA FELICIDAD DE LOS CIENFUEGUEROS".

Actualmente, junto a los servicios que prestaba esta institución cuando se inauguró se encuentran los servicios que aparecen en el Anexo No. 3.

La misión de esta institución consiste en promover la salud, enfrentar las enfermedades, sus riesgos y secuelas, y mejorar la calidad de vida de los cienfuegueros, con servicios y programas de calidad y calidez, concertados en red, en un ambiente solidario, seguro y confortable, a la vez que forma y desarrolla capital humano integro, gestiona un sistema de ciencia e innovación tecnológica y usa responsablemente los recursos para generar bienestar y satisfacción sosteniblemente.

En tanto su Visión consiste en; lograr que los cienfuegueros se sientan satisfechos, seguros y confiados de su Hospital, adelantarse a la tecnología, que las demás instituciones y autoridades sanitarias del país nos identifiquen como un centro de excelencia para nuestro nivel de atención y tipo de Hospital, que todos nos reconozcan como un colectivo profundamente humano y comprometido, que tiene la energía y la inteligencia necesaria para mejorar continuamente lo que hacemos.

En tal sentido esta institución en la actualidad abarca una amplia gama de servicios médicos asistenciales, los cuales se van incrementando y perfeccionando paulatinamente a raíz de los avances de la ciencia y la técnica.

VALORES COMPARTIDOS.

- **LIDERAZGO:** Capacidad de inspirarnos, inspirar y guiar, compartiendo coherentemente la visión pautada por Fidel el 23 de Marzo de 1979.
- **EXCELENCIA:** Promoción de responsabilidades e intereses compartidos, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar las metas comunes que inspira la visión.
- **INTEGRIDAD:** Garantía de transparencia, ética, responsabilidad en el desempeño y fidelidad a los principios de la Revolución.

Su objeto social es el siguiente:

- Brindar servicios de salud a los ciudadanos cubanos en las especialidades y

- modalidades definidas para el centro.
- Brindar atención ambulatoria interna.
 - Brindar atención ambulatoria consulta externa y sistemas de emergencias medicas.
 - Proyectar, dirigir y ejecutar los trabajos de investigación y tratamiento en las especialidades donde son rectores como centro de referencia.
 - Brindar atención integral de promoción, prevención, diagnostico, tratamiento y rehabilitación para la salud en la población.
 - Realizar actividades docentes de perfeccionamiento de técnicos y especialistas cubanos y extranjeros.
 - Realizar eventos y actividades científicas con asistencia de cubanos y extranjeros.
 - Brindar servicios de comedor y cafetería a estudiantes y trabajadores en moneda nacional.

Constituye la institución insignia de la provincia de Cienfuegos, prestando además de los servicios que corresponden a un hospital general, otros relacionados con la rehabilitación, la educación para la salud y las campañas de prevención; de igual modo promueve e incentiva la investigación, el desarrollo y la calidad de su atención al incorporar sistemáticamente tecnología de punta y propiciar la superación de sus recursos humanos con la visión puesta en la consolidación de la actividad hospitalaria y el desarrollo de programas que se consideran solo para naciones del primer mundo.

Sin embargo, unido a la satisfacción, seguridad y confianza de los cienfuegueros en su institución hospitalaria y a las aspiraciones de crear y mantener indicadores de excelencia, debe desarrollarse una conciencia económica que sirva de base y sustento para lograr desde cada tipo de servicio los parámetros propuestos y los niveles de excelencia deseados.

En este sentido, el adecuado control de los recursos que se destinan a la salud, el logro de la eficiencia en el empleo de los recursos humanos, el ahorro de portadores energéticos, el consumo adecuado de medicamentos, materiales y demás indicadores resultan vitales e indispensables medidores de la gestión económica hospitalaria.

Justamente ahí es donde la información de los costos constituye un eslabón clave y decisivo para las instituciones hospitalarias. Es por ello que se procede a la actualización de los costos por pacientes en el hospital provincial de Cienfuegos, de forma tal que se obtenga la información que se precisa para llevar a cabo acertadamente los procesos de planificación, control y toma de decisiones.

En esta institución se atienden pacientes de toda la provincia, brindándose todos los servicios que requiere este tipo de hospital.

Para el desarrollo de la presente investigación se ha tomado como objeto de estudio el

costo de la atención a los pacientes con Parto único espontáneo en el Hospital provincial por:

- Constituir una causa prioritaria en la referida institución de salud.
- Existir investigaciones previas realizadas con resultados tangibles.
- Se dispone también de una revisión científica con estudios realizados al respecto.

En el año 2012 fueron diagnosticadas 2528 mujeres como Parto único espontáneo, esta patología por más de 5 años se encuentra dentro de las de mayor incidencia y a pesar de que sus costos no son representativos se toma como centro de investigación la sala 5-A Puerperio Mediato por la importancia de los servicios que allí se prestan. Tabla 2.1 y Anexo 4

Tabla 2.1 Estadísticas sobre el Parto Único Espontáneo del 2007 al 2012.

	Partos
	Espontáneos
2007	2841
2008	2791
2009	3042
2010	2802
2011	2804
2012	2528
TOTAL	16761

Fuente: [Elaboración Propia]

2.1.1 Caracterización de la sala 5-A de Puerperio mediato.

El Servicio de Pre parto y Parto están subordinados directamente a la Vice dirección materna infantil y mantiene interrelación con el Servicio de Perinatología, Servicio de Obstetricia, servicio de anestesiología y cuerpo de guardia, así como una Sala de Puerperio además departamentos técnicos y administrativos. Está ubicado en el área posterior del 4to piso del Hospital. Brinda sus servicios a mujeres paridas, por parto normal, por cesárea y casos sépticos, nosotros en este tema nos ocuparemos del primer caso.

La sala 5-A Puerperio Mediato constituye el centro de la investigación por ser donde la madre y el bebe permanecen por un periodo de 36 horas antes de su egreso, consta de 6 Cubículos, 27 camas, cuenta con un personal distribuido de la siguiente forma: 1 jefe de sala, 1 sustituto, 8 enfermeros asistentes, 1 secretaria y 3 asistentes a pacientes. Ver Anexo No 5.

Misión

- Ofrecer atención médica especializada, hospitalizada y / o ambulatoria a las gestantes y puérperas,
- La aspiración final será el beneficio familiar y social por la obtención de un recién nacido egresado con la mejor calidad de vida y la conservación de la salud materna, asegurando la

satisfacción percibida. Que tenga en cuenta el ahorro económico y una adecuada política de uso, conservación y protección de los recursos.

Visión

Sus pacientes y familiares se sienten satisfechos, seguros y confiados con el colectivo de asistencia, por reconocer en ellos humanismo, capacidad, e inteligencia para mejorar continuamente la atención brindada, así como ser visto como servicio de referencia y excelencia de su tipo, insignia de Cuba.

2.1.1 Parto Normal

Definimos Parto Normal como: comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

Clásicamente se divide en tres períodos:

- Primer período. Va desde el comienzo de las contracciones uterinas hasta la dilatación completa. Dura como promedio 6 horas en la múltipara y 8 horas en la primípara.
- Segundo período. Se extiende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto. Dura como promedio de 15 a 30 minutos en la múltipara y de 30 a 45 minutos en la primípara.
- Tercer período. Va desde el nacimiento del feto hasta la expulsión completa de la placenta y sus membranas. Dura como promedio de 5 a 10 minutos.

Identificar cuando se inicia el parto representa una de las inquietudes más grandes de la pareja y uno de los diagnósticos más importantes dentro de la práctica obstétrica porque una interpretación errónea, puede ocasionar complicaciones que ponen en peligro el bienestar materno-fetal.

Durante los últimos meses del embarazo, la mujer presenta contracciones uterinas de intensidad variable que pueden ser confundidas con el inicio del parto. Estas contracciones producen el descenso del feto y las modificaciones del útero que van a permitir la salida del bebé.

Cerca del final del embarazo, las contracciones son más intensas y frecuentes y pueden hacer pensar que se está iniciando un trabajo de parto; sin embargo, estas contracciones, no producen ni un descenso marcado de la presentación, ni progreso de la dilatación, razón por la que a esta condición se la conoce con el nombre de "falso trabajo de parto"

Varias horas antes de iniciar el trabajo de parto, en algunos casos, ocurre la expulsión de abundante moco espeso con o sin sangre que es el llamado “tapón mucoso”. Esto se debe a la expulsión del moco que está en el canal del cuello uterino, producido por los cambios previos al trabajo de parto.

Es importante diferenciar la expulsión del tapón mucoso con la ruptura de la bolsa de las aguas, donde el líquido que sale es abundante, fluido, de color blanco claro y con un olor característico.

En el embarazo normal el útero es un órgano pélvico hasta el tercer mes de gestación, fecha en que abandona la pelvis y se hace un órgano abdominal y es fácil de palpar por encima del hueso pubis. A medida que el feto va creciendo el útero también lo hace y hacia el octavo mes alcanza su nivel más alto. A partir de ese momento la cabeza del feto se va metiendo en la pelvis y la gente suele decir que el bebé se está “encajando”.

Desde el punto de vista médico se considera que se produce el encajamiento cuando la parte más ancha de la cabeza (diámetro biparental), que usualmente mide 9,5 cm superado el estrecho superior de la pelvis y la parte más saliente del ovoide fetal llega escasamente al nivel de las espinas ciáticas. El encajamiento sucede en las últimas semanas del embarazo en las primíparas o puede no ocurrir hasta una vez iniciado el trabajo de parto en las multíparas.

2.1.2 Inducción del parto

Consiste en provocar a voluntad la aparición de contracciones uterinas, antes del inicio espontáneo del trabajo de parto, con el propósito de lograr el nacimiento en una fecha determinada. Estas contracciones preparan el cuello uterino, a fin de permitir el nacimiento del producto de la concepción. La inducción del parto se debe diferenciar de la conducción del parto, en esta última, lo que se hace es aumentar la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas que se iniciaron espontáneamente.

En el comienzo del embarazo el cuello es largo, grueso, generalmente está cerrado y se distinguen fácilmente un orificio externo y uno interno. El cuello va madurando por efecto de las contracciones uterinas que ocurren durante el embarazo, pero sobre todo las de las últimas semanas, de manera que el orificio externo se acerca al interno, hasta el punto en que ya no es posible su diferenciación anatómica, en este caso se dice que el cuello está borrado.

Además se pone blando, en posición central y con 1 a 2 cm de dilatación. Es el estado del cuello ideal para realizar la inducción del trabajo de parto.

Por indicación.

Que se practica por problemas maternos, fetales o de ambos, que se puede agravar con la continuación del embarazo o que se puede prevenir o disminuir con la interrupción del mismo, independientemente de que esta situación se haya originado antes o durante el embarazo.

Electiva.

Que se realiza en embarazadas sanas, sin problemas, por deseos de la paciente, del especialista o de ambos, siempre y cuando no vaya en detrimento de la salud materno-fetal. Es un procedimiento muy utilizado y cuando el médico toma la decisión de una inducción electiva, debe dar una explicación extensa a la pareja de las ventajas, desventajas, riesgos, etc.

La inducción del parto está indicada cuando los beneficios para la madre, el feto o ambos superan la continuación del embarazo. Cuando los casos son bien seleccionados, se obtienen mejores resultados que conllevan a una reducción del porcentaje de cesáreas, disminución de las complicaciones maternas y fetales, la estancia hospitalaria, el costo diario de hospitalización, el tiempo de recuperación y el retorno a la actividad habitual de la paciente.

Existen dos tipos de inducción: Debe ser una decisión conjunta entre la pareja y el médico, con el fin de compartir responsabilidades porque si la inducción es exitosa no hay problema, pero cualquier complicación que ocurra, la pareja va a culpar a la inducción o al médico, si fue una decisión tomada a conveniencia de este último. Cuando existe acuerdo acerca de la fecha de la inducción, en algunos casos se indica un medicamento para tomar o colocarse en la vagina el día anterior o el mismo día en que se programa la inducción. Esto se hace para provocar cambios en el cuello del útero, que faciliten la ruptura de las membranas.

La embarazada viene a la consulta, usualmente en la mañana, para practicar un tacto y proceder a la ruptura de las membranas. Este procedimiento se tolera bien y, en la mayoría de los casos, por si sólo es capaz de iniciar el trabajo de parto. La ruptura de membranas tiene la ventaja que permite ver las características del líquido amniótico, lo cual puede dar una idea del bienestar del bebé.

Un líquido de color claro, generalmente indica que hasta el momento todo está bien, pero un líquido de color verde indica sufrimiento fetal y se debe practicar una cesárea de inmediato en la mayoría de los casos. Si el color es amarillo verdoso es recomendable tomar medidas especiales de vigilancia fetal, como es el monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca. Si

las contracciones no se inician espontáneamente, se procede a administrar oxitocina, con el cual se va a iniciar el trabajo de parto. Este medicamento, si se utiliza en forma adecuada, tiene más ventajas que desventajas y como va a estar con sedación, analgesia o anestesia, no va a tener dolor.

2.1.3 Condiciones de un parto normal.

Para que ocurra el parto, es preciso un canal de parto adecuado, una contracción uterina y abdominal normal y una colocación adecuada del feto dentro del útero. Al inicio del trabajo de parto, la situación del feto con respecto al canal del parto es determinante para la vía por donde va a salir el feto.

Situación.

Consiste en la relación del eje longitudinal fetal con el eje materno y son posibles las siguientes situaciones: longitudinal, transversa y oblicua. La primera es la más frecuente en los embarazos a término y puede ser longitudinal cefálica o longitudinal podálica. La razón por la que la situación longitudinal es la más frecuente, es porque la cavidad uterina tiene un diámetro longitudinal mayor que el transversal lo que permite un mejor acomodo del feto en su eje mayor, que es el longitudinal.

Presentación.

Es la parte fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis y puede ser: cefálica, de nalga, de hombro, fónica (cordón umbilical) y compuesta.

- Cefálica es aquella en la que la cabeza es la parte que se presenta en el estrecho superior de la pelvis. Constituye la forma de presentación más frecuente porque la cavidad uterina tiene una forma de pera, con la parte más amplia hacia el fondo uterino y la más estrecha hacia el segmento uterino inferior.
- De nalgas es cuando el polo podálico es el que se presenta en la pelvis, es la segunda forma de presentación más frecuente y aunque el parto vaginal es posible, es preferible una cesárea.
- De hombro es cuando el hombro anterior o posterior se presentan en la pelvis y en estos casos el parto vaginal es imposible.
- Fúnica es cuando la parte que se presenta primero en la parte superior de la pelvis es el cordón umbilical y se debe practicar cesárea de emergencia.

- Compuesta es cuando dos o más partes del feto se introducen la pelvis, la más frecuente es cabeza, con mano.

Y todo este procedimiento ginecológico, ya sea por una u otra causa, debe de ser contabilizado para saber cuál es el costo, ya sea material o personal en el que se incide y al tratarse el tema de discusión de las instituciones cubanas debemos saber cómo se trata esta información, o mejor dicho saber el tratamiento de la información del Costo en las instituciones de salud Cubana.

2.1.2 El proceso de determinación de los costos en las instituciones hospitalarias cubanas.

Los hechos económicos que se suceden en la ejecución de las actividades de las instituciones hospitalarias cubanas son anotados cronológicamente en base a las técnicas contables de registro, pautadas según las disposiciones del Sistema Nacional de Contabilidad. Estos hechos tienen su reflejo en los documentos primarios, con los que se inicia todo un proceso contable de confección de comprobantes de diario que se sustentan en los mismos; éstos se van anotando en diferentes sub. diarios o registros, como son: de pagos, de operaciones y otros, para su clasificación en cuentas y sub. Cuentas. Con posterioridad, se pasan sus resultados al libro mayor y a los sub. Mayores que correspondan, entre ellos, el de gastos.

Es en este sub. Mayor precisamente, donde aparece reflejada la ejecución detallada de los gastos incurridos por el hospital, codificadas por epígrafes y partidas; según lo establecido por el clasificador de gastos definidos en el referido Sistema Nacional de Contabilidad.

Sin embargo, este sub. Mayor de gastos si bien refleja detalladamente la ejecución de los gastos de las actividades hospitalarias desde un aspecto general; de por sí, no es utilizable directamente para la determinación de los costos particulares de cada una de las áreas organizativas del hospital. Para esto se establece en el manual de costos hospitalarios efectuar una reformulación de dichos gastos, mediante el desglose o desagregación de sus cuantías en correspondencia con el área o las áreas organizativas que hayan mostrado los mismos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Alimentos

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

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

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

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

La farmacia, por su parte, recibe el pedido de medicamentos de la sala, departamento o área; éste es revisado por un personal que debe verificar si los datos que son necesarios para la solicitud están correctos como son, el cuño y la firma del médico, el nombre del medicamento con la dosis correspondiente, así como el número de la historia clínica del paciente; si no existe ningún error, el pedido se pasa al área de despacho donde le son entregados los medicamentos al personal designado como responsable de esa actividad en cada sala, departamento o área. La farmacia emite original y copia de un documento que sirve de constancia de la transacción, la copia le es entregada a quien recibe los medicamentos por la sala o al personal responsable del departamento o área y el original se queda en la farmacia como constancia de la entrega, donde se registra la salida del medicamento, su importe y su código. Al final del mes la farmacia emite un listado por centros de costos de los servicios prestados o despachados con la variedad de medicamentos, la cantidad, su importe y su correspondiente destino. Esta información pasa al especialista en costos en el departamento de contabilidad, donde son procesados los datos para la elaboración de la referida hoja de los costos mensuales y acumulados.

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

- Instrumental médico y estomatológico

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

- Vestuario y lencería

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

De esta forma se procesa y fluye la información de costos correspondiente al consumo de materiales y medicamentos por centros de costo.

Asimismo el objetivo de la HT-2 es anotar todos los gastos de salarios devengados por los trabajadores de cada centro de costos; así como efectuar las reasignaciones de salarios que

procedan a otros centros, motivados por la participación de dichos trabajadores en sus actividades.

Incluye los correspondientes cálculos del descanso retribuido que se acumula y el del por ciento establecido que como contribución a la seguridad social debe aportar la institución al presupuesto del Estado.

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

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

- Salario devengado
- Descanso retribuido
- Contribución a la seguridad social
- Subsidios

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

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

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

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

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

- Electricidad

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

Todos los meses cuando se recibe el consumo de electricidad, el departamento de contabilidad emite el documento "solicitud de pago" (TH – 71) el que se envía a la Oficina Nacional de Administración Tributaria (ONAT) que es la encargada del pago a través de una transferencia electrónica, el original se queda en la ONAT y la copia, que contiene como el original el número del cheque y el importe pagado, se archiva en el departamento de contabilidad.

Cuando esta información es procesada por el especialista en costos, éste distribuye por centro de costo el importe correspondiente al consumo de electricidad atendiendo a las tasas asignadas previamente.

- Depreciación de activos fijos tangibles

La depreciación se determina por el método de línea recta al final de cada mes; después de actualizar las entradas, movimientos y salidas de los activos fijos tangibles, se procede a realizar el cálculo de la depreciación, información que se entrega en contabilidad y luego de su revisión se pasa al especialista en costo para la confección de la hoja de los costos mensuales y acumulados, donde se distribuye la depreciación por centro de costo.

- Otros servicios productivos

Para la distribución de los servicios de mantenimiento, reparación o apoyo que recibe cada centro de costo, el área, departamento o la entidad que presta el servicio le hace llegar una factura al departamento de finanzas del hospital por el importe del servicio prestado; posteriormente se emite el documento TH – 71 a la ONAT que mediante una transferencia bancaria efectúa el pago. La ONAT archiva el original y le envía a la institución hospitalaria la factura con una copia de la solicitud de pago; en el hospital, mientras tanto, se hace corresponder el servicio con el centro o los centros de costo que lo recibió o recibieron, para su asignación, atendiendo a tasas de distribución previamente determinadas.

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

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

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

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

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

Hoja de Trabajo (HT - 4): Hoja de distribución de costos indirectos.

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

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

Finalmente se presenta por centro de costo un resumen del monto total del mes y el que se va acumulando, así como los días-pacientes³, días-camas⁴ y egresados, según corresponda, información con la que se obtiene el costo por paciente, producto de la división del costo total entre esos niveles de actividad, por lo que mensualmente se obtienen tres valores del costo por paciente por cada centro de costo y a nivel de hospital, atendiendo justamente al nivel de actividad.

La (HT – 4) presenta las siguientes Generalidades:

Se habilita mensualmente utilizando hojas columnares

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 cual se descargarán 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.

Por ejemplo, se consideran los costos de las actividades administrativas

Teléfono.

Áreas Administrativas.

Almacén de Miscelánea.

Comedor.

Registros Médicos.

Farmacia.

³ Período de servicio prestado a un paciente hospitalizado comprendido entre las horas del censo (12.00 de la noche) de dos días consecutivos contando un día para el paciente que ingrese y egrese el mismo día.

⁴ Camas ocupadas por pacientes cada 24 horas

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

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

Ventajas:

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

Desventajas:

- El sistema de costeo actual no identifica los gastos directos atribuibles a cada paciente.
- El tratamiento de los costos indirectos no es el más adecuado, al imputarse cargos a todos los pacientes sobre bases arbitrarias, pues no todos los pacientes requieren de las mismas atenciones por los grupos de servicios generales, auxiliares, administrativos, de apoyo y finales.
- Se pone de manifiesto el cálculo incorrecto del costo unitario por paciente, toda vez que éste no debe obtenerse de la división de los costos totales entre los pacientes

atendidos, días camas o egresados, pues cada individuo, dadas sus características va a reaccionar y responder de forma diferente ante iguales tratamientos.

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

Para la determinación de los costos por pacientes se tuvieron en cuenta las ventajas y desventajas de los procedimientos estudiados y de la necesidad de contar con la información relevante, precisa y oportuna que se requiere en la actualidad para el desempeño eficiente de la gestión económica y hospitalaria. A continuación se presentan los procedimientos consultados para obtener el costo por pacientes.

Costeo por pacientes – patologías y procesos. Uruguay (Montico & Velarde, 2003)

Ventajas

- Se logran establecer diversas medidas de la producción de los productos/servicios hospitalarios.
- Se considera que es preciso obtener un Costo por Paciente, porque dada la heterogeneidad de los productos obtener un costo promedio por paciente distorsionaría bastante la toma de decisiones
- Se considera que es preciso obtener un costo por patología, porque el gasto del paciente depende del tratamiento de su enfermedad.

Limitaciones

- Los sistemas informáticos no fueron diseñados con el objetivo de obtener costos sino información general de gastos
- Falta de información, por ejemplo para adoptar criterios de distribución de costos indirectos
- No existe cultura de costos entre los funcionarios que son los que muchas veces generan o recogen los datos de costos
- No se logra llegar con claridad al costo por paciente – patología.

Costeo por actividades (Armenteros & Vega, 2001)

Ventajas

- Jerarquización de los niveles en las actividades desarrolladas que van desde las relacionadas con el servicio de atención directo hasta actividades de soporte a nivel de centro.
- Racionalización de las actividades
- Asignación de los costos a las actividades a partir de la relación causal que existe entre ambos
- Determinación del costo de las actividades, luego de la patología

Limitaciones

- Es aplicable solo a clínicas especializadas atención al Turismo (que facturan el servicio)
- Variables de éxito o fracaso relacionadas con el diseño e implementación del ABC en Cuba (Pérez Barral,2007)
- Nivel de incertidumbre
 - Nivel de conocimiento

y finalmente el del paciente

- Complejidad del sistema ABC
- Motivación hacia el cambio
- Selección de actividades e inductores de costos
- Recursos disponibles
 - Sistema de información existente
 - Sistema costoso, complejo y no integrado

Costeo por actividades. Sector Público España (González, 2005)

Ventajas

- Se definen las actividades relacionadas con la atención hospitalaria
- Se eliminan actividades repetitivas
- Se definen inductores por actividades, relacionadas con las funciones de cada centro de costo

Limitaciones

- Variables de éxito o fracaso relacionadas con el diseño e implementación del ABC en Cuba (Pérez Barral, 2007)
- Nivel de incertidumbre
 - Nivel de conocimiento
 - Complejidad del sistema ABC
 - Motivación hacia el cambio
 - Selección de actividades e inductores de costos
 - Recursos disponibles
 - Sistema de información existente
 - Sistema costoso, complejo y no integrado

Costeo por Áreas de responsabilidad (Mukodsi, & Borges 2000)

Ventajas

Debe entregarse mensualmente al encargado de costos, los gastos por contabilidad y los niveles de actividad por cada una de las áreas de responsabilidad.

- No es necesario modelaje extra, se trabaja con hojas de trabajo

Limitaciones

- Aplicable solo a policlínicos
- No se logran identificar los costos directos por pacientes
- El tratamiento de los costos indirectos no es el más adecuado, al imputarse cargos a todos los pacientes sobre bases arbitrarias (un solo centros de costo. El

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(HT)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se utiliza sin grandes variaciones el sistema de costos aprobado y vigente del MINSAP - No es condición indispensable crear una plaza para implantar el sistema | <p>policlínico)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pone de manifiesto el cálculo incorrecto del costo unitario por paciente - Existen limitaciones para el cálculo del costo por patologías |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Costeo por pacientes y patologías (Reyes & Pérez 2009)

Ventajas

- Se adecúa a las condiciones actuales de las instituciones hospitalarias cubanas
- Toma información del sistema de costeo actual (aprobado e implementado por el MINSAP)
- Logra delimitar los costos directos e indirectos por pacientes y patologías
- Logra acumular los costos del paciente en el servicio integral que recibe de la institución.

Limitaciones

- Requiere de mayor precisión en cuanto a la información que se genera en las instituciones hospitalarias (sobre todo en cuanto a los elementos indirectos)

Partiendo de la necesidad de la alta dirección de las instituciones hospitalarias cubanas y de sus organismos rectores de conocer el costo unitario de los servicios que presta, en este caso el costo por paciente atendido, es que se emplea el procedimiento de Reyes y Pérez, 2009 para el calculo del costo de atención hospitalaria por pacientes.

2.2.1. Procedimiento para el costo por paciente y patologías en la sala 5 - A de Puerperio Mediato del Hospital provincial de Cienfuegos.

El procedimiento para el costeo por paciente parte de la necesidad de conocer la patología que se va a costear, 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.

A continuación se presenta el procedimiento para la determinación de los costos por pacientes- patologías y procesos en el Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, consta de tres fases, las cuales se desagregan en pasos como se describe seguidamente en la figura 2.1 y 2.2

Figura 2.1 Etapa I del procedimiento 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 2.2, donde se exponen los pasos y tareas que conforman la segunda etapa del procedimiento.

Figura 2.2 Etapa II del procedimiento 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 hospitalaria. 2.4 Acumular los costos por paciente. 2.5 Analizar los costos por pacientes.

Fuente: [Tomado de Reyes y Pérez, 2009]

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

Paso No. 1 Presentar el mapeo de los procesos

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

1.1 Confeccionar descripción escrita

Esta tarea tiene como objetivo presentar una descripción detallada de la trayectoria que recorre el paciente en todo su proceso de atención 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 flujogramas, son gráficos que señalan el movimiento, desplazamiento o curso de una actividad, un formulario, un informe, materiales, personas o recursos. Son de gran importancia ya que brindan elementos de juicio idóneos para la representación de procedimientos y procesos, así como las pautas para su manejo en sus diferentes versiones.

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

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

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

- Flecha

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

- Rectángulo

Se usa para representar un evento o proceso determinado. Es el símbolo más comúnmente utilizado. Se usa para representar un evento que ocurre de forma automática y del que generalmente se sigue una secuencia determinada.

- Rombo

Se utiliza para representar una condición.

- Círculo

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

En resumen, el diagrama de flujo constituye la base para la asignación de los costos 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 consultar con los expertos y el grupo de trabajo para analizar dicha clasificación.

2.2 Determinar los inductores del costo para los elementos indirectos

En esta tarea, se analizan detenidamente los elementos del costo para la salud con comportamiento indirecto, 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 estadios clínicos, con el objetivo de analizar las variaciones en cuanto a la media del período, para ello se toman los valores mínimos y máximos por pacientes en cada caso y se analizan puntualmente las causas de la ocurrencia de los mismos, de conjunto con el personal médico que ha incidido en esos costos.

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

Capítulo III: Determinación del costo por paciente atendido con parto único espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos. Año 2012

Este capítulo abarca el cálculo y actualización de los costos por paciente atendido con parto único espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos. Se ha seguido el procedimiento presentado y descrito en el capítulo II y se ha tomado la información correspondiente al Año 2012 por ser la más actualizada con que se cuenta, las áreas involucradas en la atención al paciente son: Cuerpo de guardia, Sala 8ª Obstetricia, 8b Perinatología, 7b Parnatologia y 5ª Puerperio Mediato de de la referida institución.

3.1 Cálculo para la determinación de los costos por pacientes atendidos con parto único espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos.

Para el costeo de cualquier proceso, servicio o producto es indispensable conocer aquello que se va a costear, razón por la que la primera etapa del procedimiento se dedica a eso precisamente.

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

Tal y como se expuso en la figura 2.1 del capítulo anterior, la etapa No. I 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, específicamente sobre parto normal, así como especialistas en la materia y se realiza una revisión por parte de los mismos de la información recopilada.

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

Seguidamente se desarrollan las tareas definidas al respecto.

1.1 Nombrar la patología

La denominación de la patología es parto único espontáneo.

1.2 Definir la patología

Se define Parto Normal como: comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 36 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones

El trabajo de parto es el proceso mediante el cual el útero expulsa o trata de expulsar el feto y la placenta, cuando el producto de la gestación es mayor de 20 semanas y su peso

superior a 500 g. Se inicia cuando las contracciones uterinas son lo suficientemente rítmicas, intensas y prolongadas como para producir cambios en el cuello del útero que provocan su dilatación lo que permite el descenso del feto.

1.3 Presentar el criterio de diagnóstico

Para poder dar un criterio de diagnóstico es preciso tener bien claras las indicaciones del parto. Se considera de utilidad una clasificación que resalte los factores o causas que inciden en mayor o menor proporción en sus indicaciones. El objetivo es conocer hacia qué factores se deben dirigir las acciones para mejorar el trabajo obstétrico. Ver Anexo No 7 donde se presentan los niveles de atención de acuerdo a los factores de riesgo materno – fetal.

Atendiendo a las características generales que se han presentado, el criterio de diagnóstico se establece de acuerdo a los factores de riesgo materno – fetal que presenta, que se clasifican en niveles de atención, o sea; Nivel I, II, III, los que se muestran a continuación:

1er NIVEL:

Bienestar fetal:

- No presentan factores de riesgo
- Edad gestacional entre 34 y 40.6 semanas

Bienestar materno:

- Buena salud
- Enfermedades maternas compensadas en las que el trabajo de parto no causa repercusión sobre dicha entidad
- Edad mayor de 16años
- Rotura prematura de membranas si signos de infección.
- Progresión del trabajo de parto:
- Buena progresión
- Inducción del parto excepto en la fase de latencia prologada que se considerara parto disfuncional

2do NIVEL.

Bienestar fetal

- Factores de riesgo asociados sin las alteraciones del bienestar fetal señaladas en el nivel III

Bienestar materno:

- Enfermedades propias o relacionadas al embarazo en las que el trabajo de parto pueda repercutir sobre dicha enfermedad, Ejemplo: cardiopatías, hipertensión, diabetes siclhemia, trombosis venosa nefropatias, etc.

Progresión del parto:

Trabajo de parto disfuncional

3er NIVEL:

Bienestar fetal:

Alteraciones del bienestar fetal que planteen la sospecha de asfixia.

Incluyen:

- Líquido amniótico meconial asociado a factores de riesgo o intensificación del mismo en ausencia de factores de riesgo
- Edad gestacional de 41 semanas asociado y uso de oxitocina

Bienestar materno:

- Enfermedades maternas descompensadas
- Sangramiento activo

Progresión del parto:

- Prueba de trabajo de parto

Hasta aquí se ha presentado el criterio de diagnóstico para el parto único espontáneo en los niveles I, II, III, seguidamente se procede a establecer los exámenes auxiliares de diagnósticos para de esta forma cumplimentar la tarea 4 del paso No 1.

1.4 Establecer los exámenes auxiliares de diagnóstico

La paciente que ingresa en el hospital para que se le practique el parto, viene con los análisis rutinarios que se le practican durante los meses de embarazo y el examen que se le practica antes de su ingreso es ginecológico (tacto vaginal)

Después de ser evaluada por el médico de guardia y remitida a la sala 8-A o 8-B se le realizan exámenes auxiliares que se muestran en la tabla 3.1.

Tabla 3.1 Exámenes auxiliares para el parto único espontáneo

No	Exámenes Auxiliares
1	Examen Ginecológico
2	Ultrasonido
3	Cardiotipografía (CTG)

Fuente: [Elaboración propia]

Luego de presentar los exámenes auxiliares que se le realizan a las pacientes en la sala se presenta el manejo terapéutico.

1.5 Presentar el manejo terapéutico

Para el manejo terapéutico fue preciso subdividir el parto normal en las diferentes categorías que se pueden presentar. Normal o por inducción. El manejo terapéutico para el parto normal objeto de estudio de esta investigación es el siguiente:

Una vez que la mujer ha ingresado en el hospital, la preparación para el parto incluye varios procedimientos "rutinarios", como la medición de la temperatura corporal, el pulso y tensión arterial.

Los tres primeros procedimientos, medición de la temperatura, pulso y tensión arterial, pueden tener implicaciones en el desenlace del parto y, por esto, es posible que influyan en la forma en que se maneja el parto. Estos procedimientos rutinarios no pueden ser excluidos, aunque deben explicarse a la gestante y su acompañante.

La medición de la temperatura cada 4 horas, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es importante, porque un incremento de ésta puede significar un primer indicio de una posible infección.

Si fuera el caso, iniciar un temprano tratamiento, especialmente en caso de un parto prolongado con bolsa rota, permitiría evitar una sepsis.

Otras veces puede ser una señal de deshidratación.

Tomar la tensión arterial siguiendo estos mismos intervalos permite también evaluar bienestar materno.

Un aumento súbito de la tensión arterial puede indicar la necesidad de acelerar el parto o de remitir a la gestante a otro nivel de cuidados más especializado.

Después de presentado y descrito el manejo terapéutico del parto normal se procede a dar el criterio de alta.

1.5 Presentar los criterios de alta

Para darle el alta, en el examen físico la paciente tiene que tener una buena coloración, los signos vitales normales, la herida no puede estar enrojecida tiene que estar sana, que el sangramiento sea normal de acuerdo a los días de parida y a su vez que el bebé se encuentre de alta y que tenga más de 24 horas de nacido.

De esta forma queda conformado el protocolo del manejo de la patología Parto único espontáneo, 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

Para cumplimentar esta segunda y última etapa del procedimiento, es preciso desarrollar un extenso trabajo de recopilación de datos, observación, confrontación de documentos contentivos en las historias clínicas contra las entrevistas orales realizadas a especialistas, médicos, enfermeras, técnicos, pacientes y familiares. De igual modo se ha requerido de la presencia constante de personal médico y contable dentro del grupo de trabajo para el esclarecimiento de cuestiones que resultan decisivas en casos extremos. Se analizan los informes de costos que emite en la actualidad el hospital provincial de Cienfuegos por centros de costo, se requieren informes estadísticos de días camas, días pacientes y egresados por patologías y se procesa la información en hojas de trabajo sobre soporte de Microsoft Excel, para facilitar los cálculos de los costos por pacientes.

Esta etapa consta de dos pasos, en primer lugar se presenta el mapeo de los procesos, el que constituye la guía para el costeo, pues establece el recorrido que de forma general realiza el paciente dentro de la institución hospitalaria para la atención del Parto único espontáneo 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 parto único espontáneo.

1.1 Confeccionar descripción escrita

El proceso comienza cuando la paciente arriba al ambulatorio, ya sea por presentar contracciones agudas y seguidas; por haber roto aguas pocas horas antes con edad gestacional entre las 36 y 40.6 semanas (Nivel I), por haberse superado ya el tiempo de gestación 41.5 semanas o más, edad gestacional (EG) menos de 37 semanas, gemelar (Nivel II), o por alteraciones del bienestar fetal que planteen la sospecha de asfixia, enfermedades maternas descompensadas, sangramiento activo (Nivel III).

Las enfermeras para poder registrarla y darla de alta, necesitan determinar cual es el nivel en que se encuentra la paciente atendiendo a los factores de riesgo materno-fetal, del resultado de este diagnóstico se traslada a la sala 8-A Obstetricia o 8-B perinatología. Cuando alcanza los niveles de dilatación necesarios o comiencen a existir riesgos para la vida de la madre o el feto, se traslada a la Sala 7-B pre parto donde se le acondiciona para

poder tomar ahí las pruebas pertinentes y así comenzar con la progresión del parto, ya sea normal o por inducción.

Tras la intervención, se le traslada a la sala 5-A donde la paciente permanece por 36 horas y si todo está en orden, la madre y el bebé se encuentra en perfecto estado de salud se les da el alta a ambos.

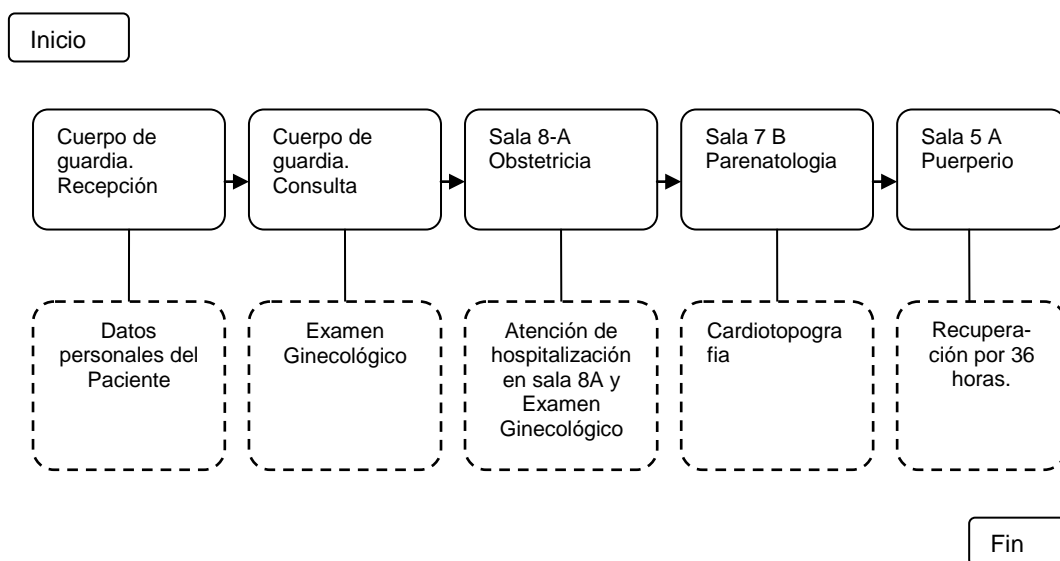
Hasta aquí se ha presentado la descripción escrita del recorrido que realiza la paciente desde que llega al cuerpo de guardia hasta que es inducida y trasladada a la sala de recuperación para la atención del parto único espontáneo, seguidamente se procede a elaborar el diagrama de flujo.

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 de la institución hospitalaria para la atención del parto único espontáneo, tal y como se muestra en el Anexo No 8.

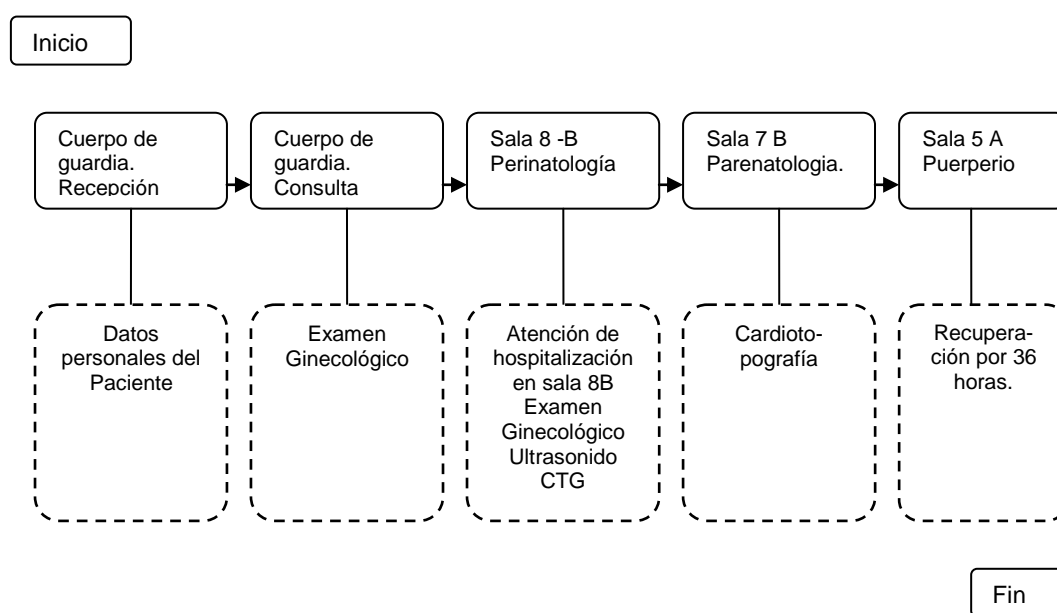
Seguidamente se presenta un resumen del flujograma para cada una de los niveles del parto único espontáneo. Representando solamente la trayectoria que realiza el paciente dentro de la institución y la que hay que seguir para el costeo.

Figura 3.1 Recorrido del paciente con Parto espontáneo Nivel I por la institución hospitalaria.



Fuente: [Elaboración propia a partir del Anexo No 8 Diagrama de Flujo]

Figura 3.2 Recorrido del paciente con Parto espontáneo Nivel II y III por la institución hospitalaria.



Fuente: [Elaboración propia a partir del Anexo No 8 Diagrama de Flujo]

Seguidamente se procede a desarrollar el segundo y último paso de este procedimiento.

Paso No. 2 Costear por paciente

Este paso requiere de un trabajo integrado y coordinado entre muchos factores dentro de la institución hospitalaria, se precisa de la presencia y responsabilidad de los facultativos implicados en el tratamiento del paciente, así como de todo el personal médico y paramédico que de una forma u otra inciden en el tratamiento. Igualmente es indispensable contar con información de costos y niveles de actividad confiables por áreas de responsabilidad, se toma la información del sistema de costeo existente en la actualidad en el hospital provincial de Cienfuegos de Cuerpo de Guardia, Sala 8A, Sala 8B, Sala 7B y sala 5A Puerperio que es por donde transita la paciente desde su llegada a la institución hasta su egreso. En el Anexo No 9 se muestran los informes de costos para el año 2012 de cada área.

Para el desarrollo de este paso resulta decisivo el trabajo del personal médico, de los pacientes, así como del personal contable de la institución cienfueguera, de igual modo

resulta valioso contar con el manual de costo para hospitales, puesto que se definen muchos conceptos que contribuyen a lograr los objetivos trazados.

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

Es por ello que 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.

Clasificar los elementos del costo para la salud de acuerdo al volumen y a la capacidad de asociarse: El costeo por paciente, de acuerdo a la bibliografía consultada y expuesta en el capítulo I, requiere que se preste especial atención al paciente, y sobre todo a los elementos que directamente inciden sobre su atención hospitalaria, enfatizado en aquellos elementos variables que van a depender del nivel de actividad por ser medibles e identificables con el paciente, es indispensable que se incida para lograr los niveles de eficiencia deseados en la gestión hospitalaria.

Para la realización de esta tarea se asume lo presentado por Reyes y Pérez 2009 donde son considerados directos, aquellos materiales y medicamentos que se aplican al paciente, el salario de médicos, especialistas, enfermeras, técnicos de laboratorio medibles en el paciente, así como la alimentación y lavandería para el paciente.

De igual modo se incluyen en los indirectos, los salarios del personal que no tiene una participación directa con el paciente, los materiales que inciden indirectamente en la atención al paciente, y aquellos que sean imposibles de medir en un servicio hospitalario tal y como se considera en la figura 3.4

En la clasificación atendiendo al volumen se asume también lo presentado por Reyes y Pérez, 2009, todo lo cual se presenta en la figura 3.5

Figura 3.4 Clasificación de los costos para el hospital provincial de Cienfuegos.

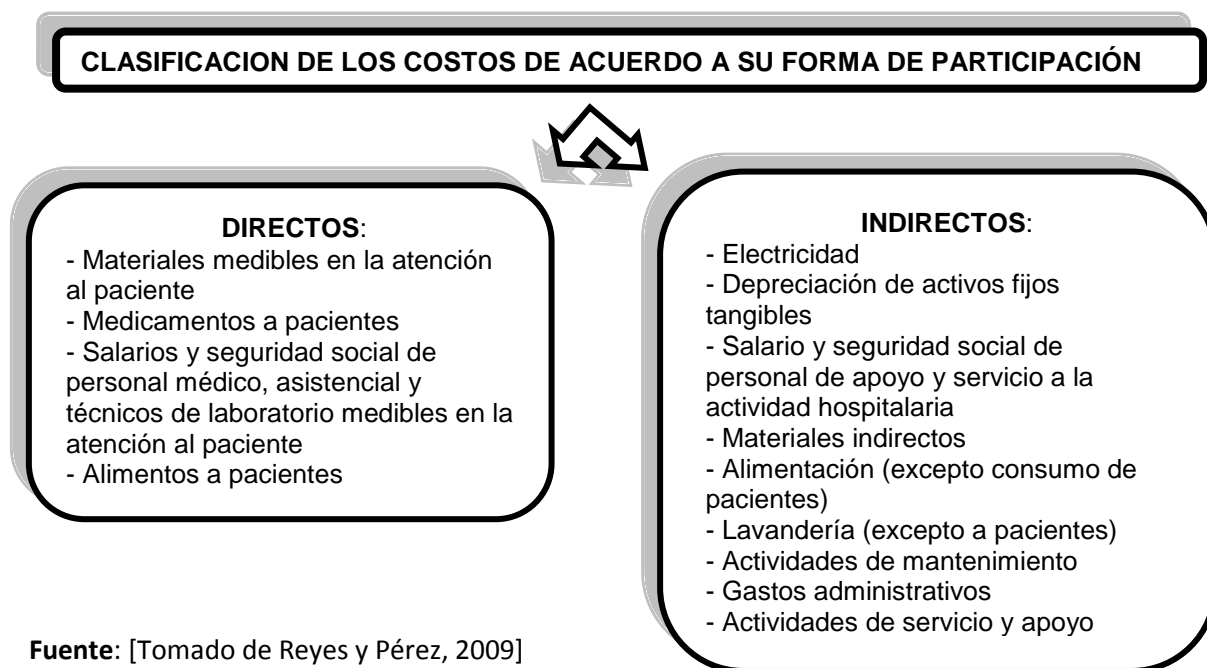
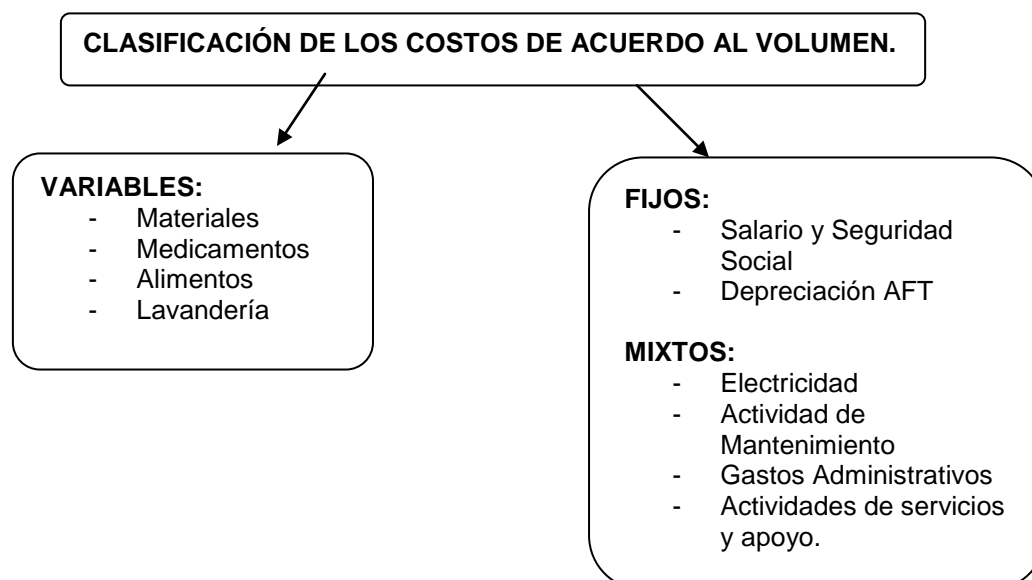


Figura 3.5 Clasificación de los costos de acuerdo al volumen.



Los elementos directos y variables se asignan al paciente al costeo real, dado que con un adecuado trabajo y manejo de la información es posible medirlos y cuantificarlos, sin embargo, en el caso de los considerados indirectos, los fijos y/o mixtos, es muy difícil definir directamente cuánto corresponde del monto total a un paciente, unas veces por ser imposible su medición, otras porque para cualquier nivel de actividad el monto del costo será el mismo, y en otros casos porque de un mismo costo pueden servirse al unísono más de un paciente, es por ello que deben definirse bases de distribución de costo para tales efectos.

A continuación se determinan las bases de distribución para la asignación de los costos indirectos, fijos y/o mixtos.

2.2 Determinar las bases de distribución de los elementos indirectos, fijos y mixtos

Seguidamente se definen las bases de distribución para asignar los elementos indirectos, fijos y/o mixtos al paciente de la forma más cercana posible a la realidad a partir de la información e infraestructura con que se cuenta en el Hospital, 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.

En este sentido se asume igualmente lo presentado por Reyes y Pérez, 2009 donde se representan las bases de distribución más adecuados para cada elemento, constituyendo información que se pueda obtener y se encuentra disponible en la institución. Estos resultados se muestran en la tabla 3.2

Tabla 3.2 Base para la distribución o asignación de los elementos indirectos, fijos y mixtos por áreas del hospital

ELEMENTOS DEL COSTO INDIRECTOS	ATENCION EN SALA	ADMISION, RECEPCION, CONSULTAS	LABORATORIO	UNIDAD QUIRURGICA
	TASAS O BASES PARA LA DISTRIBUCIÓN			
Electricidad	Cantidad de días pacientes reportados	Cantidad de pacientes atendidos	Cantidad de Exámenes realizados	Cantidad de Intervenciones quirúrgicas realizadas
Depreciación de activos fijos tangibles				
Salario y seguridad social del personal de apoyo y servicio				
Materiales Indirectos				
Alimentación (excepto consumo de pacientes)				
Lavandería (excepto pacientes)				
Actividades de mantenimiento				
Gastos administrativos				
Actividades de apoyo y servicio				

Fuente: [Tomado de Reyes y Pérez, 2009]

En el caso de la depreciación de activos fijos tangibles y la electricidad, se definen tasas de asignación a los días pacientes por centros de costo, con el objetivo de lograr mayor acercamiento al costo real por paciente, éstas tasas se determinan, previo estudio de

activos fijos tangibles por áreas y sus correspondientes montos de depreciación mensual, así como las capacidades instaladas y los costos de electricidad, lo que se hace corresponder con los días pacientes promedios por cada centro de costo, esta información se va actualizando mensualmente atendiendo a las variaciones en las condiciones del hospital. Asimismo se definen las tasas de asignación por días pacientes de otros servicios (lavandería) y los alimentos pues no se pueden identificar cuanto se utiliza en cada paciente en términos de costo. Las tasas para el año 2012 se presentan en el Anexo 10. Después de cumplimentar los pasos y tareas anteriores, es posible desarrollar el costeo por pacientes, atendiendo al recorrido que realiza cada uno dentro de la institución hospitalaria para la atención del Parto único espontáneo.

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

Para el costeo por paciente atendido con Parto Único Espontáneo en el hospital provincial de Cienfuegos, es preciso definir una muestra representativa para ello, puesto que en el año 2012, se atendieron con esta patología un total de 2 528 pacientes, tal y como se muestra en la tabla 3.3, por lo que realizar el costeo de toda la población resulta una tarea bastante engorrosa para los objetivos de la investigación, es por ello que se considera oportuno determinar el costo por paciente para la muestra que se obtenga, siempre que se vean representados los puntos mínimos y máximos del costo de atención por paciente con Parto único espontáneo.

Tabla 3.3 Comportamiento estadístico de la atención a pacientes con Parto Único Espontáneo en el hospital provincial de Cienfuegos. Año 2012.

Meses	Total	% que representa
Enero	250	9.9
Febrero	175	6.9
Marzo	186	7.3
Abril	144	5.7
Mayo	154	6.1
Junio	174	6.9
Julio	207	8.2
Agosto	262	10.4
Septiembre	250	9.9
Octubre	257	10.2
Noviembre	248	9.8
Diciembre	221	8.7
Total	2528	100.0

Fuente: [Elaboración propia a partir de la estadísticas del Hospital, año 2012]

Seguidamente se presenta el cálculo del tamaño muestral representativo para esta etapa

Para establecer una expresión matemática, en la que se pueda determinar la cantidad de unidades a muestrear, en el caso en el que se desconozca la varianza de la población y sea conocido el tamaño de ésta, se tiene:

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

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=

muchas investigaciones se utilizan estos valores, la bibliografía los contempla con mucha frecuencia).

$$n = (2528 \cdot 0.50 \cdot 0.50) / ((2528-1) (0.10)^2 / (1.96)^2 + 0.50 \cdot 0.50)$$

$$n = 632 / (2527 \cdot 0.01) / (3.8416 + 0.25)$$

$$n = 632 / 25.27 / 4.0916$$

$$n = 632 / 6.1760680$$

$$n = 102.33$$

El tamaño de la muestra a calcular es de 102 pacientes.

El objetivo de la investigación consiste en calcular el costo por paciente atendido con Parto Único espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos, año 2012, para lo cual se ha habilitado un libro de Microsoft Excel, el cual constituye una herramienta indispensable dada la cantidad de pacientes a calcular. De ellos se presentan solamente los cálculos que arrojan los costos mínimos y máximos por pacientes, los cuales se han obtenido a partir del desarrollo de los pasos y tareas anteriores y que conforman el procedimiento del costeo por paciente.

Tal y como se presenta en el flujograma los pacientes con Parto Único Espontáneo en los tres niveles siguen una misma trayectoria que se resume a continuación:

- Cuerpo de guardia. RECEPCION

Se recogen los datos personales de la paciente, se clasifica según el tipo de atención que requiere y se orienta hacia dónde debe acudir para ello. La asignación de los elementos indirectos, fijos y/o mixtos de esta área se muestran en el Anexo No 11.

- Cuerpo de guardia. CONSULTA

En el cuerpo de guardia, para la atención del Parto y otras patologías afines, se encuentran laborando 24 horas, un médico especialista de primer o segundo grado

que devenga un salario mensual de \$ 627.00 UM y un enfermero técnico con un salario mensual de \$ 388.00 UM incurriéndose además en costos de electricidad, materiales indirectos, depreciación de activos fijos tangibles, así como el correspondiente al salario del personal indirecto (un asistente de servicio de salud y un auxiliar de servicios internos las 24 horas) en el Anexo 11 se muestra el cálculo del costo obtenido por paciente atendido en Consulta del cuerpo de guardia con Parto Único Espontáneo.

- Cuerpo de guardia. EXAMENES

En esta área se realizan los exámenes para la atención de las pacientes según los niveles de riesgo del Parto, en todos los casos se les realiza un examen ginecológico como método complementario, para esto es necesario el uso de materiales afines, la presencia del médico especialista que es quien realiza el examen, y otros costos tales como de electricidad, depreciación de activos fijos tangibles, así como materiales y salarios indirectos que fueron ya determinados en el Anexo 11 como parte de los costos indirectos del área de responsabilidad Cuerpo de guardia, es por ello que este momento solo se van a relacionar el elemento directo. En el Anexo 12 se presenta el cálculo de los costos de este examen auxiliar.

- Cuerpo de guardia. CONSULTA

Luego de tenerse los resultados del diagnóstico preliminar y del examen ginecológico, se le orienta a la paciente el ingreso en la sala 8A si no existe factores de riesgo y la edad gestacional es entre 36 y 41.5 semanas.

- Sala 8A Obstetricia .TRATAMIENTO

En esta sala las pacientes reciben la atención y el tratamiento correspondiente, para lo que se cuenta diariamente con un especialista en Obstetricia que puede ser de 1er. grado con salario de 627,00 unidades monetarias y enfermeros asistentes o licenciados con salarios mensuales de 388,00 y 527,00 unidades monetarias respectivamente.

Aquí ingresan las pacientes con 36 semanas de gestación que han roto la bolsa o expulsado el tapón mucoso y las contracciones uterinas son lo suficientemente rítmicas, intensas y prolongadas como para producir cambios en el cuello del útero que provocan su dilatación y comienza el trabajo de parto, o pacientes con 42 semanas de gestación que se decide induce el parto.

Además de los medicamentos se incurre en costos de electricidad, depreciación de activos fijos tangibles, materiales y salarios indirectos, servicios de mantenimiento, de lavandería, alimentación, administrativos y de apoyo.

Para la asignación de los costos indirectos al paciente es preciso que se apliquen tasas por días pacientes que se determinan mensualmente atendiendo a las bases de asignación que en realidad ocurren en el período que se analiza, tal y como se expone en la tabla 3.2, éstas, contribuyen a obtener un costo por pacientes mejor asignado y más cercano a las condiciones actuales, para de esta forma cargarle a cada paciente el monto que por cada concepto ha consumido, atendiendo a los días que ha permanecido dentro de la institución. En el Anexo No 13 se presenta la tasa de asignación de los elementos indirectos a los pacientes de la Sala 8ª.

En los Anexos 14 y 15 se muestran los costos mínimos y máximos de las pacientes que transitan por esta sala donde no se identifican elementos directos, ni variables. El costo mínimo corresponde a un paciente que requirió solo 1 hora de atención, mientras que el máximo es producto de un paciente que requirió atención durante 24 horas = 1 día paciente.

- Sala 8B Perinatología .TRATAMIENTO

En esta sala las pacientes reciben la atención y el tratamiento correspondiente, siguen similar trayectoria que las pacientes de las 8A en su recorrido por el cuerpo de guardia, para su atención cuenta diariamente con un especialista en Ginecología que puede ser de 1er. grado con salario de 627,00 unidades monetarias y enfermeros asistentes o licenciados con salarios mensuales de 388,00 y 527,00 unidades monetarias respectivamente, así como el consumo de materiales e instrumental médico, de electricidad, depreciación de activos fijos tangibles, otros gastos indirectos y aquellos que se asignan de centros de costos auxiliares, administrativos y de apoyo. Para la asignación de los costos indirectos se aplican las tasas por días pacientes que se muestran en el Anexo 16

Las pacientes que ingresan en esta sala presentan edad gestacional (EG) menor de 37 semanas con rotura prematura de membrana y para su tratamiento es necesario reposo absoluto en la posición de Tren de Lamburg y se le suministra 2 tabletas de Eritromicina cada 6 horas, este tratamiento puede tener una duración de 7 a 14 días o en el caso de pacientes con enfermedades propias o relacionadas con el embarazo que puedan repercutir en el bienestar del feto, son necesario exámenes de seguimiento como ultrasonidos, Cardiotopografía (CTG) para medir la frecuencia cardiaca del feto y examen ginecológico. En el anexo 17 y 18 se muestra el costo mínimo y máximo del tratamiento en la sala 8B donde el mínimo corresponde en este

caso a un paciente que requirió de 7 días de atención y el costo máximo corresponde a un paciente que requirió de 14 días de atención.

Los exámenes auxiliares realizados son propios de la atención en sala, por lo que su costo esta incluido en la tasa de asignación de los costos indirectos ya que en el primer examen el material directo empleado es el Gel para ultrasonido y no es posible definir la porción utilizada en cada paciente y en el segundo caso solo incurren costos indirectos.

- Sala 7B Pre Parto .TRATAMIENTO

Las pacientes que llegan a esta sala reciben el tratamiento y cuidados necesarios para una buena progresión del parto, en la mayoría de los casos los fenómenos fisiológicos se desencadenan de forma voluntaria y en otros casos en necesario la inducción del parto mediante el uso de oxitóxina y otros medicamentos que se le suministran en el transcurso del día.

Para la atención de las pacientes es necesario especialistas que devengan un salario de \$ 627.00, enfermeras licenciadas con un salario de \$ 527.00, residentes de 2do, 3er y 4to año de la carrera de Medicina.

En la sala se incurre además en costos de electricidad, depreciación de activos fijos tangibles, materiales y salarios indirectos, servicios de mantenimiento, de lavandería, alimentación, administrativos y de apoyo. Para la asignación de los costos indirectos se aplican las tasas por días pacientes que se muestran en el Anexo 19

En los Anexos 20 y 21 se presentan los cálculos obtenidos de los costos mínimos y máximos por paciente atendido en la sala 7B con Parto Único Espontáneo, en el caso del costo mínimo se debe a un paciente que requirió de 1 hora para su atención y el máximo corresponde a un paciente que requirió de 23 horas en atención.

- Sala 5A Puerperio Mediato. TRATAMIENTO

Finalmente las pacientes llegan a esta sala después de haber seguido la trayectoria como se muestra en el diagrama de flujo (Anexo 8) y permanecen por un período de 36 horas para su recuperación.

Laboran en esta sala un médico especialista que devenga un salario de \$ 627.00, ocho enfermeras asistentes con un salario de \$ 527.00, tres asistentes a pacientes con un salario de \$ 388.00.

En el Anexo No 22 se muestra el cálculo de las tasas de asignación de los costos de los elementos indirectos, fijos y/o mixtos de este centro de costo por días pacientes

En el Anexo No 23 se muestra el costo que representa las 36 horas de recuperación, la atención al paciente en esta sala implica un mismo costo puesto que no varía el tratamiento en cada paciente. .

Para finalizar la aplicación del procedimiento de costeo por pacientes, para la patología Parto Único Espontáneo, atendida en el Hospital Provincial de Cienfuegos, tomando como base el año 2012, se presenta el costo mínimo y máximo obtenido por paciente y se analizan los resultados.

2.4 Acumular los costos por paciente

Para ello se han acumulado en las 102 historias clínicas que constituyen una muestra representativa, los costos de la atención al paciente en cuerpo de guardia (recepción, consultas y exámen de diagnóstico), tratamiento en las salas 8ª, 8b, 7b, 5a y exámenes complementarios.

Dentro de la muestra de historias clínicas se tomaron 10 donde las pacientes transitaron por la sala 8B para ver representados los costos de los niveles II y III ya que de forma general el Parto Único Espontáneo no es clasificado por los niveles de Riesgo materno-fetal.

En el Anexo 24 se muestra el costo mínimo y máximo de la atención hospitalaria para los pacientes con Parto Único Espontáneo nivel I de los 92 pacientes procesados, así como los resultados finales obtenidos de toda la muestra y el rango de costos por pacientes.

De igual forma se presenta el Anexo 25 para las 10 historias clínicas analizadas y calculadas de pacientes con parto Único Espontáneo nivel II y III.

En la tabla 3.4 se muestra el resumen del costo por paciente para esta patología.

Tabla 3.4 Resumen del costo por paciente para la patología Parto único espontáneo.

COSTOS UNITARIOS	NIVEL I		NIVEL II Y III	
	MIN	MAX	MIN	MAX
Cuerpo Guardia Consulta y exámen	\$27.59	\$27.59	\$27.59	\$27.59
Sala 8ª Obstetricia	5.64	135.37	-	-
Sala 8B Perinatología	-	-	745,74	1491.48
Sala 7B pre parto	7.85	168.69	7.85	168.69
Sala 5ª Puerperio	69.08	69.08	69.08	69.08
Costo Unitario en la Atención al paciente	\$110.16	\$400.73	\$850.26	\$1756.84

Fuente: [Elaboración propia a partir de los resultados del cálculo de los costos por niveles y áreas]
Unidad de Medida: Pesos

En el siguiente epígrafe se presenta el análisis de los resultados mínimos y máximos por niveles del cálculo de los costos por paciente con Parto Único Espontáneo, año 2012

2.5 Análisis de los costos por pacientes.

Al analizar los costos por pacientes se toman los costos mínimos y máximos por niveles del Parto Único Espontáneo y se comparan con la media, de esta forma se analizan los puntos extremos y se pueden tomar las medidas correctivas.

Para el Nivel I, el costo mínimo asciende a 110.16 u.m. y el máximo a 400.73 u.m. arrojando variaciones con la media de (96.76) u.m. y 193.81 u.m. lo que se fundamenta en el tiempo que requiere la paciente en los centros de costo (sala 8A y sala7B) para alcanzar una buena progresión en el trabajo de parto, el cual puede variar en cada paciente.

Para el Nivel II y III el costo mínimo asciende a 850.26 u.m. y el máximo a 1756.84 u.m. , las variaciones con respecto a la media son 279.91u.m y (626.67)u.m al incidir en ellos los costos por días pacientes de hospitalización según el tratamiento, los exámenes complementarios y en menor escala el costo de los medicamentos.

De esta forma se concluye el cálculo del costo por paciente para el parto Único Espontáneo, atendido en el hospital provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, en el año 2012.

3.2 Comparación de los resultados obtenidos en el cálculo de los costos por pacientes atendidos con Parto único espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos, Año 2012 con respecto al trabajo de investigación del Año 2007.

Después de culminados los cálculos para la determinación de los costos por pacientes atendidos con Parto Único espontáneo se procede a la comparación de los resultados con la tesis anterior realizada en el curso 2007-2008 sobre datos del año 2007.

A continuación se presenta en la tabla 3.5 la obtención y las variaciones de los resultados.

Tabla 3.5 Comparación de los resultados obtenidos en la determinación de los Costos por pacientes atendidos con Parto Único Espontáneo, Año 2012 versus Año 2007.

Patología a costear	Resultados investigación año 2007		Resultados actuales. Año 2012 Nivel I		Variaciones	
	Costo MIN	Costo MAX	Costo MIN	Costo MAX		
Parto único Espontáneo	\$ 75,82	\$ 250,46	\$ 110,16	\$ 400,73	\$ 34,34	\$ 150,27

Fuente: [Elaboración propia a partir de los resultados existentes y los obtenidos en la determinación de los costos por pacientes atendidos con Parto Único Espontáneo]

Al costear por pacientes la eficiencia de la actividad hospitalaria se refleja no solo en los indicadores propiamente de salud sino en la utilización de los recursos materiales, humanos y financieros, al poder analizar puntualmente los costos por pacientes y delimitar hasta qué punto han sido utilizados éstos en correspondencia con las necesidades del paciente.

Al comparar los resultados se toma solo el nivel I porque son los datos con que se cuenta en ambos momentos pues en el año 2007 solo se determinó el costo por paciente en este nivel I, la diferencia que se presenta se fundamenta principalmente en los cambios ocurridos entre los períodos 2007 al 2012, originados por el aumento de los precios en alimento y el encarecimiento continuado que van teniendo todos los medicamentos, el aumento del precio del KW de electricidad, el precio de los combustibles, el aumento de salario a médicos y personal de la salud, la compra de nuevos equipos y tecnologías necesarios para el diagnóstico de las patologías y otros medios que aumentan los costos indirectos.(depreciación).

Los resultados obtenidos en el Nivel II y III no se pueden comparar pues no existen indicadores anteriores para establecer dicha comparación.

Los costos mínimos y máximos en estos niveles varían en correspondencia con el tipo de patología que presenta la paciente que transita por este centro de costo Sala 8B Perinatología que pueden ser propias de la paciente o adquiridas en el embarazo como la Hipertensión, la diabetes, cardiopatías, entre otras y a su vez la estancia que se requiere en la sala para el tratamiento, pues cada individuo necesita una atención diferente al resto aunque se trate de la misma patología o requiera el mismo servicio hospitalario.

De esta forma queda demostrado que el costo de la atención a un paciente no puede determinarse mediante la división del costo incurrido en un área de responsabilidad entre los pacientes atendidos en la misma, puesto que un paciente para su atención integral de salud, para una patología, enfermedad o servicio medico – asistencial va a

demandar de la institución en su conjunto en este caso, de varias áreas de responsabilidad del hospital (recepción, consulta, sala 8A, 8B, 7B, 5A) y atendiendo a las particularidades y características del individuo va a demandar un tipo de atención diferente del resto, aunque se trate de una patología como el parto único espontáneo donde generalmente las pacientes siguen similar trayectoria, pero difieren en medicamentos (tipos y cantidades), tiempo de hospitalización y cantidad de exámenes complementarios que se le practiquen.

Esto se fundamenta en los resultados de los costos por pacientes que se presentan en los Anexos 26 y 27.

CONCLUSIONES

1. El estudio realizado permitió fundamentar los elementos teóricos respecto a la contabilidad de costos en el sector de la salud y las tendencias actuales del costeo por pacientes y patologías.
2. El Hospital Provincial de Cienfuegos se rige por el manual de costos hospitalarios emitido por el Ministerio de Salud Pública para determinar el costo por pacientes, sin embargo no logra conocer el costo por paciente en la atención al Parto Único Espontáneo.
3. El procedimiento de costeo por pacientes Reyes & Pérez 2009 permite la determinación del costo por pacientes atendidos con Parto Único Espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos.
4. El parto único espontáneo nivel I en el Hospital Provincial de Cienfuegos, en el año 2012 arrojó un costo que oscila entre \$ 110.16 y \$ 400.73.
5. El parto único espontáneo nivel II y III en el Hospital Provincial de Cienfuegos, en el año 2012 arrojó un costo que oscila entre \$ 850.26 y \$ 1756.84.
6. El costo por paciente atendido con parto único espontáneo en el Hospital Provincial de Cienfuegos se ha incrementado en 5 años producto de los aumentos en los precios de medicamentos, tecnologías, así como de salario y otros elementos.

RECOMENDACIONES

1. Que se continúe insistiendo en la divulgación de la necesidad de que el costo en el sector de la salud debe responder a las características de los servicios que se prestan en esta institución.
2. Que se desarrollen acciones de capacitación al personal directivo, contable, médico y paramédico del Hospital Provincial de Cienfuegos que posibilite la comprensión de la necesidad del cambio que se precisa para obtener el costo por pacientes.
3. Que se propicien las condiciones organizativas, de infraestructura, materiales y humanas para la aplicación del costeo por pacientes en el Hospital Provincial de Cienfuegos.
4. Que se generalice el procedimiento presentado para el cálculo del costo a otras patologías y que se mantenga el cálculo anualmente para establecer las comparaciones pertinentes.
5. Que se realice un trabajo investigativo sobre el costo por pacientes atendidos en la sala 8B del Hospital Provincial de Cienfuegos por los servicios que se prestan en la atención personalizada a cada paciente y sus diferentes patologías.
6. Que se utilice esta tesis como bibliografía complementaria de la asignatura optativa costos hospitalarios para la carrera de Licenciatura en Contabilidad y Finanzas por la información actualizada que presenta.

BIBLIOGRAFÍA

- (2005) El Modelo del Direct Costing, y luego de transcurridos algunos años, fue definitivamente aceptado en el No. 27 de Research Report, bajo los auspicios de la entonces (NAA), actualmente Instituto of Management Accountants (IMA).
- Armenteros, M. & Vega, V., (2003). Evolución y perspectivas de la contabilidad de gestión en Cuba. Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión, I. Available at: <http://www.observatorio-iberoamericano.org/.htm> [Accedido Mayo 12, 2008].
- Arredondo A. (n.d). Economía de la Salud para América Latina: Un marco para análisis y la acción en sistema de salud, Lima: Universidad.
- Ayaviri García D. (n.d.) Contabilidad Básica y documentos mercantiles. Edición 1º; Argentina: Editorial "N-DAG".
- Backer, J. (2000). Contabilidad de Costos: un enfoque administrativo para la toma de decisiones. México: Editorial Mc Graw-Hill.
- Borras, F. & López, M., (1996). La contabilidad de gestión en Cuba, Madrid: AECA.
- Boter Maupi, F. (1923). Curso de Contabilidad. Barcelona.
- Cárdenas J, Cosme J. (2000). Eficiencia en la atención primaria de salud. Organización Panamericana de la Salud, 2000 (Serie Desarrollo de la Representación OPS / OMS Cuba.
- Cárdenas J M, Collazo H M, Cosme J J. (2001). Alcance y aplicación de la Economía de la Salud, 2001 (Serie Desarrollo de la Representación OPS / OMS Cuba.
- Colectivo de Autores. (1998). Finanzas y Créditos
- Colectivo de Autores. (1957). "Plan Contable General Francés".
- .
- Cortes, J. (1957). Contabilidad General: Biblioteca del hombre de negocios modernos Barcelona: Ed. Mentésó.
- Cosme J, Cárdenas J y Miyar R. (1999). Economía y Salud: Concepto, retos y estrategia. (Serie Desarrollo de la Representación OPS / OMS Cuba. No 22).
- C/Pufus Porem: (Accounting Method - University of Chicago Press - Chicago 1930).
- Cuba, Ministerio de Salud Pública. (1997) Parto Normal y Parto de riesgo. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de la Habana: Ed: Ciencias Médicas.

- Davidson, S. (2000). Manual de Contabilidad de Costos. México: Editorial Mc Graw-Hil.
- Demestre Á, Castells C.y González A. (2006). Decisiones Financieras, una necesidad empresarial.
- Dupuy, Y. (1992). Manual de control de gestión
- Fernández Fernández, A. (2000), "Contabilidad de Costes y Contabilidad de Gestión: una propuesta delimitadora".
- Fernández Muñoz, A. (1997). "Contabilidad de Gestión y excelencia empresarial".
- Guevara, E. (1970). "Consideraciones sobre los costos de la producción como base del análisis económico de las empresas sujetas a sistema presupuestario". La Habana: Editorial Casa de las América.
- Finney H.A. (1931). Principles of Accounting New. York: Ed. Prentice HALL Inc.
- Himmelblau, D. (1938). Fundamentos de la contabilidad, México.
- Horngren, Ch. T. y G. Foster.(1987). "Cost Accounting: A Managerial Emphasis". 6ta Edición,New Jersey:Ed. Prentice-Hall International, Englewood Cliffs,
- Int. América de Contadores Pública, Maldonados).
- Instituto Americano de Contadores Públicos Certificados (AICPA).
- Johnson, H. J. (2000). Activity-Based Management: Past, Present and Future, the Engineering Economist
- Kalis V, Turek J, Hudec A. Y Rokyta P.(2000). Meconium and its signficance. Ceska Gynekol ; 65(6)
- Kaplan, R. S.(n.d) "La evolución de la Contabilidad de Gestión. La crisis de los Sistemas de Contabilidad de Gestión". Cambio tecnológico y Contabilidad de Gestión. USA.
- Kaplan, R. & Cooper, R., (2003). Coste y Efecto, Barcelona. España: Gestión 2000 SA.
- Lang, T., (1966). Manual del contador de costos, México: Hispano Americana.
- Lawrence, W. B. (1960). "Contabilidad de Costos". Unión Tipográfica: Editorial Hispano América.
- López, M., (2007). Tendencias actuales del costo como herramienta de gestión. Available at: <http://www.degerencia.com/articulos.php?artid=680> [Accedido Octubre 1, 2008].
- Mallo Rodríguez, C. (1991). "Contabilidad Analítica. Costos, Rendimientos, Precios y Resultados". 4ta Edición. Ministerio de Economía y Hacienda de España: Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas.

- Mallo, C., (1991). Contabilidad analítica. Costes, rendimientos, precios y resultados, Madrid: Instituto de contabilidad y auditoria de cuentas.
- Marx, C. (1973). Sección Primera “La transformación de la plusvalía en ganancia y de la cuota de plusvalía en cuota de ganancia”. Capítulo I “Costo de producción y ganancia”. En “El Capital. Crítica de la Economía Política”. Cuba: Editorial de Ciencias Sociales.
- Mc Greevey, WP. (2000). Los altos costos de la atención de salud en Brasil. Brasil: Editorial Bol Of Sanit Panam.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública, (2012). Manual de costos hospitalarios.
- Montico, E. & Velarde, M., (2003a). La contabilidad de costos en instituciones de salud. Los costos y las empresas d salud en Uruguay. Available at: <http://www.gestiopolis.com/recursos4/docs/fin/contasalud.htm> [Accedido Marzo 3, 2007].
- Montico, E. & Velarde, M., (2003b). Una propuesta de costos para las empresas de salud II. Available at: <http://www.monografias.com/trabajos38/costos-empresas-salud/costos-empresas-salu2.htm> [Accedido Abril 1, 2007].
- Morton, Backer y Lyle J. (1967). “Contabilidad de Costos. Un enfoque administrativo y de Gerencia”. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Neuner, J. (2000) Contabilidad de Costos: Principios y Práctica. La Habana: Editorial UTEHA.
- Pedersen, H.W. (1958). “Los Costos y la Política de Precios”. 2da edición. Madrid: Editorial Aguilar,
- Osorio O.(1999). Conferencia inaugural del Congreso de Contabilidad auspiciado por la ANEC en 1999.
- Polimeni, Ralph S.; Frank J. Fabozzi y Arthur H. Adelberg. (1990).”Contabilidad de Costos. Conceptos y Aplicaciones para la Toma de Decisiones Gerenciales”. 2da. Edición México: Editorial Mc Graw-Hill.
- Polimeni, R., Fabrozzi, F. & Adelberg, A., (1994). Contabilidad de costos. Aplicaciones para la toma de decisiones gerenciales, Bogotá, Colombia: Mc Graw-Hill, Interamericana S.A.
- Reyes y Pérez, (2009). Determinación de los costos por pacientes en Instituciones hospitalarias cubanas. Su aplicación en el Hospital provincial de Cienfuegos. Tesis de Maestría. Universidad de la Habana.
- Sáez Torrecilla, A. y Gutiérrez Díaz, G.(1987). “Contabilidad de Costos”.
- Sáez Torrecilla, Á. (1993). “Cuestiones actuales de Contabilidad de Costos”,1993
- Schneider, Erich. (1972). “Contabilidad Industrial. Fundamentos y principales problemas”. 4ta Edición, Madrid: Editorial Aguilar S. A.
- Schwars RL, Duverges CA, y Díaz A. G.(1995). Riesgo Obstétrico y Perinatal. En: Obstetricia. 5 ed. Buenos Aires: El Ateneo.

Sydney, Davidson & Roman, L.(2006). Weil. BIBLIOTECA MCGRAW-HILL DE CONTABILIDAD. Tomo I; Edición 3º; Editorial MCGRAW-HILL.

Téllez, D., (2007). Costeo por órdenes de trabajo. Available at: http://www.wikilearning.com/costeo_por_ordenes_de_trabajo-wkccp-12962-3.htm [Accedido Julio 30, 2008.

Terán Gandarillas Gonzalo J. (n.d). Temas de contabilidad basica e intermedia; 4ta Edición. La Habana; Editorial Educación y Cultura.

Troncoso, G., (1992). Los costos en la actividad sanatorial. Determinación de los costos por patologías, Available at: <http://www.cpcecf.org.ar> [Accedido Abril 23, 2007].

Anexos

1. Evolución de la medición y control de costos.

Períodos	Aspectos Relevantes
Grandes Civilizaciones:	En la cultura egipcia, surge la Partida Simple, anotándose dichas transacciones en una hoja de papiro.
Siglo XIV:	Surgimiento de la Contabilidad de Costos.
El desarrollo del comercio:	Época de la teneduría de libros. El creciente comercio demanda necesidades superiores de información, apoyándose en la Partida Doble (desarrollada por Pacioli en 1494).
1776: Era Industrial	La Revolución Industrial trajo grandes cambios en la infraestructura económica de Inglaterra, originando la necesidad de actuar con mayor control sobre los elementos del costo. Se perfecciona la Partida Doble, naciendo los Estados Financieros.
1777:	Primera descripción de los costos de producción por procesos en una empresa fabricante de medias de hilo de lino.
1778:	Se empezaron a emplear los libros auxiliares en todos los elementos que tuvieran incidencia en el costo de los productos como salarios, materiales de trabajo y fechas de entrega.
1800:	Aparición de los costos conjuntos en la Industria Química.
1828 - 1839:	En Inglaterra, Babbge publica un libro en el que hace resaltar la necesidad de que las fábricas establezcan un Departamento de Contabilidad. Posteriormente a finales del siglo XIX, el autor Metcalfe publica su primer libro que denominó "Costos de manufactura".
1855:	El sistema de costos de "Lyman Mill", un molino textil de Nueva Inglaterra, permite a sus directivos controlar la eficiencia de la conversión en las fábricas de materia prima en una variedad de productos terminados, basado en los libros de contabilidad por Partida Doble de la empresa, y daba información acerca del costo de los productos terminados, de la productividad de los trabajadores, del impacto de los cambios de la distribución en planta, así como del control de recepción y uso del algodón.
1860 - 1870:	En los ferrocarriles de los EE.UU., se desarrollaron procedimientos contables para facilitar la planificación y control debido a la necesidad de registrar y resumir las transacciones monetarias. También generaron informes financieros sobre las operaciones de las subunidades de las grandes y dispersas geográficamente empresas de ferrocarril.
1880:	En los EE.UU. se crean las empresas de producción en masas tales como: tabaco, cerillas, detergentes, harina, películas fotográficas, industria de metal y de fabricación, adoptando los sistemas de contabilidad interna de los ferrocarriles a sus propias organizaciones. Es de señalar que la información sobre costos se centró exclusivamente en la mano de obra directa y los materiales. No se prestó atención a los costos fijos y a los costos de capital.
1889 - 1895:	Taylor, desarrolló la Contabilidad Analítica, la asignación de los costos indirectos, el cronometraje y el seguimiento de los tiempos de mano de obra directa, los estándares, la asignación de los costos indirectos mediante los tiempos de la mano de obra o de máquina, la gestión de las existencias y de las materias y la remuneración al rendimiento.
1890 - 1915:	Se diseña la estructura básica de la Contabilidad de Costos, se integran los registros de los costos a las cuentas generales en países como Inglaterra y Estados Unidos y se aportaron conceptos tales como: establecimiento de procedimientos de distribución de los costos indirectos de fabricación; adaptación de los informes y registros para los usuarios internos y externos; valuación de los inventarios, estimación de costos de materiales y mano de obra y la contabilización de los activos a su valor de adquisición. En 1903-1904, se encuentra documentalmente probado en estos países el uso de gráficos de punto muerto.

Períodos	Aspectos Relevantes
1907:	Como resultado de un largo proceso de innovaciones iniciado en 1902 bajo la tutela de los hermanos Du Pont, Donalson Brown, colaborador de Pierre Du Pont de Nemours al frente del grupo químico, inventó la fórmula que relaciona el índice de rentabilidad de capital, el índice de rentabilidad de la explotación, el índice de rotación de capital y el instrumento contable Retorno sobre la Inversión (ROI), el cual fue publicado posteriormente en 1912. Por primera vez, los diversos tipos de contabilidad utilizados hasta entonces de manera independiente (Contabilidad de Capital, Contabilidad Financiera, Contabilidad de Costos) estaban enlazados en un modelo único, global y coherente, y constituían una imagen económica completa de la empresa.
1908 -1909:	Harrington describe el valor de los costos estándar para la planificación temporal y el control.
1915 - 1920:	Church plantea la necesidad de controlar los costos indirectos a través de todo su recorrido por la empresa, procediéndose finalmente a su asignación en función de referencias distintas a las cargas directas, de tal manera que se posibilite una mejor identificación con el costo del producto.
1920 - 1930:	Clark presenta la relevancia de los distintos costos para propósitos distintos y su enfoque en torno a la conveniencia de reflejar separadamente el comportamiento de los costos, distinguiendo entre costos fijos y variables con respecto al producto y entre costos diferenciales e incurridos, con respecto a la toma de decisiones.
1930 - 1940	Vatter expuso conceptos y nociones referidos a la formación de presupuestos y al control de gestión; la distinción entre usuarios internos y externos; la relevancia y la subjetividad en la información para la gestión, etc.
1950: Era de la información	Caracterizada por el uso de macrocomputadoras que se limitaban a reproducir los sistemas de contabilidad manuales, por tanto, se hace necesario el análisis tanto del contenido como de los costos y de los sistemas de información para estudiar el impacto económico de una determinada demanda de sistemas informativos. Surgimiento de la Contabilidad de Gestión. Aparecen los sistemas de Costos Parciales. Su principal autor es Horngren.
1953:	El norteamericano Littleton, en vista del crecimiento de los activos fijos, definía la necesidad de amortizarlos a través de tasas de consumo a los productos fabricados como costos indirectos.
1955:	Surge el concepto de contraloría como medio de control de las actividades de producción y finanzas de las organizaciones.
1956 - 1957:	Cook, Dean, Stone y Hirschleifer inicialmente esbozan en sus estudios la implantación de la técnica de los precios de transferencia, para resolver los problemas derivados de la sección de servicios entre secciones en el contexto de los centros de responsabilidad.
1957:	Schneider propone la modelización del ciclo contable para la determinación del resultado interno.
1960:	Prevalece el concepto de Contabilidad Administrativa como herramienta del análisis de los costos de fabricación y como instrumento básico para el proceso de la toma de decisiones. Se inicia una corriente de aplicación de modelos cuantitativos a una variedad de problemas de control y planificación.
1961 - 1964:	Jaedicke (1961), Charnes y Cooper (1963) y Jaedike y Robicheck (1964) desarrollaron técnicas de análisis derivadas del Costeo Directo.
1965:	Anthony investigó sobre la planificación estratégica tradicional y control de gestión en el contexto del sistema presupuestario, diferenciando distintos niveles en el área de la planificación, control estratégico, de gestión y de ejecución.
1969 - 1971:	Shapley y Shubick (1969) y Thomas (1971) profundizan en los estudios sobre la asignación de los costos en la producción conjunta y su arbitrariedad.

Períodos	Aspectos Relevantes
1975 - 1982:	Holmstrom (1975), Shavell (1979) y Baiman (1982) trabajan sobre la aportación de la Teoría de la Agencia al sistema de relaciones que se establecen en cascada entre superiores y subordinados en el seno de la organización.
1977:	Simón esboza la Teoría relativa a la descentralización de las empresas en la toma de decisiones y asunción de responsabilidad encaminada a una más eficaz motivación y coordinación.
Antes de 1980:	Estancamiento de la Contabilidad de Costos con relación a otras ramas de la Contabilidad, pues el sistema de información financiera no incluía las bases de datos y archivos de la Contabilidad de Costos.
1980:	Surgimiento de la Contabilidad de Dirección Estratégica.
1981:	Jonson hizo resaltar la importancia de la Contabilidad de Costos y los sistemas de costos como herramienta clave para brindar la información a la gerencia sobre la producción. Surge el primer ordenador personal IBM.
Después de 1981:	Surgen sistemas de costeo tales como: <u>Just in Time (JIT)</u> o <u>Back-Flush Accounting</u> ; <u>Life-Cycle Costing</u> (Ciclo de Vida); <u>Throughput Accounting (T.A.</u> , método de costeo manejado en la Teoría de las Restricciones, <u>TOC</u> , su autor principal es Goldratt) y la Cadena de Valor. Florece el Costeo Basado en actividades. Sus principales autores Kaplan y Cooper (1987).

Fuente: [Tomado de Baujín (2005)]

2. Servicios que presta esta institución de salud cuando se decide la construcción del nuevo Hospital.

<u>Servicio Clínico</u>	<u>Servicio de Cirugía.</u>
Medicina Interna	Cirugía general
Cardiología	Ortopedia
Nefrología	Urología
Endocrinología	Oftalmología
Gastroenterología	<u>Otros servicios</u>
Oncología	Radiología
Dermatología	Salud mental
Alergia	Medicina Física
Psiquiatría	Icono patografía
<u>ORL</u>	Biblioteca
Maxilo Facial	Electromedicina
Angiología	Estadística
Anestesiología	Admisión, Archivo, Información
Coló proctología	Servicio Social
Salud mental	Radiología
Medicina Física	Medicina Legal
Icono patografía	Anatomía Patológica
<u>Servicios Laboratorio</u>	
Laboratorio clínico	
Microbiología	
Banco de Sangre	

Fuente: [Elaboración propia a partir de información recopilada en el Hospital Provincial de Cienfuegos]

3. Estructura Administrativa Actual.

DIRECTOR GENERAL

- Cuadros
- Ambulatorio
- Clínica Estomatológica
- Psicología
- Oficina de Atención a la Población
- Información

Atención a Extranjeros

Auditoría Médica

Vice Director Primero

Seguridad y Protección Física
Contabilidad Ingeniería Clínica
Mtto Constructivo
Mtto Equipos no Médicos
Operaciones
Electromedicina.

Vice Dirección Urgencia

Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente
Unidad de Cuidados Intensivos Clínicos
Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos
Departamento de Urgencias
Donación y Rescate de Órganos
Cuidados Integrales Cardiológicos
Neurocirugía
Laboratorio Clínico

Vice Dirección Clínica

Medicina Interna
Infeccioso
Geriatría
Nefrología
Neurología
Dermatología
Psiquiatría
Fisioterapia y Rehabilitación
Alergia
Gastroenterología
Oncología
Endocrinología
Radiología
Hematología- Transfusiones
Medicina Nuclear

Vice Dirección Quirúrgica

Cirugía General
Ortopedia
Anestesia y Reanimación
Cirugía Reconstructiva y Quemados
Urología
Máxilo Facial
ORL
Oftalmología
Angiología
Colo-Gastroenterología.

Vice Dirección Enfermería
Área Urgencias
Área Clínica
Área Quirúrgica
Central Esterilización
Servicio Social

Vice Dirección Materno Infantil
Obstetricia
Ginecología
Perinatología
Unidad de Parto- Partos
Neonatología
Servicio de interrupción de embarazo.

Vice Dirección de Epidemiología y Gestión de Calidad

Consejo de Evaluación de la Calidad
Epidemiología Hospitalaria
Admisión
Estadísticas
Informática
Medicina Legal
Farmacia
Microbiología
Anatomía Patológica

Vice Dirección Docente y de Investigaciones

Cátedras
Cátedra Clínica
Cirugía
Especialización Quirúrgica
Medios Diagnósticos
Enfermería
Dermatología
Materno Infantil

Biblioteca- Centro de Información
Centro de Capacitación
Joven Club de Computación
Consejo Científico
Unidad de Investigaciones.

Fuente: [Elaboración propia a partir de información recopilada en el Hospital Provincial de Cienfuegos]

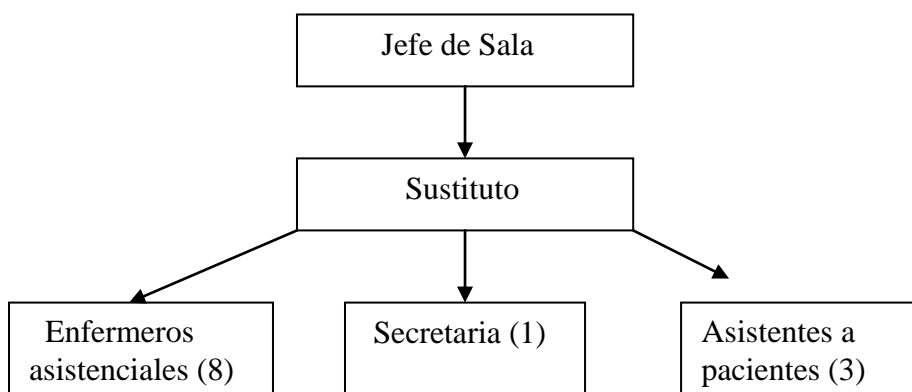
4. Tabla Información Estadística del año 2012.

Información Estadística
Año 2012.
Parto Único Espontáneo

	PARTOS ESPONTANEOS	DEFUNCIONES FETALES
ENERO	250	1
FEBRERO	175	4
MARZO	186	2
ABRIL	144	4
MAYO	154	5
JUNIO	174	3
JULIO	207	3
AGOSTO	262	10
SEPTIEMBRE	250	4
OCTUBRE	257	4
NOVIEMBRE	248	3
DICIEMBRE	221	0
TOTAL	2528	43

Fuente: [Elaboración propia a partir de información estadística recopilada en el Hospital provincial de Cienfuegos]

5. Organigrama de la Sala 5-A puerperio Mediato.



Fuente: [Elaboración propia]

6. 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
2. Presentar el protocolo del manejo de la patología	2.1 Nombrar la patología 2.2 Definir la patología 2.3 Presentar el criterio de diagnóstico 2.4 Establecer los exámenes auxiliares de diagnóstico 2.5 Presentar el manejo terapéutico 2.6 Presentar los criterios de alta

ETAPA II: DETERMINAR EL COSTO POR PACIENTES EN LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA



PASOS	TAREAS
3. Presentar el mapeo de los procesos	3.1 Confeccionar descripción escrita 3.2 Elaborar diagrama de flujo
4. Costear por paciente	4.1 Clasificar los elementos del costo para la salud atendiendo a la capacidad de asociarse 4.2 Determinar las bases de distribución para los elementos indirectos 4.3 Costear por pacientes atendiendo al recorrido que siguen dentro de la institución hospitalaria. 4.4 Acumular los costos por paciente. 4.5 Analizar los costos por paciente.

Fuente: [Tomado de Reyes y Pérez, 2009]

7. Niveles de atención de acuerdo a los factores de riesgo materno – fetal.

Seguimiento del Trabajo de Parto. 1er Nivel

Bienestar fetal 1er Nivel: No factores de riesgo. Edad gestacional entre 34 y 40.6 semanas.	Cuidados a realizar: Signos vitales cada 3 horas. Vigilancia de la FCF y DU cada 30 minutos. Examen vaginal o rectal no antes de 3 horas. Reevaluación de la progresión entre 3 y 6 horas jerarquizado por especialista.	Atendido por: Internos y enfermeras, pero supervisados. Post graduados o médicos generales. Residentes de 1er año.	Personal que realiza el parto: Enfermera de experiencia, alumnos de medicina y licenciatura en enfermería, médicos generales. Residentes de 1er año.
Bienestar materno 1er Nivel: Buena salud, enfermedades maternas compensadas en las que el trabajo de parto no causa repercusión sobre dicha entidad, edad mayor de dieciséis años.	Cuidados a realizar: Tomar signos vitales cada 3 horas, 9 en caso de RPM mayor de 12 horas tomar temperatura y pulso cada 2 horas, apoyo emocional.		
Progresión del parto 1er Nivel: Buena progresión inducción del parto excepto en fase de latencia prolongada que considera parto disfuncional.	Cuidados a realizar: Posición indiferente, evitando el decúbito supino, conservar las membranas sanas, evaluación de la dinámica uterina cada 30 minutos, evaluación del descenso.		

Seguimiento del Trabajo de Parto. 2do Nivel

Bienestar fetal 2do Nivel: Factores de riesgo asociados sin las alteraciones del bienestar fetal señaladas en el nivel III. Incluyen: EG menor de 37 semanas, 41 semanas y más, gemelar, enfermedades maternas propias o relacionadas con el embarazo que puedan repercutir en el bienestar del feto.	Cuidados a realizar: Signos vitales cada 3 horas, tacto vaginal o rectal no antes de las 3 horas, realizar CTG como método complementario de 3 horas, evaluar progresión y pronóstico cada 3 horas por especialistas.	Atendido por: Residentes de 2do, 3ero y 4to año, especialistas.	Personal que realiza el parto: Residentes de 2do, 3ero y 4to año, especialistas.
Bienestar materno 2do Nivel: Enfermedades propias o relacionadas con el embarazo en las que el trabajo de parto pueda repercutir sobre dicha enfermedad por ejemplo: rotura prematura de membranas sin signos	Cuidados a realizar: Tomar signos vitales cada 1 hora, apoyo emocional, si hay riesgo de hemorragia, canalización de vena, evaluación por anestesia, clasificación del grupo sanguíneo, localización de hemoderivados requeridos.		

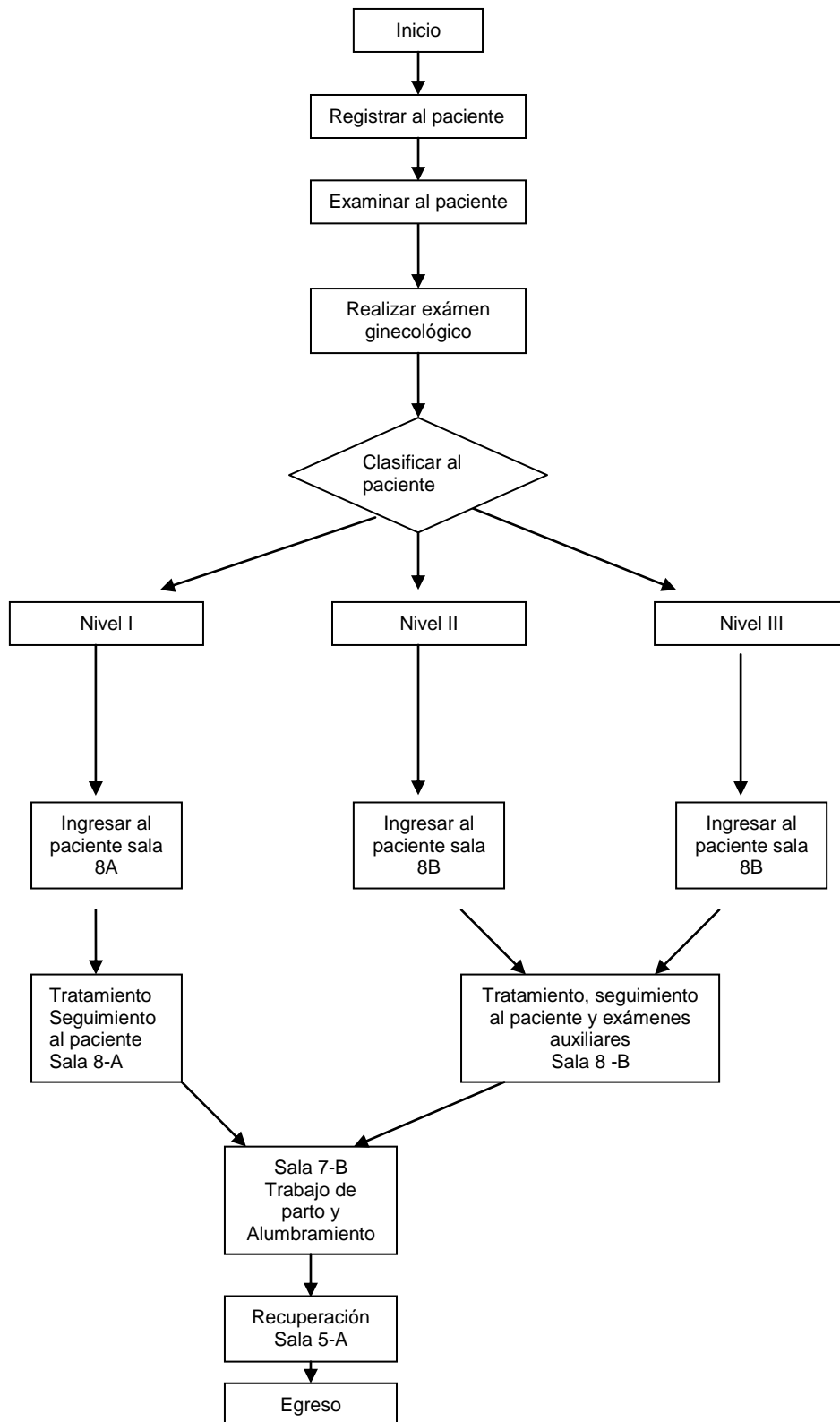
de infección cardiopatías, hipertensión, trombosis venosa, neuropatías, etc.			
Progresión del parto 2do Nivel: Trabajo de parto disfuncional	Cuidados a realizar: Estado materno, características de las contracciones uterinas, presencia de infección intrauterina, tolerancia al dolor y estado emocional, prepeso fetal, presentación y posición de la cabeza fetal.	Correcciones como: corrección postural, practicar amniotomía, iniciar uso de oxitócina, tocolizis, uso de antibióticos terapia, analgesia si es necesarios, canalización de venas, evaluación por anestesiista.	

Seguimiento del Trabajo de Parto. 3er Nivel

Bienestar fetal 3 Nivel: Alteraciones del bienestar fetal que planteen la sospecha de asfíxia. Incluyen: Líquido amniótico meconial al asociado a factores de riesgo o intensificación del mismo en ausencia de factores de riesgo Edad gestacional de 41 semanas asociado a oligoamnios y uso de axitocina.	Cuidados a realizar: Signos vitales cada 3 horas. En patologías maternas descompensadas ajustarse según caso. Tacto vaginal y rectal no antes de las 3 horas, CTG de 1 hora, evaluación de la progresión y pronóstico cada 3 horas por especialistas.	Atendido por: Residentes de 3ero y 4to año y especialistas.	Personal que realiza el parto: Residentes de 3ero y 4to año, especialistas.
Bienestar materno 3 Nivel: Enfermedades maternas descompensadas, presencia de coriamnionitis, sangramiento activo.	Cuidados a realizar: Cuidados del 2do nivel más monitorización continua de los parámetros vitales fundamentales de ser necesarios, participación del anestesiista en la atención, interconsulta con otros especialistas si es necesario		
Progresión del parto 3 Nivel: Prueba de trabajo de parto.	Cuidados a realizar: Garantizar las condiciones necesarias, presentación cefálica, madre en posición vertical si es posible, oxígeno, vaciamiento vesical, bolsas rotas, estimulación con oxitócina, garantizar estado materno fetal adecuado, evaluar bienestar fetal como nivel III y búsqueda de signos premonitorios de rotura uterina.		

Fuente: [Elaboración propia a partir de protocolo de atención médica del Parto normal]

8. Diagrama de Flujo. Parto Único Espontáneo.



Fuente: [Elaboración propia a partir de narración escrita]

9. Informe de Costo Acumulado. Año 2012.

Centro de Costo: 430 Cuerpo de guardia Ginecología-Obstetricia.

UM: Miles de pesos

Conceptos de gastos	Importe Acumulado	% que representa
Costos Directos	119.060	35.3
Materiales	59.840	17.8
Alimentos	0.14	0
Medicamentos	8.076	2.4
Material de Curación	42.542	12.6
Material de laboratorio	8.280	2.5
Instrumental medico	0.273	0.1
Otros materiales	0.568	0.2
Vestuario y lencería	0.87	0
Gasto de sangre	0.825	0.2
Salarios	37.981	11.3
Otros gastos directos	21.237	6.3
Contribución Seg. Social	5.421	1.6
Electricidad	10.948	3.2
Otros servicios productivos	3.625	1.1
Depreciación AFT	1.056	0.3
Costos indirectos	206.419	61.3
Costos aux. y Admón.	11.503	3.4
Total de Costos	336.982	100.0

Nivel de actividad cantidad

04 Casos atendidos 10.404

Fuente: [Elaboración propia a partir de informe de costo 430 Cuerpo de guardia Ginecología-Obstetricia del Hospital Provincial de Cienfuegos]

Centro de Costo: 342 Sala 8-A Obstetricia.

UM: Miles de pesos

Conceptos de gastos	Importe Acumulado	% que representa
Costos Directos	572.779	90.8
Materiales	46.131	7.3
Alimentos	22.443	3.6
Medicamentos	17.356	2.8
Material de Curación	2.444	0.4
Material de laboratorio	2.980	0.5
Instrumental medico	0.39	0
Otros materiales	0.418	0.1
Vestuario y lencería	0.451	0.1
Gasto de sangre	0.760	0.1
Salarios	452.525	71.8
Otros gastos directos	74.122	11.8
Contribución Seg. Social	59.242	9.4
Electricidad	7.785	1.2
Otros servicios productivos	5.478	0.9

Depreciación AFT	1.164	0.2
Costos indirectos	38.100	6.0
Costos aux. y Admón.	19.623	3.1
Total de Costos	630.502	100.0

Nivel de actividad cantidad

01 Días pacientes 4.508

02 Días camas reales 8.250

03 Egresados 3.226

Fuente: [Elaboración propia a partir de informe de costo 342 Sala 8A Obstetricia]

Centro de Costo: 345 Sala 8-B Perinatología.

UM: Miles de pesos

Conceptos de gastos	Importe Acumulado	% que representa
Costos Directos	283.708	81.2
Materiales	71.014	20.3
Alimentos	30.339	8.7
Medicamentos	34.489	9.9
Material de Curación	4.272	1.2
Material de laboratorio	0.108	0
Instrumental medico	0.53	0
Otros materiales	1.667	0.5
Vestuario y lencería	0.86	0
Gasto de sangre	1.040	0.3
Salarios	171.595	49.1
Otros gastos directos	41.097	11.8
Contribución Seg. Social	23.464	6.7
Electricidad	7.785	2.2
Otros servicios productivos	6.790	1.9
Depreciación AFT	2.736	0.8
Costos indirectos	40.732	11.7
Costos aux. y Admón.	25.036	7.2
Total de Costos	349.476	100.0

Nivel de actividad cantidad

01 Días pacientes 2.919

02 Días camas reales 5.235

03 Egresados 1.940

Fuente: [Elaboración propia a partir de informe de costo 345 Sala 8B Perinatología]

Centro de Costo: 339 Sala 7 - B Pre parto.

UM: Miles de pesos

Conceptos de gastos	Importe Acumulado	% que representa
Costos Directos	168.232	58.9
Materiales	52.483	18.4
Alimentos	20.761	7.3
Medicamentos	25.322	8.9
Material de Curación	3.759	1.3
Otros materiales	2.130	0.7

Vestuario y lencería	0.511	0.2
Gasto de sangre	1.228	0.4
Salarios	69.161	24.2
Otros gastos directos	46.586	16.3
Contribución Seg. Social	10.237	3.6
Electricidad	3.893	1.4
Otros servicios productivos	9.430	3.3
Depreciación AFT	24.561	8.6
Costos indirectos	90.158	31.6
Costos aux. y Admón.	27.066	9.5
Total de Costos	285.456	100.0

Nivel de actividad cantidad

01 Días paciente 1.480

02 Días camas reales 2.804

03 Egresados 2.548

Fuente: [Elaboración propia a partir de informe de costo 339 Sala 7B Pre parto]

10. Determinación de las tasas por días pacientes para la asignación de la electricidad y depreciación por centro de costo. Año 2012.

Nivel de actividad anual	Centro de costo	Base anual	Electricidad anual	Tasa de Electricidad anual	Depreciación anual	Tasa de Depreciación anual
Paciente atendidos	Cuerpo de Guardia	10 404	\$ 10 948.00	1.05229 \$/paciente atendido	\$ 1 056.00	0.10150 \$/paciente atendido
Días paciente	Sala 8-A obstetricia	4 508	7 785.00	1.72693 \$/paciente atendido	1 164.00	0.25821 \$/paciente atendido
Días paciente	Sala 8-B Perinatología	2 919	7 785.00	2.66701 \$/paciente atendido	2 736.00	0.93731 \$/paciente atendido
Días paciente	Sala 7-B Pre parto	1 480	3 893.00	2.63040 \$/paciente atendido	24 561.00	16.59528 \$/paciente atendido
Días paciente	Sala 5-A Puerperio Mediato	6 866	7 785.00	1.13385 \$/paciente atendido	2 066.00	0.30090 \$/paciente atendido
Totales		26 177	38 196.00		31 583.00	

Determinación de las tasas por días pacientes para la asignación de los alimentos y Otros servicios (lavandería) por centro de costo. Año 2012.

Nivel de actividad anual	Centro de costo	Base anual	Alimentos anual	Tasa de Alimentos anual	Otros servicios (lavandería) anual	Tasa de otros servicios anual
Paciente atendidos	Cuerpo de Guardia	10 404	\$ 14.00	0.00134 \$/paciente atendido	3 625.00	0.34842 \$/paciente atendido
Días paciente	Sala 8-A obstetricia	4 508	22 443.00	4.97848 \$/paciente atendido	5 478.00	1.21517 \$/paciente atendido
Días paciente	Sala 8-B Perinatología	2 919	30 339.00	10.39363 \$/paciente atendido	6 790.00	2.32614 \$/paciente atendido
Días paciente	Sala 7-B Pre parto	1 480	20 761.00	14.02770 \$/paciente atendido	9 430.00	6.37162 \$/paciente atendido
Días paciente	Sala 5-A Puerperio Mediato	6 866	28 152.00	4.10020 \$/paciente atendido	5 342.00	0.77804 \$/paciente atendido
Totales		26 177	101 709.00		30 665.00	

Fuente: [Elaboración propia a partir de los informes acumulados por centro de costo de la asignación de los elementos indirectos. Año 2012]

11. Cálculo del costo por paciente atendido en la consulta del cuerpo de guardia del Hospital Provincial de Cienfuegos

Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguia Lima
Cienfuegos

CÁLCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA TODAS LOS NIVELES DE PARTO ÚNICO ESPONTANEO

CUERPO DE GUARDIA. CONSULTA

COSTOS INDIRECTOS	UM	COSTO ANUAL	BASE	IMPORTE
Alimentos	Um.	\$140.00	10404	\$0.01346
Otros Materiales	Um	9121.00	10404	0.87668
Vestuario y lencería	Um.	870.00	10404	0.08362
Salario y seguridad social	Um.	43402.00	10404	4.17166
Electricidad	Um.	10948.00	10404	1.05229
Otros serv. Productivos (Lavandería, Mtto)	Um.	3625.00	10404	0.34842
Depreciación de activos fijos tangibles (AFT)	Um.	1056.00	10404	0.10150
Otros costos indirectos	Um	206419.00	10404	19.84035
Costo auxiliares y administración	Um.	11503.00	10404	1.10563
TOTAL COSTO POR PACIENTE				\$27.59361

Fuente: [Elaboración propia a partir de informe de costo 430 Cuerpo de guardia Ginecología-Obstetricia del Hospital Provincial de Cienfuegos]

Nota: La base corresponde a pacientes atendidos en Cuerpo de guardia.

12. Cálculo del costo unitario del examen Ginecológico para todas las pacientes de Parto Único Espontáneo en consulta del cuerpo de guardia del Hospital Provincial de Cienfuegos.

Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguia Lima de Cienfuegos

CÁLCULO DEL COSTO POR PACIENTE PARA EL PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO
EXÁMEN AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO: GINECOLÓGICO

<u>COSTOS DIRECTOS</u> MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Guantes	U	1	0.07000	0.07000
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				0.0700

Fuente: [Elaboración propia]

La distribución de los costos indirectos para este examen fueron determinados en el Anexo No 11 como parte del área de responsabilidad Cuerpo de guardia, es por ello que en este momento solo se relaciona el elemento directo.

13. Tasas para la asignación de los elementos indirectos a los pacientes en la sala 8A, atendiendo a los días pacientes.

Hospital Provincial de Cienfuegos. Dr. Gustavo Aldereguia Lima			
TASAS PARA LA ASIGNACIÓN DE LOS ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS A LOS PACIENTES POR DIA- PACIENTES			
SALA 8A OBSTETRICIA			
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	COSTO ANUAL	DPAC. ANUAL	TASA POR DÍAS PACIENTE
Salario y seguridad social	\$ 511767.00	4508	\$113.5241 8
Materiales	3437.00	4508	0.76242
Depreciación de activos fijos tangibles	1164.00	4508	0.25821
Electricidad	7785.00	4508	1.72693
Alimentación	22443.00	4508	4.97848
Vestuario y lencería.	451.00	4508	0.10004
Otros serv. productivos (Mtto, Lavandería)	5478.00	4508	1.21517
Costos auxiliares y administrativos	19623.00	4508	4.35293
Otros costos indirectos	38100.00	4508	8.45164
TOTALES	\$610248.00		\$135.3699 6

Fuente: [Elaboración propia a partir de informe de costo 342 Sala 8A Obstetricia]

14. Cálculo del costo MÍNIMO del tratamiento para un paciente atendido en la sala 8A del Hospital Provincial de Cienfuegos.

TRATAMIENTO EN SALA AL COSTO MÍNIMO

SALA 8A				
COSTOS INDIRECTOS	UM	TASA DIARIA	DIAS PACIENTE	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	\$113.52418	1 hora	\$ 4.73017
Materiales	Um.	0.76242	1 hora	0.03177
Depreciación de Activos fijos tangibles	Um.	0.25821	1 hora	0.01076
Electricidad	Um.	1.72693	1 hora	0.07196
Alimentos	Um.	4.97848	1 hora	0.20744
Vestuario y lencería	Um.	0.10004	1 hora	0.00417
Otros serv. Productivos (Mtto, lavandería)	Um.	1.21517	1 hora	0.05063
Costos auxiliares y administrativos	Um.	4.35293	1 hora	0.18137
Otros Costos indirectos	Um.	8.45164	1 hora	0.35215
TOTAL COSTOS INDIRECTOS				5.64042
TOTAL COSTO POR PACIENTE				\$5.64042

Fuente: [Elaboración propia a partir de protocolo de atención médica al paciente en la sala 8A]

Cálculo Auxiliar para 1 hora.

$$113.52418/24=4.73017$$

$$0.76242/24=0.03177$$

$$0.25821/24=0.01076$$

$$1.72693/24=0.07196$$

$$4.97848/24=0.20744$$

$$0.10004/24=0.00417$$

$$1.21517/24=0.05063$$

$$4.35293/24=0.18137$$

$$8.45164/24=0.35215$$

15. Cálculo del costo MÁXIMO del tratamiento para un paciente atendido en la sala 8A del Hospital Provincial de Cienfuegos.

TRATAMIENTO EN SALA AL COSTO MÁXIMO

SALA 8A				
COSTOS INDIRECTOS	UM	TASA DIARIA	DIAS PACIENTE	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	\$113.52418	1	\$113.52418
Materiales	Um.	0.76242	1	0.76242
Depreciación de Activos fijos tangibles	Um.	0.25821	1	0.25821
Electricidad	Um.	1.72693	1	1.72693
Alimentos	Um.	4.97848	1	4.97848
Vestuario y lencería	Um.	0.10004	1	0.10004
Otros serv. Productivos (Mtto, lavandería)	Um.	1.21517	1	1.21517
Costos auxiliares y por administrativos	Um.	4.35293	1	4.35293
Otros Costos indirectos	Um.	8.45164	1	8.45164
TOTAL COSTOS INDIRECTOS				135.37000
TOTAL COSTO POR PACIENTE				\$135.37000

Fuente: [Elaboración propia a partir de protocolo de atención médica al paciente en la sala 8A].

16. Tasas para la asignación de los elementos indirectos, fijos y/o mixtos a los pacientes en la sala 8B, atendiendo a los días pacientes.

Hospital Provincial de Cienfuegos. Dr. Gustavo Aldereguia Lima			
TASAS PARA LA ASIGNACIÓN DE LOS ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS A LOS PACIENTES POR DIA- PACIENTES			
SALA 8B PERINATOLOGÍA			
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	COSTO ANUAL	DPAC. ANUAL	TASA
Salario y seguridad social	\$195059.00	2919	\$66.82391
Materiales	1828.00	2919	0.62624
Depreciación de activos fijos tangibles	2736.00	2919	0.93731
Electricidad	7785.00	2919	2.66701
Alimentación	30339.00	2919	10.39363
Vestuario y lencería.	86.00	2919	0.02946
Otros serv. productivos (Mtto, Lavandería)	6790.00	2919	2.32614
Costos auxiliares y administrativos	25036.00	2919	8.57691
Otros costos indirectos	40732.00	2919	13.95409
TOTALES	\$ 310391.00		\$106.3347

Fuente: [Elaboración propia a partir de informe de costo 345 Sala 8B Perinatología]

17. Cálculo del costo MÍNIMO del tratamiento para un paciente atendido en la sala 8B del Hospital Provincial de Cienfuegos.

TRATAMIENTO EN SALA AL COSTO MÍNIMO

SALA 8B				
COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Eritromicina 250 mg	U	56	0,02500	1.400000
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				1.400000
COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	TASA DIARIA	DIAS PACIENTE	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	\$ 66.82391	7	\$467.76737
Materiales	Um.	0.62624	7	4.38368
Depreciación de Activos fijos tangibles	Um.	0.93731	7	6.56117
Electricidad	Um.	2.66701	7	18.66907
Alimentos	Um.	10.39363	7	72.75541
Vestuario y lencería	Um.	0.02946	7	0.20622
Otros serv. Productivos (Mtto, lavandería)	Um.	2.32614	7	16.28298
Costos auxiliares y por administrativos	Um.	8.57691	7	60.03837
Otros Costos indirectos	Um.	13.95409	7	97.67863
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				744.3429
TOTAL COSTO POR PACIENTE				\$745.7429

Fuente: [Elaboración propia a partir de protocolo de atención médica al paciente en la sala 8B]

Cálculo Auxiliar

Eritromicina 10 Tabletas = \$ 0.25 C/U = 0.025

1 día de tratamiento requiere de 8 tabletas = $0.20 \times 7 \text{ días} = \$ 1.40$

18. Cálculo del costo MÁXIMO del tratamiento para un paciente atendido en la sala 8B del Hospital Provincial de Cienfuegos.

TRATAMIENTO EN SALA AL COSTO MÁXIMO

SALA 8B				
COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Eritromicina 250 mg	U	112	0,02500	2.800000
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				2.80000
COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	TASA DIARIA	DIAS PACIENTE	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	\$ 66.82391	14	\$935.53474
Materiales	Um.	0.62624	14	8.76736
Depreciación de Activos fijos tangibles	Um.	0.93731	14	13.12234
Electricidad	Um.	2.66701	14	37.33814
Alimentos	Um.	10.39363	14	145.51082
Vestuario y lencería	Um.	0.02946	14	0.41244
Otros serv. Productivos (Mtto, lavandería)	Um.	2.32614	14	32.56596
Costos auxiliares y por administrativos	Um.	8.57691	14	120.07674
Otros Costos indirectos	Um.	13.95409	14	195.35726
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				1488.6858
TOTAL COSTO POR PACIENTE				\$1491.4858

Fuente: [Elaboración propia a partir del protocolo de atención médica en la sala 8B]

Cálculo Auxiliar

Eritromicina 10 Tabletas = \$ 0.25 C/U = 0.025

1 día de tratamiento requiere de 8 tabletas = $0.20 \times 14 \text{ días} = \$ 2.80$

19. Tasas para la asignación de los elementos indirectos a los pacientes en la sala 7B, atendiendo a los días pacientes.

Hospital Provincial de Cienfuegos. Dr. Gustavo Aldereguia Lima			
TASAS PARA LA ASIGNACIÓN DE LOS ELEMENTOS INDIRECTOS A LOS PACIENTES POR DIA- PACIENTES			
SALA 7B PRE PARTO			
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	COSTO ANUAL	DPAC. ANUAL	TASA
Salario y seguridad social	\$79398.00	1480	\$53.64730
Materiales	2130.00	1480	1.43919
Depreciación de activos fijos tangibles	24561.00	1480	16.59527
Electricidad	3893.00	1480	2.63040
Alimentación	20761.00	1480	14.02770
Vestuario y lencería.	511.00	1480	0.34527
Otros serv. productivos (Mtto, Lavandería)	9430.00	1480	6.37162
Costos auxiliares y administrativos	27066.00	1480	18.28784
Otros costos indirectos	90158.00	1480	60.91757
TOTALES	\$257908.00		\$174.2621 6

Fuente: [Elaboración propia de informe de costo 339 Sala 7B Pre parto]

20. Cálculo del costo MÍNIMO del tratamiento para un paciente atendido en la sala 7B del Hospital Provincial de Cienfuegos.

TRATAMIENTO EN SALA AL COSTO MÍNIMO

SALA 7B				
<u>COSTOS DIRECTOS</u> MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Oxitóxina (Ampula de 5 unidades)	U	1	\$ 0.30000	\$0.30000
Cloruro de Sodio (500g)	U	1	0.25000	0.25000
Mochita	U	1	0.03480	0.03480
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				\$ 0.58480
<u>COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS</u>	UM	TASA DIARIA	DIAS PACIENTE	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	\$53.64730	1 hora	\$2.23530
Materiales	Um.	1.43919	1 hora	0.05997
Depreciación de Activos fijos tangibles	Um.	16.59527	1 hora	0.69147
Electricidad	Um.	2.63040	1 hora	0.1096
Alimentos	Um.	14.02770	1 hora	0.58449
Vestuario y lencería	Um.	0.34527	1 hora	0.01439
Otros serv. Productivos (Mtto, lavandería)	Um.	6.37162	1 hora	0.26548
Costos auxiliares y por administrativos	Um.	18.28784	1 hora	0.76199
Otros Costos indirectos	Um.	60.91757	1 hora	2.53823
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$7.26092
TOTAL COSTO POR PACIENTE				\$7.84572

Fuente: [Elaboración propia a partir de protocolo de atención médica al paciente en la sala 7B]

Cálculo auxiliar

$$53.64730/24=2.23530$$

$$1.43919/24=0.05997$$

$$16.59527/24=0.69147$$

$$2.63040/24=0.1096$$

$$14.02770/24=0.58449$$

$$0.34527/24=0.01439$$

$$6.37162/24=0.26548$$

$$18.28784/24=0.76199$$

$$60.91757/24=2.53823$$

21. Cálculo del costo MÁXIMO del tratamiento para un paciente atendido en la sala 7B del Hospital Provincial de Cienfuegos.

TRATAMIENTO EN SALA AL COSTO MÁXIMO

SALA 7B				
COSTOS DIRECTOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Oxitóxina (Ámpula de 5 unidades)	U	4	\$ 0.30000	\$1.20000
Cloruro de Sodio (500g)	U	1	0.25000	0.25000
Mochita	U	1	0.03480	0.03480
Sulfato de Magnesio	U	1	0.20000	0.20000
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				\$ 1.68480
COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	TASA DIARIA	DIAS PACIENTE	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	\$53.64730	23 horas	\$51.41200
Materiales	Um.	1.43919	23 horas	1.37922
Depreciación de Activos fijos tangibles	Um.	16.59527	23 horas	15.90380
Electricidad	Um.	2.63040	23 horas	2.52080
Alimentos	Um.	14.02770	23 horas	13.44321
Vestuario y lencería	Um.	0.34527	23 horas	0.33088
Otros serv. Productivos (Mtto, lavandería)	Um.	6.37162	23 horas	6.10613
Costos auxiliares y por administrativos	Um.	18.28784	23 horas	17.52585
Otros Costos indirectos	Um.	60.91757	23 horas	58.37933
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$167.00122
TOTAL COSTO POR PACIENTE				\$168.68602

Fuente: [Elaboración propia a partir de del protocolo de atención médica en la sala 7B]

Cálculo auxiliar

$$53.64730/24=2.23530$$

$$1.43919/24=0.05997$$

$$16.59527/24=0.69147$$

$$2.63040/24=0.1096$$

$$14.02770/24=0.58449$$

$$0.34527/24=0.01439$$

$$6.37162/24=0.26548$$

$$18.28784/24=0.76199$$

$$60.91757/24=2.53823$$

22. Tasas para la asignación de los elementos indirectos a los pacientes en la sala 5A, atendiendo a los días pacientes.

Hospital Provincial de Cienfuegos. Dr. Gustavo Aldereguia Lima			
TASAS PARA LA ASIGNACIÓN DE LOS ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS A LOS PACIENTES POR DIAS- PACIENTES			
SALA 5A PUERPERIO MEDIATO			
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	COSTO ANUAL	DPAC. ANUAL	TASA
Salario y seguridad social	\$ 136126.00	6866	\$19.82610
Materiales	822.00	6866	0.11972
Depreciación de activos fijos tangibles	2066.00	6866	0.30090
Electricidad	7785.00	6866	1.13385
Alimentación	28152.00	6866	4.10020
Vestuario y lencería.	494.00	6866	0.07195
Otros serv. productivos (Mtto, Lavandería)	5342.00	6866	0.77804
Costos auxiliares y administrativos	14209.00	6866	2.06947
Otros costos indirectos	121187.00	6866	17.65030
TOTALES	\$316183.00		\$46.05053 por días pacientes

Fuente: [Elaboración propia a partir de informe de costo 324 Sala 5A Puerperio Mediato]

23. Cálculo del costo del tratamiento para un paciente atendido en la sala 5A del Hospital Provincial de Cienfuegos.

TRATAMIENTO EN SALA 5A

SALA 5A				
COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	TASA DIARIA	DIAS PACIENTE	IMPORTE
Salario y seguridad social	Um.	\$19.82610	36 horas	\$29.73915
Materiales	Um.	0.11972	36 horas	0.17958
Depreciación de Activos fijos tangibles	Um.	0.30090	36 horas	0.45135
Electricidad	Um.	1.13385	36 horas	1.70077
Alimentos	Um.	4.10020	36 horas	6.15030
Vestuario y lencería	Um.	0.07195	36 horas	0.10792
Otros serv. Productivos (Mtto, lavandería)	Um.	0.77804	36 horas	1.16706
Costos auxiliares y por administrativos	Um.	2.06947	36 horas	3.10420
Otros Costos indirectos	Um.	17.65030	36 horas	26.47545
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				69.07578
TOTAL COSTO POR PACIENTE				\$ 69.07578

Fuente: [Elaboración propia a partir del protocolo de atención médica en la sala 5A]

Cálculo Auxiliar

$19.82610/2=9.91305$ $0.11972/2=0.05986$ $0.30090/2=0.15045$
 $1.13385/2=0.566925$
 $4.10020/2=2.0501$ $0.07195/2=0.035975$ $0.77804/2=0.38902$
 $2.06947/2=1.034735$
 $17.65030/2=8.82515$

24. Resultados del costo mínimo y máximo por pacientes atendido con Parto Único Espontáneo Nivel I en el Hospital Provincial de Cienfuegos y rango del costo por paciente para las 92 historias clínicas analizadas. Año 2012.

Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima
CÁLCULO DEL COSTO POR PACIENTE (NIVEL I)

Atención hospitalaria del Parto Espontáneo Nivel I al costo mínimo

ANTES DE LA ATENCIÓN EN SALA	UM	CTDAD	COSTO		IMPORTE
			UNITARIO		
Cuerpo de guardia CONSULTA	Umon	1.000	\$ 27.59361		\$ 27.59361
Examen en consulta Cuerpo de guardia	Umon	1.000	-		-
TOTAL ATENCION CUERPO DE GUARDIA					\$ 27.59361
SALA 8A					
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS PACIENTES	TASA		IMPORTE
			DIARIA		
Salario y seguridad social	Umon	1 HORA	113.52418		\$4.73017
Materiales	Umon	1 HORA	0.76242		0.03177
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	1 HORA	0.25821		0.01076
Electricidad	Umon	1 HORA	1.72693		0.07196
Alimentos	Umon	1 HORA	4.97848		0.20744
Vestuario y lencería	Umon	1 HORA	0.10004		0.00417
Otros Serv. productivos (mtto, lavandería)	Umon	1 HORA	1.21517		0.05063
Costos auxiliares y Administrativos	Umon	1 HORA	4.35293		0.18137
Otros costos indirectos	Umon	1 HORA	8.45164		0.35215
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS					\$5.64042
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 8A					\$5.64042
SALA 7B					
MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO		IMPORTE
			UNITARIO		
Oxiticina (ampula de 5 Unidades)	U	1	0.30000		\$0.30000
Cloruro de Sodio 500mg	U	1	0.25000		0.25000
Mochita	U	1	0.03480		0.03480
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS			0.03		\$0.58480
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS PACIENTES	TASA		IMPORTE
			DIARIA		
Salario y seguridad social	Umon	1 HORA	53.64730		\$2.23530
Materiales	Umon	1 HORA	1.43919		0.05997
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	1 HORA	16.59527		0.69147
Electricidad	Umon	1 HORA	2.63040		0.10960
Alimentos	Umon	1 HORA	14.02770		0.58449
Vestuario y lencería	Umon	1 HORA	0.34527		0.01439
Otros Serv. productivos (mtto, lavandería)	Umon	1 HORA	6.37162		0.26548

Costos auxiliares y Administrativos	Umon	1 HORA	18.28784	0.76199
Otros costos indirectos	Umon	1 HORA	60.91757	2.53823
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$7.26092
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 7B				\$7.84572
SALA 5A				
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS PACIENTES	TASA DIARIA	IMPORTE
Salario y seguridad social	Umon	36 HORAS	19.82610	\$29.73915
Materiales	Umon	36 HORAS	0.11972	0.17958
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	36 HORAS	0.30090	0.45135
Electricidad	Umon	36 HORAS	1.13385	1.70077
Alimentos	Umon	36 HORAS	4.10020	6.15030
Vestuario y lencería	Umon	36 HORAS	0.07195	0.10792
Otros Serv. productivos (mtto, lavandería)	Umon	36 HORAS	0.77804	1.16706
Costos auxiliares y Administrativos	Umon	36 HORAS	2.06947	3.10420
Otros costos indirectos	Umon	36 HORAS	17.65030	26.47545
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$ 69.07578
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 5A				\$69.07578
COSTO MINIMO PACIENTES NIVEL I				\$110.15553

Fuente: [Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el cálculo de los costos mínimos de la atención al Parto Único Espontáneo, Nivel I]

Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima
CLCULO DEL COSTO POR PACIENTE (NIVEL I)

Atención hospitalaria del parto espontáneo nivel I al costo máximo

ANTES DE LA ATENCIÓN EN SALA	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia CONSULTA	Umon	1.000	\$ 27.59361	\$27.59361
Examen en consulta Cuerpo de guardia	Umon	1.000	-	-
TOTAL ATENCION CUERPO DE GUARDIA				\$27.59361
SALA 8A				
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS PACIENTES	TASA DIARIA	IMPORTE
Salario y seguridad social	Umon	1	113.52418	\$113.52418
Materiales	Umon	1	0.76242	0.76242
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	1	0.25821	0.25821
Electricidad	Umon	1	1.72693	1.72693
Alimentos	Umon	1	4.97848	4.97848
Vestuario y lencería	Umon	1	0.10004	0.10004
Otros Serv. productivos (mtto, lavandería)	Umon	1	1.21517	1.21517
Costos auxiliares y Administrativos	Umon	1	4.35293	4.35293
Otros costos indirectos	Umon	1	8.45164	8.45164
TOTAL COSTOS INDIRECTOS Y FIJOS				\$135.37000
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 8A				\$135.37000
SALA 7B				
MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO UNITARIO	IMPORTE
Oxiticina (ampula de 5 Unidades)	U	4	0.30000	\$1.20000
Cloruro de Sodio 500mg	U	1	0.25000	0.25000
Mochita	U	1	0.03480	0.03480
	U	1	0.20000	0.20000
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS			0.03	\$1.68480
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS PACIENTES	TASA DIARIA	IMPORTE
Salario y seguridad social	Umon	23 HORAS	53.64730	\$51.41200
Materiales	Umon	23 HORAS	1.43919	1.37922
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	23 HORAS	16.59527	15.90380
Electricidad	Umon	23 HORAS	2.63040	2.52080
Alimentos	Umon	23 HORAS	14.02770	13.44321
Vestuario y lencería	Umon	23 HORAS	0.34527	0.33088
Otros Serv. productivos (mtto, lavandería)	Umon	23 HORAS	6.37162	6.10613
Costos auxiliares y Administrativos	Umon	23 HORAS	18.28784	17.52585
Otros costos indirectos	Umon	23 HORAS	60.91757	58.37933
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$167.00122
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 7B				\$168.68602
SALA 5A				
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS PACIENTES	TASA DIARIA	IMPORTE

Salario y seguridad social INDIRECTOS	Umon	36 HORAS	19.82610	\$29.73915
Materiales	Umon	36 HORAS	0.11972	0.17958
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	36 HORAS	0.30090	0.45135
Electricidad	Umon	36 HORAS	1.13385	1.70077
Alimentos	Umon	36 HORAS	4.10020	6.15030
Vestuario y lencería	Umon	36 HORAS	0.07195	0.10792
Otros Serv. productivos (mtto, lavandería)	Umon	36 HORAS	0.77804	1.16706
Costos auxiliares y Administrativos	Umon	36 HORAS	2.06947	3.10420
Otros costos indirectos	Umon	36 HORAS	17.65030	26.47545
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$69.07578
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 5A				\$69.07578
COSTO MAXIMO PACIENTES NIVEL I				\$400.72541

Fuente: [Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el cálculo de los costos Máximos de la atención al Parto Único Espontáneo, Nivel I]

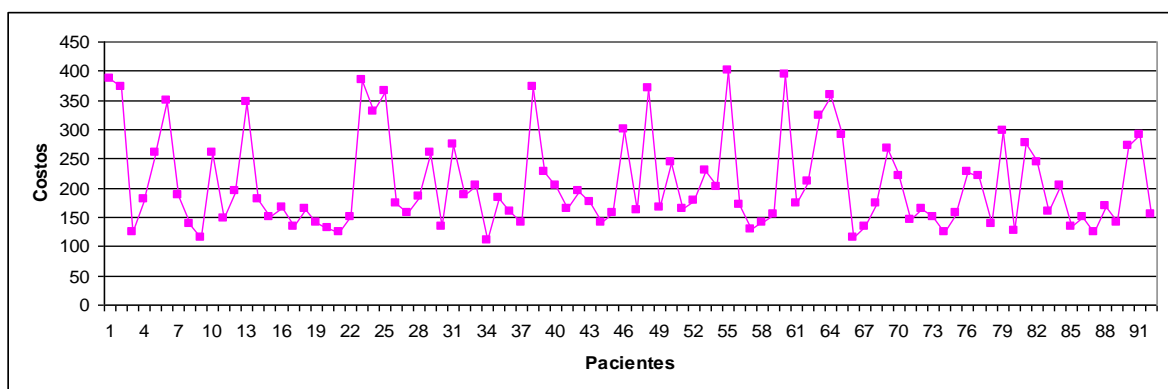
RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL CÁLCULO, COSTO POR PACIENTE CON PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO NIVEL I. AÑO 2012

OBJETO DE ESTUDIO: 92 HISTORIAS CLINICAS QUE CONSTITUYEN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA

HC	COSTO	HC	COSTO	HC	COSTO	HC	COSTO
1	\$387.25	24	330.48	47	160.92	70	220.32
2	373.77	25	365.32	48	369.37	71	144.96
3	123.64	26	174.12	49	166.56	72	163.12
4	180.72	27	157.20	50	243.82	73	149.36
5	259.61	28	184.44	51	165.04	74	123.64
6	349.64	29	259.12	52	177.84	75	157.20
7	187.60	30	133.68	53	228.60	76	228.25
8	139.32	31	274.80	54	200.40	77	220.41
9	115.80	32	188.56	55	400.73	78	137.12
10	259.61	33	204.24	56	172.20	79	298.81
11	147.16	34	110.16	57	129.28	80	125.84
12	195.44	35	181.96	58	140.56	81	276.65
13	346.81	36	159.68	59	154.04	82	243.44
14	180.72	37	140.56	60	392.89	83	158.44
15	149.36	38	373.16	61	173.16	84	204.24
16	166.28	39	227.76	62	212.08	85	133.68
17	133.68	40	204.76	63	322.33	86	149.36
18	165.04	41	163.84	64	357.48	87	123.64
19	141.52	42	194.76	65	290.57	88	168.76
20	131.48	43	176.32	66	115.80	89	141.52
21	123.64	44	141.52	67	133.68	90	271.01
22	149.36	45	157.20	68	172.88	91	290.57
23	383.81	46	299.21	69	266.96	92	155.28

MEDIA: \$ 206.92

Representación gráfica de los resultados del Costo por paciente atendidos Nivel I



Fuente: [Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el cálculo de las 92 historias clínicas de los costos mínimos y Máximos en la atención al Parto Único Espontáneo, Nivel I]

25. Resultado del costo mínimo y máximo del costo por paciente atendido con Parto único espontáneo Nivel II y III en el Hospital provincial de Cienfuegos.

**CÁLCULO DEL COSTO POR PACIENTE (NIVEL II y III)
atención hospitalaria del parto espontáneo nivel I al costo mínimo**

ANTES DE LA ATENCIÓN EN SALA	UM	CTDAD	COSTO	
			UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia CONSULTA	Umon	1.000	\$ 27.59361	\$ 27.59361
Examen en consulta Cuerpo de guardia	Umon	1.000	-	-
TOTAL ATENCION CUERPO DE GUARDIA				\$ 27.59361
SALA 8B				
MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO	
			UNITARIO	IMPORTE
Eritromicina 250 mg	U	56	0.025	\$1.40000
TOTAL MATERIALES Y MEDIAMENTO				\$1.40000
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS	TASA	IMPORTE
		PACENTE	DIARIA	
Salario y seguridad social	Umon	7	66.82391	\$467.76737
Materiales	Umon	7	0.62624	4.38368
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	7	0.93731	6.56117
Electricidad	Umon	7	2.66701	18.66907
Alimentos	Umon	7	10.39363	72.75541
Vestuario y lencería	Umon	7	0.02946	0.20622
Otros Serv. productivos (mtto, lavandería)	Umon	7	2.32614	16.28298
Costos auxiliares y Administrativos	Umon	7	8.57691	60.03837
Otros costos indirectos	Umon	7	13.95409	97.67863
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$ 744.34290
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 8B				\$ 745.74290
SALA 7B				
MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO	
			UNITARIO	IMPORTE
Oxiticina (ampula de 5 Unidades)	U	1	0.30000	\$0.30000
Cloruro de Sodio 500mg	U	1	0.25000	0.25000
Mochita	U	1	0.03480	0.03480
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				\$0.58480
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS	TASA	IMPORTE
		PACIENTES	DIARIA	
Salario y seguridad social	Umon	1 HORA	53.64730	\$2.23530
Materiales	Umon	1 HORA	1.43919	0.05997
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	1 HORA	16.59527	0.69147
Electricidad	Umon	1 HORA	2.63040	0.10960
Alimentos	Umon	1 HORA	14.02770	0.58449
Vestuario y lencería	Umon	1 HORA	0.34527	0.01439

Otros Serv. productivos (mtto, lavandería)	Umon	1 HORA	6.37162	0.26548
Costos auxiliares y Administrativos	Umon	1 HORA	18.28784	0.76199
Otros costos indirectos	Umon	1 HORA	60.91757	2.53823
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$7.26092
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 7B				\$7.84572
SALA 5A				
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS	TASA	
		PACIENTES	DIARIA	
Salario y seguridad social	Umon	36 HORAS	19.82610	\$29.73915
Materiales	Umon	36 HORAS	0.11972	0.17958
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	36 HORAS	0.30090	0.45135
Electricidad	Umon	36 HORAS	1.13385	1.70077
Alimentos	Umon	36 HORAS	4.10020	6.15030
Vestuario y lencería	Umon	36 HORAS	0.07195	0.10792
Otros Serv. productivos (mtto, lavandería)	Umon	36 HORAS	0.77804	1.16706
Costos auxiliares y Administrativos	Umon	36 HORAS	2.06947	3.10420
Otros costos indirectos	Umon	36 HORAS	17.65030	26.47545
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$69.07578
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 5A				\$69.07578
COSTO MÍNIMO PACIENTES NIVEL II Y III				\$850.2594

Fuente: [Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el cálculo de los costos mínimos de la atención al Parto Único Espontáneo, Nivel II y III]

Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima
CALCULO DEL COSTO POR PACIENTE (NIVEL II y III)
atención hospitalaria del parto espontáneo nivel II y II al costo máximo

ANTES DE LA ATENCIÓN EN SALA	UM	CTDAD	COSTO	
			UNITARIO	IMPORTE
Cuerpo de guardia CONSULTA	Umon	1.000	27.59361	\$ 27.59361
Examen en consulta Cuerpo de guardia	Umon	1.000	-	-
Total atención Cuerpo de Guardia				\$ 27.59361
SALA 8B				
MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO	
			UNITARIO	IMPORTE
Eritromicina 250 mg	U	112	0.025	\$2.80000
TOTAL MATERIALES Y MEDIAMENTO				\$2.80000
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS	TASA	IMPORTE
		PACENTE	DIARIA	
Salario y seguridad social	Umon	14	66.82391	\$935.53474
Materiales	Umon	14	0.62624	8.76736
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	14	0.93731	13.12234
Electricidad	Umon	14	2.66701	37.338140
Alimentos	Umon	14	10.39363	145.51082
Vestuario y lencería	Umon	14	0.02946	0.41244
Otros Serv. productivos (mto, lavandería)	Umon	14	2.32614	32.56596
Costos auxiliares y Administrativos	Umon	14	8.57691	120.07674
Otros costos indirectos	Umon	14	13.95409	195.35726
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$1488.68580
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 8B				\$1491.48580
SALA 7B				
MATERIALES Y MEDICAMENTOS	UM	CTDAD	COSTO	
			UNITARIO	IMPORTE
Oxiticina (ampula de 5 Unidades)	U	4	0.30000	\$0.30000
Cloruro de Sodio 500mg	U	1	0.25000	0.25000
Sulfato de Magnesio	U	1	0.20000	0.20000
Mochita	U	1	0.03480	0.03480
TOTAL MATERIALES Y MEDICAMENTOS				\$1.68480
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS	TASA	IMPORTE
		PACIENTES	DIARIA	
Salario y seguridad social	Umon	23 HORAS	53.64730	\$51.41200
Materiales	Umon	23 HORAS	1.43919	1.37922
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	23 HORAS	16.59527	15.90380
Electricidad	Umon	23 HORAS	2.63040	2.52080
Alimentos	Umon	23 HORAS	14.02770	13.44321
Vestuario y lencería	Umon	23 HORAS	0.34527	0.33088

Otros Serv. productivos (mtto, lavandería)	Umon	23 HORAS	6.37162	6.10613
Costos auxiliares y Administrativos	Umon	23 HORAS	18.28784	17.52585
Otros costos indirectos	Umon	23 HORAS	60.91757	58.37933
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$167.00122
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 7B				\$168.68602
SALA 5A				
ELEMENTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS	UM	DIAS PACIENTES	TASA DIARIA	IMPORTE
Salario y seguridad social	Umon	36 HORAS	19.82610	\$29.73915
Materiales	Umon	36 HORAS	0.11972	0.17958
Depreciación de Activo fijo tangible	Umon	36 HORAS	0.30090	0.45135
Electricidad	Umon	36 HORAS	1.13385	1.70077
Alimentos	Umon	36 HORAS	4.10020	6.15030
Vestuario y lencería	Umon	36 HORAS	0.07195	0.10792
Otros Serv. productivos (mtto, lavandería)	Umon	36 HORAS	0.77804	1.16706
Costos auxiliares y Administrativos	Umon	36 HORAS	2.06947	3.10420
Otros costos indirectos	Umon	36 HORAS	17.65030	26.47545
TOTAL COSTOS INDIRECTOS, FIJOS Y/O MIXTOS				\$69.07578
TOTAL COSTO POR PACIENTE SALA 5A				\$69.07578
COSTO MÍNIMO PACIENTES NIVEL II Y III				\$1756.84121

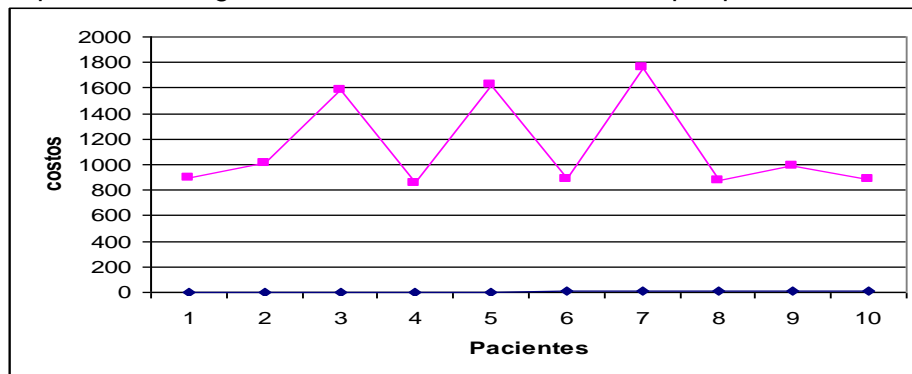
Fuente: [Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el cálculo de los costos máximos de la atención al Parto Único Espontáneo, Nivel II y III]

RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL CÁLCULO, COSTO POR PACIENTE ATENDIDO PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO NIVEL II y III. AÑO 2012
OBJETO DE ESTUDIO: 10 HISTORIAS CLÍNICAS QUE CONSTITUYEN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA

HC	COSTO	HC	COSTO
1	897.30	6	881.63
2	1007.06	7	1756.84
3	1576.50	8	865.94
4	850.26	9	975.70
5	1616.72	10	873.78

MEDIA: \$ 1130.17

Representación grafica de los resultados del Costo por paciente atendidos Nivel II y III.



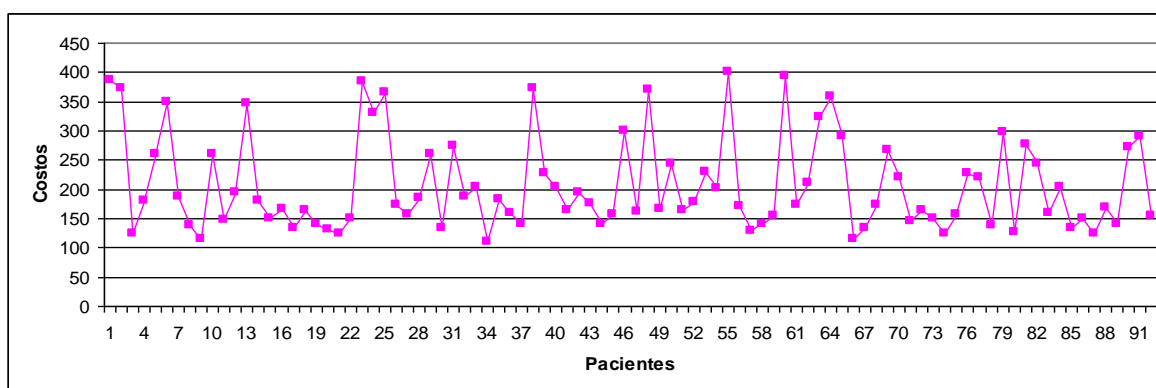
Fuente: [Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el cálculo de las 10 historias clínicas de los costos mínimos y Máximos en la atención al Parto Único Espontáneo, Nivel II y III]

26. RESUMEN DE LA OBTENCIÓN DE LOS COSTO POR PACIENTE CON PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO NIVEL I. AÑO 2012.

HC	COSTO	HC	COSTO	HC	COSTO	HC	COSTO
1	\$387.25	24	330.48	47	160.92	70	220.32
2	373.77	25	365.32	48	369.37	71	144.96
3	123.64	26	174.12	49	166.56	72	163.12
4	180.72	27	157.20	50	243.82	73	149.36
5	259.61	28	184.44	51	165.04	74	123.64
6	349.64	29	259.12	52	177.84	75	157.20
7	187.60	30	133.68	53	228.60	76	228.25
8	139.32	31	274.80	54	200.40	77	220.41
9	115.80	32	188.56	55	400.73	78	137.12
10	259.61	33	204.24	56	172.20	79	298.81
11	147.16	34	110.16	57	129.28	80	125.84
12	195.44	35	181.96	58	140.56	81	276.65
13	346.81	36	159.68	59	154.04	82	243.44
14	180.72	37	140.56	60	392.89	83	158.44
15	149.36	38	373.16	61	173.16	84	204.24
16	166.28	39	227.76	62	212.08	85	133.68
17	133.68	40	204.76	63	322.33	86	149.36
18	165.04	41	163.84	64	357.48	87	123.64
19	141.52	42	194.76	65	290.57	88	168.76
20	131.48	43	176.32	66	115.80	89	141.52
21	123.64	44	141.52	67	133.68	90	271.01
22	149.36	45	157.20	68	172.88	91	290.57
23	383.81	46	299.21	69	266.96	92	155.28

MEDIA: \$ 206.92

Representación gráfica de los resultados del Costo por paciente atendidos Nivel I

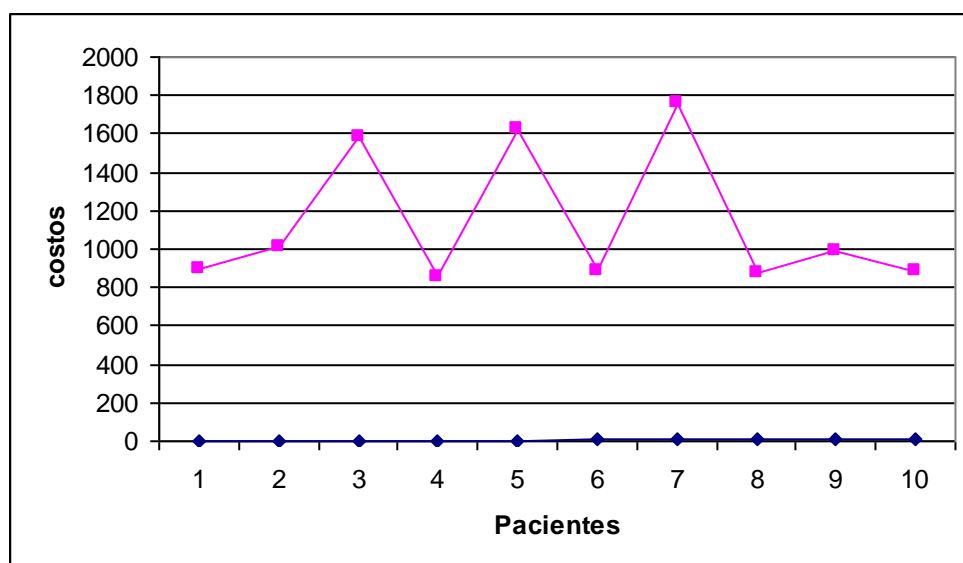


Fuente: [Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el cálculo de los costos mínimos y Máximos en la atención al Parto Único Espontáneo, Nivel I]

27. RESUMEN DE LA OBTENCIÓN DE LOS COSTO POR PACIENTE CON PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO NIVEL II Y III. AÑO 2012.

HC	Costo
1	\$897,30
2	1007,06
3	1576,5
4	850,26
5	1616,72
6	881,63
7	1756,84
8	865,94
9	975,70
10	873,78

Representación gráfica de los resultados del Costo por paciente atendidos Nivel II y III.



Fuente: [Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el cálculo de los costos mínimos y Máximos en la atención al Parto Único Espontáneo, Nivel II y III]