

Universidad de Holguín
Facultad de Ciencias Económicas y Administración
Departamento de Contabilidad y Finanzas

*Tesis en opción al título de Licenciada en Contabilidad
y Finanzas*

*Título: Impacto de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria
en el costo y en la calidad de la asistencia médica del Hospital
Pediátrico Provincial de Holguín "Octavio de la Concepción de la
Pedraja" en el periodo 2012-2016*

Autora: Yailín Martínez Fernández

*Tutoras: DraC. Norma Sánchez Paz
Dra. Deysi Lorenzo Felipe*

Holguín, 2017

“Los profesionales de la Salud, necesitan de cierta preparación y conocimiento en los aspectos económicos”

Fidel Castro Ruz
Reunión Sector de la Salud, 2003

Agradecimientos

- *A mi tutora Norma por haberme apoyado, enseñado y guiado en el proceso de esta investigación. A mi tutora Deysi por su oportuna colaboración.*

- *A mis padres, esposo y hermano por su comprensión y ayuda excepcional en estos años de carrera.*

- *A la Dra. Dulce, la enfermera Alina, al colectivo del Departamento de Epidemiología, y a todo el personal del Hospital Pediátrico de Holguín que aportaron enormemente a este trabajo.*

- *A mi familia, amigas y compañeros de estudios que constantemente estuvieron apoyándome.*

Dedicatoria

Quisiera dedicar este trabajo a mis padres, esposo y a mi hermano que siempre estuvieron presentes, apoyándome incondicionalmente en estos años de carrera.

RESUMEN

Las infecciones hospitalarias, enfermedad endemo-epidémica de los hospitales, por su frecuencia, y el alto costo de su tratamiento, se sitúan como problema para la salud pública a nivel mundial pues constituyen un importante factor socio- económico dado su impacto en los gastos y muy asociado a la calidad de la asistencia sanitaria lo que ha conducido a establecer programas nacionales de prevención y control. En el Hospital Pediátrico Provincial de Holguín, aún con la reducción del índice de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, continúa como prioridad su enfrentamiento a través de las investigaciones intencionadas hacia los servicios con mayor prevalencia. En el servicio de terapia intensiva, se pudo determinar el costo más elevado de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, dado el comportamiento de su impacto en el costo total en el período 2012 – 2016, y muy relacionado con la presencia de no conformidades en el proceso de la calidad de la atención ofrecida identificadas en los análisis especializados realizados a través del Comité de Calidad y la información percibida por familiares y trabajadores. Los resultados obtenidos favorecieron el perfeccionamiento de la actual política de la institución hacia la reducción de la enfermedad asociada a la asistencia sanitaria en función de la calidad de la atención de los servicios, optimizar la utilización del presupuesto asignado, influir en el desempeño del hospital y su impacto en el mejoramiento de la salud de la población infanto-juvenil que atiende, incluida la satisfacción de los servicios.

ABSTRACT

Hospital infections, endemic epidemics of hospitals, because of their frequency and the high cost of their treatment, are a problem for public health at a global level because they are an important socio-economic factor, given their impact on the costs and closely associated with the quality of health care, which has led to the establishment of national prevention and control programs. In the Holguín Provincial Pediatric Hospital, even with the reduction of the number of infections associated with health care, priority continues to be confronted through intentional investigations into the services with the highest prevalence. In the intensive care unit, it was possible to determine the highest cost of healthcare associated infections, given the behavior of their impact on the total cost in the period 2012-2016, closely related to the presence of nonconformities in. The process of quality of care offered identified in the specialized analyzes carried out through the Quality Committee and information perceived by family and workers. The results obtained favored the improvement of the current policy of the institution towards the reduction of the disease associated with health care based on the quality of the care of the services, optimize the use of the allocated budget, influence the performance of the hospital and its impact on improving the health of the child and adolescent population it serves, including the satisfaction of services.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE LOS COSTOS HOSPITALARIOS Y COSTOS POR ENFERMEDAD	6
1.1 Contabilidad de Costos	6
1.2 Economía de la Salud. Evaluaciones económicas	12
1.3 El Sistema de Costos en el contexto del sector Salud Pública	19
1.4 Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y su impacto en los costos hospitalarios	26
1.5 Relación entre Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y calidad del servicio	30
CAPÍTULO II: ESTUDIO PARCIAL DEL COSTO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO PROVINCIAL DE HOLGUÍN “OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN DE LA PEDRAJA” EN EL PERIODO 2012-2016	33
2.1 Caracterización del hospital pediátrico universitario de Holguín “Octavio de la Concepción de la Pedraja”	33
2.2 Metodología para el estudio parcial de costos	35
2.3 Aplicación de la metodología en el Hospital Pediátrico Provincial de Holguín “Octavio de la Concepción de la Pedraja” a las Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria en la sala de Terapia Intensiva	39
CONCLUSIONES GENERALES	52
RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	54

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria (IAAS), también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso.

El riesgo de sufrir una IAAS parece incrementarse con el tiempo de estancia hospitalaria y varía de forma considerable dependiendo de las características del paciente y de los cuidados recibidos, así como del servicio en que esté ingresado el paciente.

Esas infecciones suponen no sólo una complicación para el paciente, con el consiguiente perjuicio para su salud o un retraso en el tiempo de curación e incremento en la estancia hospitalaria, sino que tienen consecuencias económicas considerables para los sistemas sanitarios de los diferentes países, tal como numerosos estudios han puesto de manifiesto pues los pacientes hospitalizados en servicios especializados, que desarrollan una infección nosocomial, permanecen ingresados un tiempo 2,5 veces más largo que los que no se infectan y representan un costo en hospitalización tres veces superior (Revert, 2005).

El concepto de infecciones nosocomiales ha traspasado el ámbito hospitalario y por eso hoy en día se habla de IAAS, que se refiere a todas las infecciones que puede desarrollar el paciente como consecuencia de la asistencia o atención recibida en el hospital, en centros de especialidades, centros de diálisis, centros de media o larga estancia, rehabilitación, hospital de día o en asistencia domiciliaria.

En los hospitales, la prevalencia de las IAAS varía entre un 5,7% a 19,1%, con una prevalencia global de 10,1%. En los países desarrollados, estas infecciones afectan entre el 5% y el 15% de los pacientes hospitalizados y en los países subdesarrollados estas cifras son superiores, dada la menor disponibilidad de recursos para programas de prevención y seguridad sanitaria.

La presencia de estas infecciones en una institución de salud es siempre motivo de preocupación para directivos y trabajadores, y también para la sociedad, pues los gastos asociados al tratamiento de esas enfermedades incrementan los costos totales, y en la población se genera desconfianza e inseguridad en relación a esa institución, es

decir, ellas influyen en los costos y constituyen un indicador de calidad de la asistencia sanitaria.

El sistema de Salud cubano no está exento de esta problemática y reconoce la importancia de considerar las IAAS como un objeto prioritario de salud. Por tal motivo, a partir de 1968 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), planteó la necesidad de realizar actividades de investigación sobre este tema, cuyos resultados llevaron a crear en 1973 un Comité de Prevención y Control de infección intrahospitalarias.

La atención sistemática de estas enfermedades hace que se integren en 1983 en el Programa Nacional de Prevención y Control de la Infección Intrahospitalaria; en 1985, se ratifica el funcionamiento del Comité y en el Reglamento de Hospitales (MINSAP, 1984, 1985), y en 1992 pasa a formar parte del Programa de Garantía de la Calidad de la Atención Médica Hospitalaria (MINSAP, 1992). En 1996, al profundizar en esta problemática, se reorienta el Programa Nacional de Prevención y Control de la Infección Intrahospitalaria, con un enfoque local (MEDISAN, 2013), donde se establece la necesidad de que los hospitales tengan protocolizados sistemas de vigilancia y de control de las IAAS; definiéndose el derecho a la salud y garantizando que las instituciones sanitarias dispongan de los recursos necesarios para una asistencia de calidad.

Como parte de los estudios que se ejecutan a través del Proyecto de investigación “Economía de la Salud. Administración y gestión de recursos para un servicio de calidad”, que desarrolla el Departamento Docente de Economía de la Universidad de Holguín, se pudo conocer que en el Hospital Pediátrico Provincial de Holguín “Octavio de la Concepción de la Pedraja”, aunque en los últimos años ha disminuido la cantidad de pacientes que adquieren IAAS, continua siendo prioridad la búsqueda de alternativas para llevar estos casos a niveles mínimos, dado su impacto en la calidad del servicio y en el incremento de los costos por tratamientos de enfermedades que surgen por causas involuntarias pero en su mayoría evitables.

Durante los años 2011-2015, un total de 1048 pacientes adquirieron algún tipo de infección hospitalaria en dicha institución, siendo los servicios más afectados los de Neonatología (147), Cirugía (126) y Terapias (317). Se conoció además que solo se

determinan los costos totales por servicios y no se calculan y registran los costos asociados a las infecciones nosocomiales de forma independiente, por lo que se desconoce el impacto de estos en la ejecución del presupuesto, lo cual impide la realización de análisis económicos objetivos que sirvan de argumento para evaluar la cantidad de recursos que se gastan en el tratamiento de estas enfermedades y que pudieran ser utilizados para mejorar la calidad del servicio que presta el hospital.

Por otra parte, aunque el Hospital Pediátrico de Holguín es una institución de salud de reconocido prestigio por la calidad del servicio que ofrece, no solo a la población de la provincia sino a otras provincias vecinas, los resultados de encuestas realizadas por el Comité de Control de Calidad muestran opiniones de preocupación de los familiares acompañantes por la posibilidad de que sus pacientes contraigan más dolencias de las que ya posee, y algunos hasta proponen hacer el tratamiento en la casa, como fue corroborado en el diagnóstico realizado previamente a esta investigación, lo cual afecta la imagen de la institución y representa un **problema social** a resolver en el territorio.

Teniendo en cuenta que estos elementos constituyen una problemática que es considerada de gran importancia en la política socioeconómica del Partido y la Revolución, específicamente a través de los lineamientos No 7; 123 y 127, actualizados y aprobados en el VII Congreso del Partido Comunista de Cuba, en coordinación con el Departamento de Epidemiología, se propuso a la dirección del hospital realizar la presente investigación en la Sala de Terapia Intensiva por ser la de mayor índice de prevalencia de las IAAS y fue definido como **Problema científico** a resolver el siguiente:

¿Cuál es el costo de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en el servicio de terapia intensiva del Hospital Pediátrico Universitario "Octavio de la Concepción de la Pedraja" de Holguín y su impacto en el costo total y en la calidad de la asistencia médica en el período 2012 – 2016?

El **Objeto de estudio** se centra en los costos hospitalarios, y se propone como **Objetivo General**: Determinar el costo de las IAAS en los pacientes ingresados en la Sala de Terapia Intensiva y su impacto en el costo total y en la calidad de la asistencia

médica del Hospital Pediátrico Universitario "Octavio de la Concepción de la Pedraja" de Holguín, en el período comprendido en los años 2012 – 2016.

Campo de acción: Los costos por IAAS y su impacto en los costos hospitalarios en el Hospital Pediátrico Universitario "Octavio de la Concepción de la Pedraja" de Holguín en los años 2012 – 2016.

La investigación de parte de la **Hipótesis** de que la determinación de los costos asociados a las IAAS en el Hospital Pediátrico Universitario "Octavio de la Concepción de la Pedraja" de Holguín, y su impacto en el costo hospitalario total y en la calidad del servicio, puede servir de argumento a la dirección del hospital para trazar políticas que contribuyan a la disminución de estas enfermedades.

Para el desarrollo de la investigación se cumplieron las siguientes tareas:

- 1- Revisar y analizar la bibliografía disponible para ampliar y profundizar los conocimientos sobre el objeto de estudio y fundamentar teóricamente las propuestas de solución al problema científico identificado.
- 2- Caracterizar la institución sanitaria objeto de estudio.
- 3- Calcular los costos que se generan por esta enfermedad y todos los elementos a evaluar desde el punto de vista económico.
- 4- Evaluar el impacto de las IAAS en la calidad del servicio.
- 5- Análisis de los resultados.

Dentro de la investigación fue asumida la concepción dialéctico-materialista como principal criterio metodológico y se emplearon de forma interrelacionada métodos teóricos y empíricos, así como procedimientos y técnicas de investigación.

Entre los métodos teóricos: el método histórico para el análisis y determinación de los antecedentes, caracterización y conceptualización del objeto de investigación; y entre los métodos lógicos el hipotético-deductivo para diagnosticar el sistema de costos hospitalarios y el cálculo del impacto de los costos por enfermedades asociadas a la asistencia sanitaria.

Entre los métodos empíricos fue utilizada la observación científica directa e indirecta para el conocimiento del problema mediante el vínculo con relación al objeto y la

revisión de estudios e investigaciones precedentes para adquirir conocimiento sobre la investigación.

Los procedimientos empleados estuvieron dados por el análisis y síntesis de la información obtenida, la literatura revisada y de la experiencia declarada por especialistas que aportaron elementos valiosos para el análisis del objeto de estudio, así como de la revisión de las historias clínicas para saber cualitativa y cuantitativamente los datos del servicio y sintetizar los gastos incurridos por la infecciones nosocomiales.

Las técnicas de investigación incluyeron entrevistas no estructuradas a médicos y enfermeras de terapia intensiva; y encuestas a acompañantes de pacientes ingresados y en Cuerpo de Guardia, así como a trabajadores del hospital (médicos y personal de servicio) para evaluar indicadores de calidad del servicio, cuyos cuestionarios aparecen en anexos.

La estructura del informe final de la investigación, que se presenta como Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciada en Contabilidad y Finanzas, consta de introducción, dos capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos. En el Capítulo I se abordan los aspectos que caracterizan el estado del arte del objeto de investigación y en el Capítulo II se aplica el procedimiento metodológico propuesto por Pupo (2015) para calcular y analizar costos por enfermedad en instituciones de salud.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE LOS COSTOS HOSPITALARIOS Y COSTOS POR ENFERMEDAD

1.1 Contabilidad de Costos

La Contabilidad de Costos es la rama de la Contabilidad que trata de la clasificación, contabilización, distribución y recopilación de información sobre los costos corrientes y en perspectiva.

Teniendo en cuenta que los costos representan los recursos consumidos y aplicados a las actividades de un período económico determinado, en el campo de la Contabilidad de Costos se incluye: el diseño y la operación de sistemas y procedimientos de costos; la determinación de costos por departamentos, funciones, responsabilidades, actividades, productos, territorios, periodos y otras unidades; así mismo, los costos futuros previstos o estimados y los costes estándar o deseados, así como también los costos históricos; la comparación de los costos de diferentes periodos; de los costos reales con los costos estimados, presupuestados o estándar, y de los costos alternativos (MINSAP, 2013).

El contador de costos clasifica los costos de acuerdo a patrones de comportamiento, actividades y procesos con los cuales se relacionan productos a los que corresponden y otras categorías, dependiendo del tipo de medición que se desea. Teniendo esta información, el contador de costos calcula, informa y analiza el costo para realizar diferentes funciones como la operación de un proceso, la fabricación de un producto y la realización de proyectos especiales. También prepara informes que coadyuvan a la administración para establecer planes y seleccionar entre los cursos de acción por los que pueden optarse. En general los costos que se reúnen en las cuentas sirven para tres propósitos generales:

1. Proporcionar informes relativos a costos para medir la utilidad y evaluar el inventario (Estado de resultados y balance general).
2. Ofrecer información para el control administrativo de las operaciones y actividades de las unidades (Informes de control).
3. Proporcionar información a la administración para fundamentar la planeación y la toma de decisiones (análisis y estudios especiales).

Es primordial para las entidades, organizaciones y empresas llevar a cabo una correcta planificación y organización de todos los recursos con que cuenta para ejercer su

actividad, incluyendo recursos materiales, financieros y capital humano. Para ello, es necesario tener en cuenta una serie de factores, entre ellos la determinación y análisis de los costos, para mejorar la toma de decisiones sobre producir o no un determinado producto o servicio, así como el modo en que se va a realizar.

La Contabilidad de Costos es una rama de la contabilidad general que sintetiza y registra los costos de los centros fabriles, de servicios y comerciales de una empresa con el fin de que puedan medirse, controlarse e interpretarse los resultados de cada uno de ellos a través de la obtención de costos unitarios y totales. Sus principales propósitos son: contribuir al control de las operaciones y, facilitar la toma de decisiones. (Balanda, 1995)

El autor Neuner (Jimenez, 2014) define la Contabilidad de Costos como: "Una fase ampliada de la Contabilidad General de una entidad industrial o mercantil, que proporciona rápidamente a la gerencia los datos relacionados con los costos de producir o vender cada artículo o de suministrar un servicio particular". Se trata en este caso de una rama de Contabilidad que intenta recopilar, clasificar, registrar, distribuir e informar sobre los costos incurridos en la transformación de bienes.

Los fines que persigue la contabilidad de costos se resumen en los siguientes objetivos:

- Control de operaciones y de gastos: este objetivo consiste en exigir una técnica eficaz para el control de sus operaciones y una buena determinación de sus costos, siendo un propósito constante de las empresas en actividad competitiva, el bajar sus costos, con eficiencia en el trabajo, sustituyendo materiales, reduciendo los gastos fijos, y modificando una serie de factores que dan lugar a una superación absoluta.
- Información amplia y oportuna: los costos reflejan su valor con relación a la utilidad con base en los datos suministrados en el momento oportuno, claros y bien presentados y en la medida que los directivos hagan uso de esa información.
- Determinación correcta del costo unitario: En base a la información de costos se tomarán decisiones estratégicas tan importantes como fabricación de nuevos productos, modificaciones de los procesos de producción, fijación de precios de venta, control de costos, rentabilidad de productos, incrementos o decrementos de capacidad productiva o cierre de un centro, compromisos de compra, sustitución de equipos productivos, adquisición de equipos que economicen mano de obra, subcontratación, etc.

En dependencia de "cómo" se acumulan los costos para costear la producción, los sistemas de costos se clasifican en:

Costo por órdenes: Este sistema proporciona un registro separado para el costo de cada cantidad de producto que pasa por la fábrica. A cada cantidad de producto en particular se le llama orden.

Costo por procesos: En este sistema, los costos son acumulados por cada departamento o proceso en la fábrica.

Sistema de costos por departamento: Es muy parecido al sistema de costos por procesos, pero con la diferencia que este sistema depende de los departamentos por los cuales ha tenido que pasar el producto. (Balanda, 1995)

En todo sistema de costo deben establecerse los métodos, normas, procedimientos que rigen la planificación, el proceso de registro de los gastos, determinación y análisis del costo atendiendo a los lineamientos ramales, por lo que es aconsejable que se preparen presupuestos por áreas de responsabilidad, elaboración de las fichas de costo por productos o servicios, los gastos deben ser registrados por elementos y partidas.

La contabilidad de costos y sus antecedentes históricos

La historia de la contabilidad y de su técnica está ligada al desarrollo del comercio, la agricultura y la industria. Tiene sus orígenes remotos en la antigua Mesopotamia; se han encontrado documentos contables de 4500 años de antigüedad, con determinaciones de los costos de salarios, existencias de inventarios y otros elementos.

También pueden citarse ejemplos históricos a lo largo de los imperios y civilizaciones que siguieron cronológicamente hasta llegar a la organización gremial como base socioeconómica de la producción en la Edad Media, donde se instauraron los primeros Sistemas de Costo por Órdenes de Fabricación, acumulando los costos de materiales y mano de obra. Luego con la invención de la imprenta por Gutenberg (1450), esta técnica fue renovada, se perfeccionaron los registros y libros de contabilidad, lo que sirvió igualmente para instaurar los primeros sistemas de costeo. Hasta la primera mitad del siglo XV se puede apreciar el inicio y desarrollo, apenas insipiente, de la Contabilidad de Costos y de los Sistemas de Costos; sin embargo, el verdadero desarrollo y perfeccionamiento de estos sistemas se puede relacionar con la historia del desarrollo de

la Revolución Industrial (1780), cuyo éxito dependió tanto de las invenciones mecánicas, como de la ampliación de la capacidad de producción, proveniente de la extensión en gran escala y del principio de especialización del trabajo, lo que dio lugar a una descenso espectacular del costo unitario de los productos; aunque en esta época no se puede hablar de una auténtica contabilidad de costos, pues inicialmente los costos de materia prima y mano de obra directa constituían la mayor parte del costo total del producto, sin exigencias especiales o complicaciones en el cálculo del costo, por lo que se aplicaban los modelos inorgánicos históricos, sin necesidad de abordar la problemática de la distribución de los costos indirectos (Vega, s.f).

A principios del siglo XX el método que se utilizó era el Absorbente o Total. Este método se empleaba con el fin de proteger los activos utilizados, que se controlaban a través del Estado de Resultado, constituyendo éste el mejor método para los informes externos. Al elevarse el nivel de complejidad se hizo necesario preparar informes que facilitaran la información para la toma de decisiones y es cuando en los años treinta surge una nueva opción: el Costeo Directo o Variable, aunque se conoce que en 1908 existió una compañía que había implantado un Sistema de Costo que le permitía la acumulación separada de los costos fijos y variables; pero no es hasta enero de 1936 que el boletín de la Asociación Nacional de Contadores de Costos de EE.UU. publicó el primer artículo que se conoce sobre el Costo Directo.

Con el artesanado, tomó auge la contabilidad debido al crecimiento de los capitalistas y el aumento de tierras privadas, lo que provocó la necesidad de disponer de control sobre las materias primas asignadas al artesano, quien ocupaba su lugar de trabajo.

Otro período clave para el desarrollo de la Contabilidad de Costos lo fue el año 1939 cuando se publicó la primera versión del libro "Contabilidad Industrial" de Schneider. El aporte de Schneider en el sentido de introducir de forma global a la contabilidad en la planificación y control sobre costos, rendimientos y resultados, constituye un antecedente directo de la actual Contabilidad de Costos. (Vega, s.f.)

El inicio de la literatura contable queda circunscrito a la obra del franciscano Fray Luca Paccioli de 1494 titulado "La Summa de Arithmética, Geometría Proportioni et Proportionalité", en donde se considera el concepto de partida doble por primera vez.

Pero, no es a partir la década del cincuenta del pasado siglo donde se aprecia un avance en el desarrollo de la Contabilidad de Costos, ya que aparecen los primeros manuales y obras que tratan sobre: presupuestos, costos estándares, fijación de precios, costos en la producción conjunta, costos de oportunidad, sistemas de costos y toma de decisiones. En la década del sesenta se publicaron numerosos artículos y libros que resaltaban, entre otros aspectos, la contabilidad por área de responsabilidad y departamental, el análisis de los costos especiales y la contabilidad para la toma de decisiones (Vega, s.f.).

La contabilidad de costos en Cuba

La práctica contable cubana posee una rica historia iniciada a finales del siglo XIX, consolidándose en el año 1927 con el inicio de los Estudios Superiores de Contabilidad en la histórica Universidad de La Habana y durante la Pseudo-República logró alcanzar su mayor esplendor en la década de los años 50, coincidiendo con el surgimiento de la Contabilidad de Gestión.

En el período anterior a 1959, la normalización contable cubana estuvo muy influenciada por la práctica contable norteamericana, lo cual se hace extensivo a nuestras universidades, donde tanto en materia de Contabilidad Financiera, como en Contabilidad de Costos y de Gestión, se combinan bibliografías de autores cubanos y norteamericanos; lo cual aún está presente en las aulas universitarias, con la diferencia de que actualmente estos autores se combinan eficazmente con una amplia gama de libros y artículos procedentes de diversos confines del mundo, donde si bien es cierto que siguen predominando autores cubanos y norteamericanos, cada vez desempeñan un papel más protagónico los especialistas de las ramas contables de España.

Puede decirse que a partir de 1959, los cambios ocurridos en la vida nacional fueron debilitando la influencia norteamericana, y en los años de la década del 60, por la primacía de concepciones reconocidas posteriormente como erróneas, desaparecen las relaciones monetarias-mercantiles entre las empresas y virtualmente con ellas la Contabilidad, la cual se ve limitada al control económico.

La práctica contable cubana vuelve a renacer en 1975, pero ahora encontrándose muy influenciada por las concepciones contables que prevalecían en los antiguos países socialistas de Europa del Este, al formar parte Cuba de los países miembros del Consejo

de Ayuda Mutua Económica (CAME). A partir de ese momento comienzan sucesivos cambios en la Contabilidad cubana, que se pueden enmarcar en tres etapas sucesivas de perfeccionamiento:

1ª etapa (1977-1986): Establecimiento de un sistema de Contabilidad instrumentado mediante un documento contentivo del contenido económico de las cuentas a utilizar y los aspectos por los cuales se debitaba y acreditaba; Sistema Informativo; Normas y Procedimientos; y ejemplos ilustrativos.

La aplicación práctica dio lugar a múltiples adiciones y modificaciones que trajeron efectos negativos como: exceso de modelos informativos, se priorizó el registro contable en función de las necesidades informativas de los niveles superiores, se frena la iniciativa de los contadores en aras del cumplimiento de la gestión, los planes de estudio en las universidades en materia de Contabilidad de Gestión se ven muy influenciados por los países miembros del CAME y adolecen de un conjunto de herramientas enfocadas a la toma de decisiones gerenciales, etc.

2ª etapa (1987-1992): Ocurren transformaciones dirigidas a la simplificación del Sistema Nacional de Contabilidad (SNC), se suprimen cuentas y subcuentas, se descentralizan funciones y se racionalizan modelos y anexos del Sistema Informativo. Sin embargo, el lenguaje no homologable con el que regía a nivel internacional, dada la herencia de la participación de Cuba en el CAME, lo que entraba en franca contraposición con los cambios en el contexto mundial y la proyección inmediata y futura de la economía cubana.

3ª etapa (1993-actual): Gran flexibilidad de la práctica contable cubana, comunicación con socios extranjeros al adoptar terminología homologable con la práctica contable internacional, se inicia el proceso de Perfeccionamiento Empresarial en el cual las diversas ramas de la Contabilidad desempeñan un importante papel.

La necesidad de la evolución de la Contabilidad cubana se encuentra condicionada en gran medida por la conveniencia de homogeneización con la práctica contable más difundida y aplicada en el mundo globalizado de hoy, elemento imprescindible para la integración económica de Cuba al universo de la comunidad internacional y razón por la cual, a pesar de las transformaciones realizadas en los últimos años en el modelo

económico cubano, el sistema contable ha permanecido estable según los principios internacionalmente aceptados.

1.2 Economía de la Salud. Evaluaciones económicas

Hace más de un siglo que diferentes hombres de ciencias, y en particular destacados economistas, vienen abordando la estrecha relación entre la economía y la salud. En los últimos años esto ha cobrado fuerza en organismos e instituciones internacionales, como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, entre otros (Cosme y Cárdenas, 2007).

En cualquier país el análisis de esta vinculación reviste singular importancia por varias razones, entre ellas, la repercusión que tiene la salud sobre la economía referida al capital humano; la proporción del gasto de salud dentro del producto interno bruto (PIB), y la equidad por la estructura de ingresos y la calidad de vida.

Ya en 1890, el economista norteamericano Alfred Marshall sentenciaba: “La Salud y la fortaleza física, espiritual y moral, son la base de la riqueza social; al mismo tiempo la importancia fundamental de la riqueza material radica en que si se administra sabiamente, aumenta la salud y la fortaleza física, espiritual y moral del género humano”, aborda así un nuevo concepto de Salud, donde esto no sólo es la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar sicosocial.

En los años 1951, 1952 y 1957, los economistas Winslow y Myrdal argumentaban, entre otras cuestiones, que la inversión en salud ofrece grandes dividendos en capital humano; que los costos en salud debían proporcionar ganancias económicas por concepto de la disminución de la morbilidad (enfermedad) y mortalidad de la fuerza de trabajo; y que los programas de salud deberían estar integrados al desarrollo económico general (Cosme, 2007).

En 1988, la OMS relaciona la salud con la economía, cuando se prolonga la vida útil del trabajador, se disminuye el pago de incapacidades, es baja la tasa de morbilidad y se incrementa la productividad del trabajo; todo lo que contribuye a liberar recursos para otros fines.

En el campo teórico la Economía de la Salud vincula a las Ciencias Médicas y a las Ciencias Económicas. En ese estrecho vínculo se aportan conocimientos científicos, así

como métodos y enfoques que conforman un marco teórico metodológico de beneficio común.

Algunos autores definen la Economía de la Salud como la Ciencia Económica que estudia la acción de las leyes, objetivos económicos, condiciones y factores que aseguran la satisfacción máxima de las necesidades de la sociedad en la atención médica y protección de la salud de la población con los gastos mínimos de trabajo social y manual, por tanto se puede considerar que la Economía de la Salud es, en síntesis, la aplicación de las ciencias económicas en el campo de la salud (Cárdenas, 2001).

Según Gálvez (2004), la salud y la economía constituyen un binomio que se relaciona de forma activa. Probablemente no exista una decisión en salud que no conlleve a una implicación económica. La interacción entre la economía y la salud se puede apreciar desde dos perspectivas diferentes. La primera se evidencia a través del impacto que tiene el sistema de salud como condicionante del bienestar de la población, como determinante de la productividad del trabajo y en la formación de capital humano; la segunda, a través la influencia del sistema de salud de manera cuantitativa y cualitativa en el crecimiento de la economía nacional, lo que refuerza su importancia como sector económico.

Entre otros temas, la Economía de la Salud, incluye el significado y medida de los estados de salud; la producción de los servicios sanitarios; la demanda por salud y por servicios de salud; análisis de costo efectividad y de costo beneficio; salud territorial; mecanismos de salud; mercados de servicios de salud; financiamiento; coste de enfermedades; evaluación de opciones en los servicios de salud; planeamiento de recursos humanos; la oferta de las industrias conexas; equidad y determinantes de inequidad en el uso de servicios de salud; gestión económica de hospitales; presupuestos; asignación territorial de recursos; métodos de remuneración al personal y análisis comparativo de sistemas. (Culyer, 2005)

Una singularidad de la Economía de la Salud reside en las características especiales de la salud como bien económico, las cuales no se miden exclusivamente en términos de rentabilidad como sucede con otros bienes. La salud no tiene precio, aunque para recobrarla o mantenerla sea preciso incidir en costos. Independientemente de que la

salud tiene implicaciones económicas, presenta diferencias esenciales con otros campos relacionados con la economía, fundamentalmente porque a la salud no sólo le compete un aspecto de utilidad, sino también el de que constituye una necesidad básica para la población. Los niveles de salud en una población están influidos por la estructura económica de una sociedad, y el sistema de producción influye de manera concluyente en la salud. (Ortún, 1992)

Los principales campos de aplicación de la Economía de la Salud son múltiples. En la actualidad se pueden apreciar sistematizadas las distintas áreas de trabajo que ofrece la disciplina y se plantean una serie de interrelaciones entre cada uno de los campos propuestos, lo que permite una visión integrada de las posibilidades de aplicación de la Economía de la Salud. Estos campos no han sido explorados de forma similar; se han estudiado unos más profundamente que otros como: Salud y su valor económico, Determinantes y condicionantes de la salud, Demanda de atención, Ofertas de servicios, Equilibrio de mercado, Evaluación de instrumentos de política, Planificación, Regulación y Supervisión y Evaluación de los Instrumentos Generales del Sistema. (Mérida, 2006)

La aplicación más conocida de la Economía de la Salud es la evaluación económica, la cual requiere de unos conocimientos aparentemente sencillos, pero que para los economistas tiene barreras como la del necesario conocimiento técnico e institucional de los problemas de salud y servicios sanitarios. (Hidalgo, Coruguedo, & del Llano, 2005).

Evaluación Económica

La Evaluación Económica es un conjunto de técnicas que se utilizan para comparar las opciones abiertas para el decisor, en una situación de elección relacionada con un conjunto de posibles cursos de acción. Se está en presencia de evaluaciones económicas completas, cuando se ejecuta una secuencia de fases de identificación, medición y valoración de los efectos, tanto sobre los recursos, como sobre la salud, de las opciones comparadas. Cuando se deja de considerar al menos uno de estos tres elementos se denominan evaluaciones económicas parciales.

Su utilidad depende directamente de su consistencia y comparabilidad. Una forma para lograr esto es que los investigadores cuenten con Guías o Normas Metodológicas, para

el desarrollo de su trabajo. Las Guías tienen como objetivo dirigir a los investigadores hacia las buenas prácticas analíticas y metodológicas, sus recomendaciones son genéricas y brindan discrecionalidad en la elección entre opciones (Gálvez, 2003).

Métodos de evaluación Económica en la Salud

En la salud, la evaluación económica es una herramienta de gestión que permite la toma de decisiones a partir del cálculo de costos y/o la descripción o evaluación de consecuencias de una o varias alternativas de tratamientos, dirigidas a lograr el uso eficiente y equitativo de los escasos recursos destinados a este sector. En la práctica se reconocen distintos métodos de evaluación económica, de acuerdo al objetivo que se quiere lograr con el estudio y a los elementos que se considerarán dentro de ésta. (Phelps, 1992)

A continuación se muestra una tabla en la que se exponen los distintos métodos de evaluación económica en salud.

Tabla 1. Clasificación de evaluaciones económicas en el sector Salud

	Examinan solo consecuencias (Ev. Sanitarias)	Examinan solo costes (Ev. Financieras)	Examinan costes consecuencias (Ev. Económicas)
Comparan una opción	Descripción de consecuencias	Descripción de costos (impacto presupuestario y coste de la enfermedad)	Descripción de costos y consecuencias
Comparan dos o más opciones	Evaluación de la eficacia, de la efectividad o de la utilidad	Análisis de costos	Minimización de costos Costo - beneficio Costo - efectividad Costo - utilidad

Fuente: Drummond (1997).

La clasificación realizada por Drummond propone que los métodos de evaluación económica se dividen en parciales y completos atendiendo a tres elementos: costos, consecuencias o resultados y alternativas. Si al menos se adolece de uno de estos tres elementos, el estudio se clasifica como parcial.

Las evaluaciones económicas parciales evalúan costos, beneficios o costos y beneficios de una sola opción. No se comparan con otra u otras alternativas teniendo la

imposibilidad de escoger entre la mejor de las distintas opciones que se pudieran presentar para obtener mejores resultados (Gálvez, 2003).

Descripción de consecuencias: Según Gálvez (2001), es un tipo de evaluación sanitaria donde no hay comparación de alternativas, ni se analizan los costos, por lo que no permite evaluar eficiencia, solo se puede utilizar para medir efectividades, eficacias o calidades de vida de forma aislada o comparativamente respecto de otros lugares o momentos de tiempo.

Descripción de costos: Dentro de esta clasificación deben considerarse los llamados costos de la enfermedad o peso de la enfermedad (describen el costo de la enfermedad para la sociedad) y el análisis o estudio de impacto presupuestario. Es un tipo de evaluación financiera, que examina aquellos costos que se generan a causa de la realización de una intervención, que se plantea como alternativa exclusiva o vía única para atender determinado objetivo sanitariamente deseable (MINSAP, 2009).

Descripción de costos y consecuencias: En este tipo de análisis no son tenidas en cuenta otras alternativas, es un tipo de evaluación económica parcial mediante la que se examinan de forma simultánea los costos y los resultados que se registran a causa de la realización de una intervención sanitaria, planteada como estrategia exclusiva para alcanzar determinado objetivo. En este tipo de estudio se clasifican aquellos en que para determinada enfermedad se calculan los costos y los resultados que puedan tener. Los análisis de costos comparan opciones y tienen en cuenta los costos, pero no incluyen los resultados otros estudios parciales (Jimenez, 2014).

Con este estudio, los médicos, gerentes, planificadores o decisores, van a obtener la información necesaria para de forma implícita o explícita hacer elecciones enfocadas a tomar decisiones sobre el mejor uso de los recursos disponibles; teniendo en cuenta que pueden ser muchos o pocos, pueden ser de alta o baja calidad, pero siempre van a ser limitados. Además, en otros casos, con la información proveniente de este tipo de estudios, los directivos de cualquier institución, o el personal médico podrán hacer una mejor evaluación desde la óptica económica, del gasto en que incurren por prestar un determinado servicio a la sociedad, poniendo a su disposición los recursos que se tengan, y haciendo un uso eficiente de estos (Rodríguez, 2000)

Evaluación de la eficacia o la efectividad: Los estudios de eficacia y efectividad, también se incluyen como evaluaciones parciales ya que consideran opciones de comparación y resultados, sin embargo carecen de estimaciones de costos. Estudian solo las consecuencias, en este caso, de los efectos de dos o más variantes. Es el tipo de evaluación donde exclusivamente se asumen los productos o los resultados de dos o más intervenciones sanitarias, encaminadas a alcanzar un mismo objetivo. Los resultados de su aplicación permiten evaluar eficiencia y efectividad, en dependencia de las condiciones en las que se alcancen estos. La opción elegida será aquella, de entre las que se comparan, que muestren los mejores resultados (Gálvez, 2003).

Evaluación de la utilidad (o estudios de calidad de vida): Bajo la explicación del método anterior, en este se comparan solo las utilidades a partir de diversas intervenciones alternativas, en cuyo caso, estos estudios deberían considerarse como de evaluación de la ganancia, a pesar de que habitualmente se conocen como estudios de calidad de vida. Se recomienda aquella opción con la que, en cada caso, se alcance el mayor beneficio o la mejor calidad de vida posible (Gálvez, 2003).

Análisis de los costos: Compara dos intervenciones alternativas en relación con sus costos. Este tipo de análisis es una evaluación económica parcial, por cuanto no contempla los resultados de las opciones analizadas. Un proyecto de inversión puede tener un costo bastante inferior a otro, precisamente porque no incorpora todos los requerimientos necesarios para resolver el problema en cuestión. Este análisis de costos puede ser útil cuando se dispone de un monto reducido y fijo para la inversión, que obliga a elegir la opción de menor costo, dejando de lado los resultados (Rodríguez, 2000).

Evaluaciones completas

Son consideradas como evaluaciones completas las siguientes:

Análisis de Minimización de Costes: Se utiliza este método cuando no existe diferencia entre los efectos de las alternativas que se comparan. En este caso lo que se hace es seleccionar la opción menos costosa (Gálvez, 2001).

Constituye una evaluación económica completa, tanto en términos de costos como de beneficios. Este tipo de análisis tiene la particularidad de comparar intervenciones con resultados básicamente iguales, por lo que un paso previo a la realización de un análisis

de minimización de costos es probar que las intervenciones a comparar no difieran sustancialmente respecto a los resultados (Rodríguez, 2000).

Análisis Coste–Efectividad: El plano del costo-efectividad expresa la relación entre el costo y la efectividad de una opción sanitaria con respecto a otra. La situación más frecuente es que una de ellas sea más efectiva y que sea más costosa, en cuyo caso hay que analizar si el beneficio extra compensa el costo adicional; es decir, habrá que analizar cuánto es necesario desembolsar para obtener el beneficio adicional. Es sin lugar a dudas el tipo de estudio más utilizado, y su objetivo es tratar de identificar, cuantificar y valorar los costos por unidad de efecto de dos o más alternativas de intervención sanitaria que estén disponibles para alcanzar un determinado objetivo, siempre y cuando los resultados que se obtengan estén referidos a la misma clase de efectos y aparezcan expresados en términos de cualquier unidad física y natural (Jiménez, 2011). Se caracteriza por medir los efectos sobre la salud mediante variables o indicadores que se suponen asociados con la salud (Jiménez, 2014).

Análisis Coste-Utilidad: Con este método se pretende integrar en el análisis no solamente la cantidad de vida ganada (años de vida) sino también la calidad de vida obtenida. La ventaja principal de este tipo de análisis radica en que ofrece la posibilidad de comparar diferentes tipos de intervenciones o programas sanitarios integrando, al mismo tiempo, la cantidad y calidad de vida de los pacientes a los que se dirige. Los resultados se presentan de la misma forma que en el análisis costo efectividad cambiando el denominador de la fracción; en lugar de la efectividad se utilizan los (AVAC) Años de Vida Ajustados por Calidad.

La única diferencia con el Análisis de Costo-Efectividad es que el indicador de los efectos o beneficios de las opciones evaluadas es, en el caso del Análisis Costo-Utilidad, un índice que se supone una potencial medida global y genérica de la salud (Jiménez, 2014).

Se considera además como una forma de evaluación económica completa que permite comparar diferentes intervenciones sanitarias, en la que los efectos sobre los recursos se expresan en unidades monetarias y los efectos sobre la salud se expresan en términos de años de vida ajustados por calidad o cualquier otra medida que utilice el año de vida

sano como unidad de medida o numerario en la que se pueda expresar años de vida en cualquier estado de salud (Gálvez, 2003).

Análisis Coste-Beneficio: La característica principal de este análisis es que tanto los costos como los efectos de las opciones comparadas se miden en unidades monetarias. Desde el punto de vista económico se considera la forma de análisis más ortodoxa. Su ventaja consiste en que permite compara opciones cuyos resultados se midan en unidades diferentes, lo que resulta útil para comparar opciones de distintas áreas, por ejemplo, programas sanitarios, con programas de educación o de infraestructura. Este tipo de estudio se utiliza cada vez menos por la dificultad que se plantea al tratar de aplicarle un valor monetario a los resultados sobre la salud. Los resultados de un análisis de costo-beneficio pueden expresarse como cocientes de costo/ beneficio o como valor neto, es decir, la diferencia entre los costos y los beneficios (Gálvez, 2004).

El elemento común en la mayoría de los métodos de Evaluación en Economía de la Salud es el cálculo de los costos.

1.3 El Sistema de Costos en el contexto del sector Salud Pública

Para la implantación de los Costos en Salud se requiere que la Entidad cuente con una contabilidad que cumpla con las normas y procedimientos establecidos en cuanto al cuadre diario de los medios materiales, el registro actualizado de todos los gastos (salarios y otros), así como el pago oportuno a proveedores y prestatarios de servicios lo cual conlleva a la emisión de balances con calidad y saldos en las cuentas contables en correspondencia con su naturaleza.

Teniendo en cuenta que las dificultades que se derivan de la escasez de recursos y las posibilidades de la disponibilidad de estos para alcanzar determinados objetivos van creciendo y se hacen cada vez más complejas, es en este contexto donde la consideración de los costos no puede pasar inadvertida para ninguna actividad que se realice. Todos los costos que se analicen en cualquier contexto van a perseguir determinados objetivos, y específicamente en salud el máster Jorge Cosme Casulo y su equipo de investigadores se refieren a cuatro objetivos fundamentales del sistema de costos cuando se esté implementando en unidades de salud.

- Posibilitar a la institución el conocimiento de los costos reales de sus acciones, de forma tal que se puedan tomar medidas para elevar el grado de atención al paciente.

- Permitir a los diferentes niveles de dirección el conocimiento de los costos en las diferentes acciones que se efectúan.
- Controlar económicamente su actividad.
- Fundamentar normas, elaborar índices que permitan mejorar el proceso de planificación. (Jiménez, 2014)

Así mismo, son significativos los Principios de los costos en el Sector Salud, definidos también por el grupo de investigadores que dirige Cosme Casulo, que declaran las particularidades de este sector cuyo objeto de trabajo son seres humanos y su objetivo supremo salvar vidas y no obtener ganancias.

El primero de esos principios es conocido como principio rector y plantea que el paciente recibe todo cuanto sea necesario para restituir su salud con el aprovechamiento máximo de los recursos.

Otros de los principios son:

- El costo se hace para el ejecutor de gastos (el médico), no contra él y vincula gastos a nivel de actividad (consultas).
- Se trata de una relación consecuente entre el gasto 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.
- El costo mide simplemente el beneficio que no se obtiene.

Hay recursos potenciales que se pueden racionalizar sin afectar indicadores de salud ni calidad de la atención médica.

- 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. Además es de gran importancia que se lleve a cabo de forma correcta pues de aquí se identifican los principales problemas de la gestión que lo ejecuta

y por tanto, concretará la obtención de soluciones óptimas que permitan elevar la eficiencia (Sarduy, Quintero, González, & Nazco).

Clasificación de los costos en salud

Al hacer mención al concepto de costo éste es mucho más extenso que el de los gastos, pues ya los incluye, dado que los gastos son costos que han sido destinados a las actividades de un período económico determinado, no obstante los recursos materiales como los medios básicos y los inventarios que no han sido consumidos al final del período, constituyen los costos diferidos, los que no se podrán considerar como gastos hasta que no deprecien del todo o se utilicen. (Rodríguez, 2000)

En materia de costos, una primera diferenciación que se debe hacer es entre los costos económicos y los costos contables. Los costos contables ayudan a la planificación de flujos de efectivo, al establecimiento de tarifas o a la asignación de recursos presupuestarios, pero tienen limitaciones respecto a la evaluación económica de aquellos costos que no involucran flujos de efectivo, así como respecto a la evaluación de resultados.

En el Manual de Costos elaborado por la Dirección de Economía del MINSAP (2013) se definen los costos de la siguiente forma:

Costos directos: Se pueden identificar plenamente o asociar a servicios que se están ejecutando, así como también puede decirse de aquellos que permiten establecer su correspondiente relación con un área organizativa determinada, la cual tiene la responsabilidad de decidir su empleo o utilización. Generalmente pueden considerarse como tales aquellos gastos originados por: el pago de la fuerza de trabajo que ejecuta directamente las acciones, los consumos de los materiales utilizados y los servicios y otras obligaciones que puedan asociarse de forma directa a la actividad que se ejecuta.

Costos indirectos: Constituyen gastos o partes de gastos que no pueden asociarse de manera directa a la ejecución de las actividades y por regla general, se originan en otras áreas organizativas que apoyan las acciones de los que lo reciben. Son ejemplos de estos costos los administrativos de toda índole, los de áreas de servicios, auxiliares y otros que se ejecutan con la finalidad de apoyar las actividades que realiza la Entidad.

Costos fijos: Son aquellos cuyas cuantías no varían en relación con el nivel de actividad

realizado, o sea, que se mantienen constantes, aunque hasta cierto límite, independientemente del volumen alcanzado en dichos niveles. Su fijeza o constancia lo determina la necesidad de incurrir en dichos gastos a pesar de que el volumen o nivel de actividad estuviera muy por debajo del límite establecido. Ej.: salario y depreciación. Costos variables: Su monto está directamente asociado al nivel de actividad, como pueden ser los gastos que se incurren en: medicamentos, alimentos, servicio de lavandería y otros. Las cuantías de estos costos aumentan o disminuyen en correspondencia con el mayor o menor número de pacientes atendidos. 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 cual, 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.

Atendiendo a la capacidad del mercado para determinar su valor monetario, los costos pueden clasificarse en: Costos tangibles, y Costos intangibles.

Los Costos tangibles son aquellos que pueden ser valorados de forma explícita a través del sistema de precios de mercado (como los de personal, las amortizaciones, los consumos, los suministros, los bienes y servicios, los desplazamientos, las intervenciones, las consultas, las visitas, los procedimientos diagnósticos, los tratamientos, los apoyos domiciliarios, etc.)

Los costes tangibles a su vez, pueden subdividirse en dos categorías:

T.1) Directos

T.2) Indirectos.

Los costos directos constituyen transacciones que afectan a recursos del sector sanitario o que soportan agentes sociales integrados en el mismo y provienen de los recursos utilizados en la lucha contra la enfermedad. Dentro de los costes directos debe distinguirse entre sanitarios y no sanitarios: los costos directos sanitarios, como el costo de la consulta, provienen de los recursos que intervienen de manera directa en el mejoramiento de la salud; los costos directos no sanitarios, como el costo de transporte, de los recursos que sirven de apoyo únicamente.

Cuando se habla de la categoría costes tangibles directos sanitarios se puede decir que están relacionados directamente con la producción o consumo de un servicio y están formados por los costos fijos: la renta de un consultorio, los servicios de agua y luz, el sueldo de una secretaria, la compra de un estetoscopio o de un electrocardiógrafo, el monto de una operación quirúrgica, etc., y por los costos variables que no son más que los tiempos de uso de un quirófano, los honorarios de algunos profesionales, el precio de algunos materiales quirúrgicos, el monto de una “incapacidad”.

Los costos indirectos por otro lado, se originan de la reducción de la capacidad para el trabajo atribuible a la morbilidad y mortalidad asociadas. Algunos autores añaden a ésta clasificación la categoría de costos intangibles para incorporar los costos síquicos relacionados al dolor, preocupación y sufrimiento, así como la pérdida de tiempo libre y el costo de la vida en caso de muerte. Además de que son los desembolsos o valores de los recursos que no tienen relación directa con el proceso de producción o el consumo de un bien o servicio pero influyen en el precio. Actualmente se incluyen los que resultan de la morbilidad o mortalidad, es decir, lo que un sujeto hubiera llegado a ganar si no hubiera perdido un miembro o una función o no hubiera muerto prematuramente. Algunos de estos tipos de costos, para cuantificarse, deben ser convertidos a unidades cuantitativas como años de calidad de sobrevivida. Por las variables que implican, es obvio que los costos indirectos son difíciles de cuantificar (Rodríguez, 2006).

Costos intangibles: son los que no pueden ser valorados a través de los mecanismos del mercado, y que soportan: 1) los pacientes a consecuencia de la enfermedad o de su tratamiento (sufrimiento, dolor, miedo, malestar, incomodidad, insatisfacción con la atención).

- Unitarios o medios: en esta categoría se utilizará el costo total dividido por el número de unidades de un producto o servicio. Se obtiene de la relación del total de gastos acumulados en un Centro de Costo entre la cantidad de determinado número de acciones que se haya definido como su base de distribución.

Costo presupuestado: Son los costos unitarios y totales que se derivan explícita o implícitamente de los elementos contenidos en la formulación del presupuesto o plan.

El estudio de los costos en la esfera de la salud constituye un proceso en el que participan diversos agentes y disciplinas, por lo que los analistas deben ser muy cuidadosos en este aspecto y explicar detalladamente cada uno de los procedimientos. En las entidades sanitarias el manejo de los costos puede ser considerado de dos formas, 1) costos hospitalarios, y 2) costos por enfermedad. (Moreno Viscaya, Mejía Mejía, & Castro Jaramillo)

1) Costos hospitalarios

Se denominan costos hospitalarios al conjunto de variables que permiten evaluar la eficiencia del trabajo en el hospital, pues revelan a cuánto asciende el costo del mismo al realizar actividades que le son inherentes teniendo en cuenta el nivel de actividad médica. En los costos hospitalarios se muestran el grado de eficiencia con que se utilizan los medios en uso, el nivel de productividad alcanzado y la óptima utilización de los medicamentos y recursos materiales.

También proporciona el conocimiento de la incidencia que tiene cada unidad organizativa en el resultado general del hospital; así como comprobar y comparar, teniendo en cuenta ciertas consideraciones, el trabajo de los departamentos y servicios que las componen.

2) Costos por enfermedad

Se puede definir que el costo por enfermedad será el resultado de calcular a cuánto asciende en unidades monetarias la prestación de un servicio. En el caso de esta investigación, el paciente que es atendido por determinada enfermedad (IAAS) tomando en consideración los recursos materiales y humanos que se pongan a su absoluta disposición.

Según (Drummond, 1997), los costos de la enfermedad se clasifican según el agente que los soporta, así, los costos son soportados por el sistema sanitario, las familias, o los agentes externos al sector salud. Los costos atribuibles al sistema sanitario comprenden los costos asociados a la organización y operación del sistema, los cuales se expresan en la utilización del tiempo de los profesionales sanitarios, de los suministros, equipos médicos, y demás recursos que posibilitan la producción de intervenciones desde el sistema sanitario. Los costos atribuibles a los pacientes y sus hogares incluyen los insumos utilizados en la lucha contra la enfermedad fuera del sistema sanitario, el tiempo

desviado de actividades productivas o de esparcimiento, y los denominados costos síquicos atribuibles al dolor, preocupación y sufrimiento. Los costos externos comprenden las externalidades negativas que las enfermedades imponen en términos de una menor inversión o creación de riqueza en sectores diferentes al sanitario, como podrían ser el sector agropecuario o turístico.

Otra cuestión fundamental que no se debe pasar por alto, es el hecho que desde el punto de vista del hospital, toda esta información detallada del coste de determinada enfermedad contribuirá a la toma de decisiones una vez que haya llegado el momento de elaborar el presupuesto para conocer qué parte de este estará destinada a la atención que demanda dicha enfermedad.

La descripción de costos como evaluación financiera parcial y su ejecución en el sector de la Salud

La descripción de costos se limita a hacer una recopilación de todos los costos en los que es necesario incurrir para llevar a cabo una intervención. Puede incluir costos económicos en general, pero no es una evaluación económica como tal, en tanto no compara con otras alternativas ni tampoco evalúa los resultados. La utilidad de estos estudios es muy limitada; en general pueden servir cuando no se dispone de otras alternativas para resolver un problema particular o como primera etapa para estudios económicos completos (Rodríguez, 2000).

El análisis de descripción de costos se utiliza para cuantificar costos, no se usa para medir eficiencias pues no tiene en cuenta las consecuencias de la opción que se pretende evaluar. Tiene en cuenta todos los costos que son generados por la puesta en práctica de realizar una determinada intervención. Dentro de este tipo de estudio deben considerarse dos clasificaciones, la primera corresponde a los llamados costos de la enfermedad y la segunda categoría es el análisis (o estudio) de impacto presupuestario.

Análisis (o estudio) de impacto presupuestario: cuantifica exclusivamente aquellos costes tangibles directos sanitarios que inciden sobre el presupuesto de una agencia o institución concreta, y que se derivan del desarrollo, aplicación o puesta en marcha de un proyecto, tecnología o programa de naturaleza sanitaria. Analizando la importancia de estos impactos esta puede estar expresada de diferentes formas, la cual va a estar en

dependencia de la tecnología, si esta se va a complementar (por ejemplo añadirse a un tratamiento), en este caso se calculan los incrementos financieros consecuentes pero, si lo que se quiere es reemplazar la tecnología (o sea, sustituirla por otra), entonces se procede calculando los impactos netos (incrementos o decrementos) financieros (Garay, et al., 2011)

Es considerada una técnica o enfoque que es demandado de forma explícita por el decisor sanitario y que debería utilizarse complementariamente a la evaluación económica de forma sistemática apuntando autores como (Nuitjen, 2000), la posibilidad de utilizar modelos mixtos que incorporen el impacto presupuestario al análisis presupuestario. La elaboración de este tipo de estudios mejoraría en el caso de que se llegara al establecimiento de un cierto consenso con respecto a la metodología a emplear aunque para todas estas se deben tener en cuenta estos tres aspectos: transparencia, reproducibilidad y adaptabilidad, lo que redundará en una mayor fiabilidad y credibilidad de los modelos que los soportan y, por tanto, en la utilidad real que los decisores podrán asignarles. La necesidad de realizar análisis de impacto presupuestario, y por tanto su utilidad práctica, se confirma con la aparición de referencias concretas a este tipo de técnica por parte de las autoridades sanitarias de diferentes países y los grupos de expertos y agencias de evaluación que elaboran recomendaciones para la realización de estudios de evaluación económica (Brosa, Gisbert, Rodríguez, & Soto, 2005).

Una enfermedad tiene costos para la persona que la sufre y para la sociedad (Breff, 2014). Para Mushkin, el beneficio que resulta de una mejora en la salud es el producto creado por el trabajo de una persona aunado al ahorro derivado del gasto en cuidados médicos (Jiménez, 2014).

1.4 Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y su impacto en los costos hospitalarios

Las IAAS son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, y ninguna institución ni país puede afirmar que ha resuelto el problema. Según los datos de varios países, se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por estas enfermedades, sin embargo su verdadera carga mundial aún no se conoce con exactitud debido a la dificultad de reunir datos fiables: la mayoría de los países carece de sistemas de vigilancia de las IAAS, y aquellos

que disponen de ellos se ven confrontados con la complejidad y la falta de uniformidad de los criterios para diagnosticarlas (Revert, 2005).

Estudios realizados en España demuestran que las estancias hospitalarias asociadas a las complicaciones nosocomiales suponen un sobrecoste de hasta 700 millones para el Sistema Nacional de Salud (SNS), según se ha explicado en la presentación de la Propuesta de plan de lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) elaborado por la Fundación Tecnología y Salud y la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin). Los datos de este estudio reflejan también una prevalencia de 7,6% de estas infecciones (Pita y Cedrian, 2014)

De acuerdo con informaciones de la Organización Mundial de la Salud, en Europa se producen al año alrededor de 4,5 millones de IAAS, de las que 37.000 devienen en el fallecimiento del paciente y provocan cerca de 16 millones de estancias hospitalarias adicionales, provocando un impacto “muy negativo” en el sistema sanitario y en la percepción que sobre la calidad del servicio tiene la sociedad (OMS, 2016).

El Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (Epine) muestra que la prevalencia de estas infecciones se ha reducido el 34 por ciento en los últimos 25 años; en el año 1990, el 8,5 por ciento de los pacientes hospitalizados presentaba una infección relacionada con los cuidados sanitarios, mientras que en 2014 la ha presentado el 5,6 por ciento.

Estos datos fueron ofrecidos por el profesor Josep Vaqué, director del estudio y miembro del Consejo Consultivo del Epine, durante la celebración de la Jornada Intercongreso de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (Sempsph), patrocinadora del estudio, en el Ministerio de Sanidad.

Esto indica que, a pesar de la tendencia descendente de las infecciones nosocomiales en Europa, fruto de los numerosos programas de prevención introducidos por los centros sanitarios, hay un incremento progresivo de pacientes que presentan alguna infección nosocomial en el momento del ingreso; datos a los que es importante prestar atención, ya que representan casi un tercio de las infecciones, habiendo pasado del 1,03 por ciento en 1990 al 1,27 por ciento en 2005, y al 2,25 por ciento en 2014.

Por otra parte, en México, un estudio realizado en el Hospital Infantil "Federico Gómez", en el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 1994, demostró que de un total de 7, 782 egresos, se detectaron 870 infecciones nosocomiales, lo cual equivale a una tasa de 11.1 infecciones por cada 100 egresos. Los servicios con mayor proporción de infecciones fueron las unidades de cuidados intensivos. Los tipos de infección predominante fueron: bronconeumonía (25 por ciento), infección de vías respiratorias altas (12.6 por ciento) y sepsis/bacteriemia (12.4 por ciento). Los microorganismos más frecuentemente aislados en hemocultivos fueron *Staphylococcus coagulasa-negativo* (24.5 por ciento), *Candida spp.* (17.6 por ciento) bacilos gramnegativos no fermentadores y *Klebsiella pneumoniae* (9.8 por ciento) (CENIDSP, 1994).

En Cuba, se realizó en el año 2012 un estudio similar en los hospitales: General Abel Santamaría, Clínico quirúrgico León Cuervo Rubio y Pediátrico Pepe Portilla, de Pinar del Río. Se obtuvo una tasa general de infección de 2,9 por cada 100 egresos hospitalarios siendo el riesgo mayor en el hospital clínico quirúrgico, la localización que más predominó fue la respiratoria en las tres unidades hospitalarias y la *Escherichia coli* fue el germen de mayor circulación excepto en el hospital pediátrico que predominó el *acinetobacter*. La mortalidad general por infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) fue de 3,5 por 1000 egresos con una letalidad de 13%, siendo el hospital Pepe Portilla el de mejores resultados y el Abel Santamaría el de peor comportamiento. La caracterización de la infección según las variables de estudio fue diferente para cada hospital (Pacheco, 2012).

En la literatura consultada se aprecian estudios que caracterizan los niveles de prevalencia de las IAAS pero no son explícitos en relación al cálculo de los costos asociados a los tratamientos de estas infecciones, a pesar de que es constantemente citada la expresión de que como promedio hay 1 millón de días en hospitalización suplementaria cada año debido a estas infecciones (CENIDSP, 1994; Pita y Cedrian, 2014; OMS, 2016; Pacheco, 2012).

En dichos estudios se coincide en que actualmente constituyen un importante problema de salud a nivel mundial, no solo para los pacientes sino también para su familia, la

comunidad y el Estado, y que las complicaciones infecciosas entrañan sobrecostos ligados a la prolongación de la estancia hospitalaria por el empleo de antibióticos costosos, reintervenciones quirúrgicas, sin contar con los costos sociales dados por pérdidas de salarios, de producción.

Aunque no se aportan cifras concretas sobre el impacto de las IAAS en el costo, los estimados calculados sobre la base de datos de prevalencia, indican que aproximadamente el 5% de los pacientes ingresados en los hospitales contraen una infección que, cualquiera que sea su naturaleza, multiplica por dos la carga de cuidados de enfermería, por tres el costo de los medicamentos y por siete los exámenes a realizar. En países como Francia, el gasto promedio por enfermo es de 1 800 a 3 600 dólares en sobreestancias que van de 7 a 15 días.

En el conjunto de países desarrollados el total de los gastos ascienden entre 5 y 10 mil millones de dólares. En Cuba, por concepto de IAAS se erogan más de 3 millones de pesos al año. Más importantes aún son los costos en vidas humanas, se estima que la infección es la causa de muerte en 1 a 3 % de los pacientes ingresados. Se tendrán cifras tan impresionantes como las reportadas en Estados Unidos de 25 a 100 mil muertes anuales (Pacheco, 2012).

Estas infecciones ocurren en pacientes con ciertos factores de riesgos. Es probable que el determinante principal de estos riesgos sea la resistencia inherente del enfermo a una infección. Las edades extremas, un mal estado nutricional, la gravedad de las enfermedades subyacentes y las alteraciones de la integridad de piel y mucosas, aumentan la propensión del enfermo a las IAAS.

La variedad de manipulaciones diagnósticas y terapéuticas y los procedimientos cruentos o invasores constituyen también riesgos, por lo que se puede decir que las infecciones intrahospitalarias son cada vez más frecuentes, de mayor gravedad y potencialmente más difíciles de tratar por lo que constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad, y condicionan un gasto extraordinariamente elevado.

El riesgo de enfermar, e incluso de morir, por una infección que no era el motivo de ingreso al hospital, está estrechamente vinculado a la calidad de la atención en los

hospitales. Por tanto, las instituciones de salud deben establecer mecanismos para intervenir de manera eficiente y disminuir estos factores de riesgo.

1.5 Relación entre Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y calidad del servicio

Epidemiológicamente las tasas de infección nosocomial constituyen excelentes indicadores de proceso, estructura y resultado de la actividad hospitalaria.

Las IAAS como objeto de salud tienen dos componentes. Por un parte, sus especiales características epidemiológicas hacen que, si no se arbitran medidas de control y prevención, cada vez pueden ser más frecuentes; y por otra parte, siguiendo el modelo de Lalonde (1974), las IAAS se pueden incluir como determinante de salud vinculada a la calidad de los servicios de asistencia sanitaria pues si se considera el Hospital como una organización sanitaria destinada a promover y restaurar la salud de la comunidad, resulta contradictorio que aquellas personas que se encuentran en fase de recuperar su salud, puedan verse afectadas por procesos patológicos adicionales que son adquiridos en la unidad rehabilitadora del propio sistema asistencial.

Actualmente la eficiencia de un hospital no solo se mide por los índices de mortalidad y aprovechamiento del recurso cama, sino también se toma en cuenta el índice de enfermedades intrahospitalarias. No se considera eficiente un hospital que tiene una alta incidencia de infecciones adquirida durante la estadía de los pacientes en él, ya que como dijo Florence Nightingale (dama inglesa fallecida en 1910), fundadora de la escuela moderna de enfermería, “lo primero que no debe hacer un hospital es enfermar”.

Las IAAS son consideradas internacionalmente una problemática directamente proporcional al grado de desarrollo de los hospitales, de su disponibilidad tecnológica y de la utilización amplia de antimicrobianos, por lo que constituyen un indicador de la calidad sanitaria.

La tasa global de IAAS varía según las poblaciones, dependiendo de factores intrínsecos y extrínsecos de cada población. Los factores intrínsecos más importantes para la adquisición de estas enfermedades son el estado inmunológico y la edad. Entre los factores extrínsecos destacan la presencia de dispositivos invasivos o la exposición a procedimientos invasivos, de ello se deriva que las tasas más elevadas de infección hospitalaria se encuentran en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

Dado que las IAAS son complicaciones en las que se conjugan diversos factores de riesgo que en su mayoría pueden ser controlados, las instituciones de salud deben establecer medidas preventivas y correctivas para la disminución de esos factores. Entre las medidas básicas para su control se incluyen: el lavado de las manos, el control de equipos estériles y uso de desinfectantes, la limpieza de áreas físicas y la prevención de sepsis en trabajadores de la salud.

Por su influencia en el desempeño de las instituciones de salud es necesario tener en cuenta la vigilancia específica de problemas especiales como: la regulación del uso de antibióticos, la vigilancia de líneas vasculares y de infecciones posquirúrgicas, los programas de desechos de material infecto-contagioso y el control de alimentos.

La recomendación presente en todas las políticas sanitarias nacionales es que todos los hospitales tengan protocolizados sistemas de vigilancia y de control de este tipo de enfermedades, definiéndose el derecho a la salud y garantizando que las instituciones sanitarias dispongan de los recursos necesarios para una asistencia de calidad. Un mayor conocimiento de la carga económica de las IAAS permitirá una correcta toma de decisiones en política sanitaria para elevar la calidad del servicio de salud.

La medición de la calidad y eficiencia de un servicio de salud es una tarea complicada ya que, además de la complejidad intrínseca que conlleva la medición de conceptos abstractos, no puede ignorarse la variedad de intereses que pueden influir en una evaluación de este tipo. En los sistemas de salud no públicos las contradicciones entre clientes (pacientes), gestores y financistas, son las principales promotoras del control y evaluación de la calidad y la eficiencia, pues los clientes no aceptan que si pagan el servicio estén expuestos a enfermar en lugar de curar.

Por otra parte, en los sistemas de salud públicos, como es el de Cuba, los pacientes, los trabajadores de la salud, el Estado como financista y garante de la satisfacción de las necesidades de la población, y la sociedad toda, deberán convertirse en promotores del control y evaluación de la calidad y eficiencia del servicio de salud para un mejor aprovechamiento de los recursos que, a través del presupuesto, se asigna a este sector.

Todo esto indica que entre los desafíos que se le presentan a las políticas de salud, ya sean sistemas privados o públicos, está pasar de un modelo basado en la curación de las

enfermedades a un modelo basado en la promoción de la salud, siendo esta la mejor herramienta para enfrentarse a las mismas.

Se trata entonces, de invertir recursos para la prevención de enfermedades y no solo para la curación. En el caso de las IAAS, los sistemas de vigilancia epidemiológica pueden contribuir a contar con un instrumento eficaz que permita enfocar el control de la infección, orientando acerca de los medios de prevención más adecuados y de la optimización de recursos humanos y materiales disponibles en los hospitales.

CAPÍTULO II: ESTUDIO PARCIAL DEL COSTO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO PROVINCIAL DE HOLGUÍN "OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN DE LA PEDRAJA" EN EL PERIODO 2012-2016

2.1 Caracterización del hospital pediátrico universitario de Holguín "Octavio de la Concepción de la Pedraja"

El edificio que hoy ocupa el Hospital Pediátrico Universitario de Holguín "Octavio de la Concepción de la Pedraja", ubicado en Avenida de los Libertadores No. 91, fue construido en el año 1957 bajo el diseño del arquitecto Luis Rodríguez Columbié, para instalar allí el Palacio de Justicia, la Audiencia y los diferentes juzgados territoriales. Después del triunfo de la Revolución funcionó por más de dos años como dependencia y órgano del sistema judicial revolucionario.

Al producirse la Crisis de Octubre en el año 1962, el edificio fue utilizado como Hospital Militar de las Fuerzas Armadas y, luego de la evacuación del mismo, ante la demanda creciente de servicios hospitalarios para la población infantil, se decidió por las autoridades correspondientes destinar el local para instalar un centro de asistencia médica que diera respuesta a la misma, por lo que se realizan las obras de adaptación necesarias, quedando del edificio principal sólo sus estructuras exteriores.

Se inaugura el Hospital Pediátrico el 10 de Octubre de 1971, con el nombre de "Octavio de la Concepción de la Pedraja", en honor al médico guerrillero cubano que cayó combatiendo en las Guerrillas del Che en Bolivia en 1967, con una dotación de 75 camas para la prestación de servicios básicos.

La creciente demanda de atención sanitaria pediátrica, incluyendo de las provincias vecinas de Las Tunas y Granma motivó la ampliación del edificio cuyos trabajos de construcción civil se iniciaron en el año 1977 y culminaron en 1987. El 10 de octubre de 1988 se inaugura la unidad quirúrgica y el hospital alcanza una dotación de 610 camas. Se comienza y acelera la preparación y formación de personal especializado, adquiriendo el hospital la categoría de Pediátrico Provincial Docente.

Actualmente cuenta con 366 camas y la prestación de servicios de 39 especialidades médicas clínicas y quirúrgicas con alcance territorial para especialidades como Hematología, Psiquiatría Infantil, Neurocirugía y Cirugía Pediátrica.

En la institución funciona el Centro Regional de Cirugía Neonatal para la atención quirúrgica a los Recién Nacidos con afecciones malformativas complejas de las cinco provincias orientales logrando un alto nivel de calidad de vida de estas niñas y niños. Además el hospital cuenta con un excelente claustro de profesores e investigadores de experiencias y prestigio, permitiendo la satisfacción de las demandas de los servicios para la edad pediátrica.

Cuenta en la actualidad con una plantilla aprobada de 1619 trabajadores y cubierta de 1522; de ellos 1116 son mujeres y 406 son hombres. De acuerdo a las funciones que ejecutan son Cuadros 46; 940 Técnicos; 408 Empleados de servicios; 72 Obreros y 56 Administrativos.

El Objeto Social de la entidad está definido de la siguiente forma:

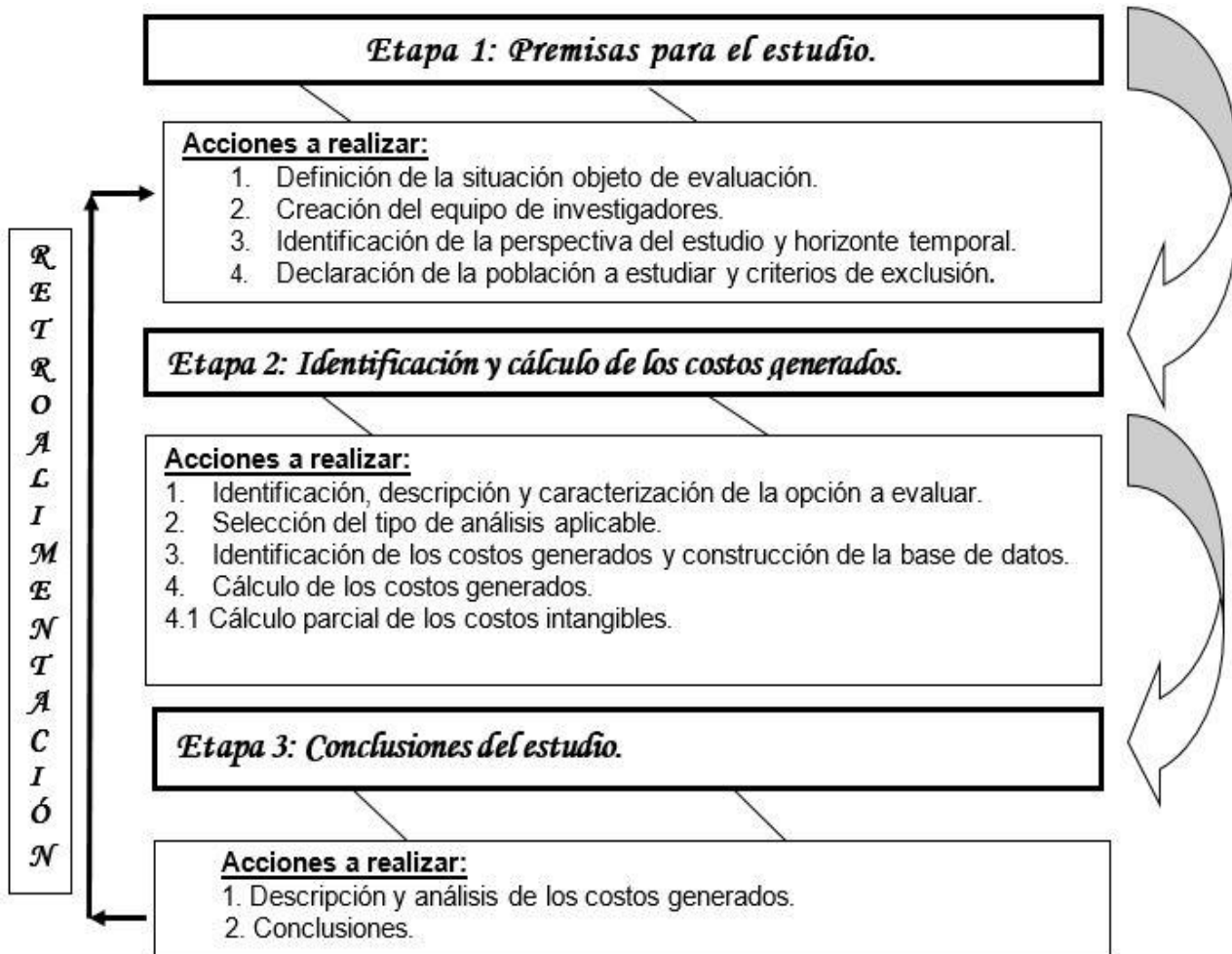
El Hospital Pediátrico “Octavio de la Concepción de la Pedraja” está encargado de brindar servicios de salud a los ciudadanos cubanos en las especialidades y modalidades que caracterizan a la entidad, efectuar el control higiénico epidemiológico del medio intrahospitalario, realizar actividades de investigación y desarrollo en las actividades que les son afines y actividades de educación para la salud a la población, brindar atención integral de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud en la población. Realizar actividades docentes fundamentalmente de perfeccionamiento de técnicos y especialistas nacionales y extranjeros de pregrado y postgrado, a éstos últimos en moneda libremente convertible. Brindar servicios de comedor y cafetería a estudiantes y trabajadores en moneda nacional, así como prestar servicios de alojamiento no turístico y gastronómicos asociados a éste, a técnicos y profesionales de la salud.

Misión de la entidad: El hospital busca el mejoramiento de la situación de salud de la población pediátrica a través de la mejor calidad de los servicios, brindando atención integral e integrada a sus áreas de influencia propiciando la participación comunitaria y la autogestión, en correspondencia con criterios de prioridad del riesgo epidemiológico de los diferentes grupos vulnerables, con utilización eficiente de los recursos materiales y financieros disponibles, recursos humanos motivados y con

capacitación actualizada, aplicando la tecnología más adecuada y promoviendo un grado de satisfacción favorable permanentemente.

Al declarar la Visión de la entidad, sus trabajadores y directivos aspiran a ser una institución líder de los hospitales pediátricos del entorno, con servicios de excelente calidad para la satisfacción plena de pacientes, familiares y trabajadores, a través del perfeccionamiento continuo de su gestión y la fijación de objetivos con énfasis de grupo.

2.2 Metodología para el estudio parcial de costos



Pupo 2015

A continuación se explica el contenido de cada una de las etapas y las acciones a desarrollar según la metodología a aplicar (Pupo 2015):

Etapas 1: Premisas para el estudio

En esta etapa se proponen acciones básicas para desarrollar el estudio, cuyo objetivo general es precisamente crear las condiciones necesarias para la investigación, definiendo la perspectiva que se asumirá y la población que se estudiará.

Acciones a realizar:

1. Definición de la situación objeto de evaluación: Es necesario que la situación objeto de estudio sea claramente definida y que a la vez, sean expresados los objetivos del mismo.

2. Creación del equipo de investigadores: Toda evaluación que se realice tanto en Salud Pública como en cualquier otra esfera de la economía debe contar con el apoyo y la experiencia del personal capacitado para llevarla a cabo, por lo que se aconseja la creación de un equipo cuya composición sea heterogénea y esté ligada a las características del problema a enfrentar, para facilitar la comprensión del objeto de evaluación durante la recogida y procesamiento de datos. En el caso de estudios económicos de enfermedades en instituciones de salud es recomendable que el equipo de investigadores esté formado al menos por un economista o contador, un médico especialista en la materia que será investigada y una enfermera.

3. Identificación de la perspectiva del estudio y horizonte temporal: La perspectiva se refiere al punto de vista desde el que se llevan a cabo los estudios de evaluación, con ella se identifica y hace referencia al agente social que los promueve y trata de recoger todos los intereses (especialmente, en términos de costos) que han de ser tenidos en cuenta desde el posicionamiento del analista. (Gimeno, Repullo, & Rubio, 2006). Las perspectivas que más se utilizan en las evaluaciones sanitarias suelen ser las de la sociedad, las del Gobierno, las del Sistema Nacional de Salud, las de las instituciones específicas de salud y las del paciente y sus familiares. (Gálvez, 2004)

El horizonte temporal es un parámetro analítico central en la evaluación porque

determina el período durante el cual se miden los efectos de la opción (es) sobre los recursos y sobre la salud. En relación con aspectos temporales, pueden diferenciarse tres diferentes tipos de diseños: 1) estudios prospectivos, que se refieren a la generación de información sobre costos y consecuencias, a medida que se van desarrollando las actividades controladas; 2) estudios retrospectivos, que se caracterizan por la obtención de datos sobre costos y consecuencias que ya se han producido, y que pueden recogerse a través de archivos, historias, ficheros y bases de datos; y 3) estudios predictivos, en los que se utilizan modelizaciones para la obtención de datos esperados a partir de la información disponible sobre costos y consecuencias. (Gimeno, et al., 2006) También se puede hacer otra clasificación de estudios, atendiendo al período que media entre la causa y el efecto, entre los que están: los longitudinales, en los que las observaciones se refieren a períodos más o menos dilatados de tiempo; los transversales, que se desarrollan como encuestas dinámicas de la prevalencia en un momento determinado.

4. Declaración de la población a estudiar y criterios de exclusión: En toda investigación científica es necesario establecer si se va a trabajar con toda la población o si se seleccionará solo una muestra en caso de que esta última sea factible para el estudio. Se aconseja además, establecer criterios de exclusión en caso que sea necesario. Estos criterios pueden estar determinados por diversas situaciones que se presenten y dificulten la homogenización en la realización del estudio.

Etapas 2: Identificación y cálculo de los costos generados

En esta etapa se proponen acciones para identificar y calcular los costos generados por el tratamiento de una determinada patología, cuyo objetivo general es identificar y cuantificar los costos generados.

1. Identificación, descripción y caracterización de la opción a evaluar: Atendiendo al objeto de evaluación se puede conocer si este puede ser evaluado por una o varias opciones. Los estudios en los que el investigador sólo dispone o tiene información de una única opción suponen la imposibilidad material de aplicar el imprescindible juicio disyuntivo con el que seleccionar la mejor entre las diferentes alternativas, con las que se pretende alcanzar el mismo objetivo, lo que constituye uno de los fundamentos de la

lógica del pensamiento económico y la regla práctica de mayor utilidad dentro de esta técnica. (Ibídem. Pág. 28)

2. Selección del tipo de análisis aplicable: Este se llevará a cabo en función de la información disponible. La clasificación se hará de acuerdo con los tipos de análisis que hace Drummond (Drummond, Torrance, & Stoddard, 1991) y que se explican en el capítulo uno de la investigación.

3. Identificación de los costos generados y construcción de la base de datos: Esta es la parte del estudio que corresponde a identificar todos aquellos costos que van a estar asociados al objeto de evaluación. La identificación de los costos es uno de los procesos más complejos en las evaluaciones que se realicen. Identificar los costos consiste en enumerar todos los recursos relevantes consumidos por la adopción de cada alternativa, o de la alternativa en caso de que exista una sola, de manera tal que permita una posterior medición y valoración.

- Deben ser identificados todos los costos relevantes para el análisis de acuerdo con la perspectiva de análisis previamente definida.

- Debe quedar claramente definido dentro de la metodología del estudio el concepto de costos directos e indirectos que se está utilizando.

Además en esta etapa se construye una vez identificados los costos, una base de datos en Excel que permite organizar la información extraída de las diferentes fuentes de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Este paso resulta fundamental para el desarrollo de la investigación, su diseño depende de la creatividad, experiencia y capacidad de los investigadores para convertir los datos que se introducen en información. Por otro lado, la calidad en la construcción de la misma garantizará el cumplimiento exitoso del próximo paso.

4. Cálculo de los costos generados: La medición de los costos debe ser lo más detallada posible, todos deben ser cuantificados en términos físicos y de valor. Debe evitarse el doble conteo, en gran medida esto dependerá del paso anterior.

4.1 Cálculo parcial de los costos intangibles

En las evaluaciones que se realizan resulta muy difícil cuantificar los costos intangibles por lo que se acostumbra no incluirlos en el estudio. Sin embargo, estos se suelen citar

dado que en ocasiones son tan importantes que pueden contribuir a orientar la decisión en el sentido contrario al resultado numérico. La metodología propuesta considera como uno de los costos intangibles más relevantes el ingreso que deja de percibir el acompañante del paciente hospitalizado, lo cual disminuye el bienestar de la familia y, a su vez, desde la perspectiva social se deja de aportar.

Etapas 3: Conclusiones del estudio

En esta etapa se proponen acciones que conducen a las conclusiones del estudio, cuyo objetivo general es describir y analizar los costos generados por la opción evaluada, además de presentar las conclusiones a las que se arriban.

- 1. Descripción y análisis de los costos generados:** La descripción y análisis de los costos enfatizará en los principales elementos, tanto en términos físicos como monetarios que inciden en el valor total de las partidas que conforman tanto los costos directos como indirectos. Además se pueden establecer comparaciones entre períodos, alternativas, y de acuerdo a variables como el sexo, la edad y la raza, conforme a la necesidad de información para la toma de decisiones.
- 2. Conclusiones:** Estas deben ser exhaustivas de tal manera que reflejen las principales cuestiones que se tratan en la investigación y deben, además, hacer referencia al impacto económico de la opción estudiada.

2.3 Aplicación de la metodología en el Hospital Pediátrico Provincial de Holguín "Octavio de la Concepción de la Pedraja" a las Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria en la sala de Terapia Intensiva

A continuación se describen todas las acciones realizadas para la implementación de la metodología seleccionada para el cálculo de los costos por enfermedad:

Etapas 1: Premisas para el estudio

1. Definición de la situación objeto de evaluación

Las IAAS, también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Dichas infecciones pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que el paciente reciba

el alta. Asimismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario y son consideradas como el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, al cual ninguna institución ni país puede afirmar que está exento de poseer.

Según los datos de varios países, se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por IAAS. El índice de IAAS es varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos (Aschengrau, 2011; Hidalgo, 2011; OMS, 2017).

Cada día, las IAAS provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes evitables.

Por la importancia que se concede en el Sistema Nacional de Salud cubano a la búsqueda de alternativas para disminuir estas infecciones a niveles mínimos, y su incidencia en el Hospital Pediátrico Provincial de Holguín "Octavio de la Concepción de la Pedraja", específicamente en el servicio de Terapia Intensiva, se define como situación objeto de estudio para esta investigación el análisis del impacto de las IAAS en el costo de este hospital y en la percepción que sobre la calidad del servicio tiene la sociedad.

2. Creación del equipo de investigadores: Para realizar esta investigación y cumplir correctamente los aspectos descritos en la metodología a aplicar, en correspondencia con el problema científico a resolver, se conformó el equipo de investigadores con un carácter heterogéneo (Anexo 1), constituido de la siguiente forma:

- Estudiante de 6.º año de la carrera de Licenciatura en Contabilidad y Finanzas, Autora del Trabajo de Diploma.
- Doctora en Ciencias Económicas, Tutora.
- Doctora en Medicina, Especialista en Administración y Organización en Salud, de Primer y Segundo grado, Tutora.
- Doctora en Medicina, Especialista en Epidemiología, Consultante.
- Una enfermera Especialista
- Dos Enfermeras Superior

- Un Master en Economía de la salud
- Un Master en Contabilidad Gerencial
- Personal del departamento de Contabilidad del Hospital
- Una especialista en costo

3. Identificación de la perspectiva del estudio y horizonte temporal:

Se realizó un estudio de evaluación financiera retrospectiva de corte transversal en el período comprendido entre los años 2012 y 2016. Es considerado de corte transversal porque, a pesar de estudiarse una enfermedad que se caracteriza por manifestarse en varios estadios, el estudio se enfocó en los costos del tratamiento de la opción a evaluar en un momento determinado del tiempo. Se escogió ese período con el fin de analizar la evolución de los costos en los últimos cinco años, garantizando a su vez el nivel de actualización requerido para este tipo de estudio.

La investigación se ejecutó desde la perspectiva de la institución de salud: Hospital Pediátrico Provincial de Holguín "Octavio de la Concepción de la Pedraja", y se valoraron los costos del tratamiento de las IAAS en el servicio de Terapia Intensiva por ser el de mayor nivel de prevalencia y el de mayor mortalidad (17 fallecidos en el período 2012-16). La Sala de Terapia Intensiva tiene diez camas distribuidas en dos cubículos de tres camas cada uno, ubicados a la derecha de la sala, y cuatro con una sola cama, dos a la izquierda y dos a la derecha, para los pacientes que requieren aislamiento; posee además un puesto de control de enfermería; una taquilla para cambio de ropa de trabajadores y un cuarto de la guardia médica.

4. Declaración de la población a estudiar y criterios de exclusión:

En el período comprendido entre los años 2012-2016 el total de pacientes ingresados en el servicio de Terapia Intensiva del hospital objeto de estudio, que adquirieron infecciones asociadas a la asistencia sanitaria fueron 106 (N=106), y el grupo de investigación decidió analizar el 100 % de las Historias clínicas, es decir la muestra es también 106 (n = 106).

Criterios de inclusión:

Se consideraron todos los pacientes ingresados en la sala de Terapia Intensiva que recibieron tratamiento médico por infecciones hospitalarias en el período objeto de estudio.

Criterios de exclusión:

Dos pacientes cuyas historias clínicas no están por traslado de provincia.

Etapas 2: Identificación y cálculo de los costos generados

1. Identificación, descripción y caracterización de la opción a evaluar.

Los pacientes atendidos por IAAS en la sala de Terapia Intensiva son pacientes que durante su estancia en la sala adquieren enfermedades que no habían manifestado ni estaban en su periodo de incubación, es decir son infecciones que adquieren dentro de la sala, las cuales pueden presentarse como Sepsis, Neumonía, Traqueítis, Infecciones en el Sitio Quirúrgico (ISQ), Infecciones de Piel y Mucosa e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), entre otras. Según el tipo de contagio y patología del paciente se les indican estudios de laboratorio clínico, laboratorio microbiología, Rx, ultrasonidos y a partir de los resultados obtenidos en los exámenes complementarios son tratados con diferentes medicamentos como soluciones parenterales, medicamentos antimicrobianos, antieméticos, antipiréticos y antibióticos, los cuales son administrados de forma intramuscular, endovenosa y por la vía oral. De forma general este es el procedimiento usado para combatir la enfermedad en los días de hospitalización.

2. Selección del tipo de análisis aplicable

El tipo de estudio que se escogió para esta investigación corresponde a un análisis de costos que, según Drummond (1997) se clasifica como descripción de costos, la cual constituye una Evaluación Financiera de tipo parcial en la que se evalúa solo costos; sin embargo la investigación va más allá de la descripción pues incluye además el análisis de los resultados del cálculo realizado y un análisis parcial sobre el impacto de las IAAS en la calidad de la asistencia sanitaria.

3. Identificación de los costos generados y construcción de la base de datos.

Para la identificación de los costos inicialmente se consultó al personal del Departamento de Contabilidad del Hospital, a la Especialista en Costo, en Energía,

Recursos Humanos, y del personal del departamento de Estadística. Para efectuar el cálculo se tomó como muestra las 106 historias clínicas que constituyen el 100 % de la población a estudiar, con el fin de extraer los datos pertinentes para la organización de la información, como son: nombre y apellidos del paciente, edad, fecha de infección, número de historia clínica, análisis complementarios realizados y medicamentos consumidos, estadía, fecha de ingreso y egreso. Después se confeccionó una base de datos en Excel, que permitió calcular costos directos e indirectos.

Se concibieron como costos directos: el salario del personal de la sala y el consumo de materiales y medicamentos destinados al tratamiento de las IAAS. Se determinaron los días paciente (nivel de actividad) por año, como base de cálculo de los costos.

- Para determinar el salario del personal de la sala se constató la remuneración que reciben los 14 médicos, las 34 enfermeras y los ocho trabajadores auxiliares, que completan los 56 trabajadores pertenecientes a la sala de Terapia Intensiva (Anexo 2). De acuerdo a la cuantía de salario por nivel ocupacional se calculó qué parte de este le corresponde a cada paciente hospitalizado en un día, y al multiplicarlo por el nivel de actividad de las IAAS en cada año (Días pacientes) se obtuvo el gasto de salario por estas enfermedades, el cual asciende en los cinco años analizados a un total de 650 003,64 pesos (Anexo 3).

- Por otra parte, el consumo de materiales se determinó dado el gasto que generó la atención a cada paciente, según los registros contables del Centro de Costo (Modelo Información de Centros de Costos 51-89) para cada año, entre estos: Materiales de curación, material de laboratorio, material radiológico, instrumental médico, esterilización y otros materiales, divididos entre el nivel de actividad general del hospital para hallar un costo unitario por paciente; ese costo unitario se multiplica por los días pacientes de IAAS y se obtuvo un gasto total de 29 091, 18 pesos.

- En el apartado de los medicamentos se relacionaron todos los insumidos por los pacientes en el período estudiado, especificados por año. Para el cálculo se procedió cuantificando el consumo de cada paciente en el periodo de estudio, según lo registrado en cada historia clínica, cuyo resultado fue 213 628,23 pesos.

- Para la identificación de los costos indirectos se concibieron aspectos que de manera indirecta, también participan en el tratamiento del paciente, entre ellos: los análisis complementarios, el consumo de energía en la sala, lavandería y avituallamiento, alimentación, depreciación y el gasto de teléfono, según los datos del Centro de Costo.
- Los análisis complementarios se dividieron en estudios de laboratorio clínico, imagenología y microbiología, dada su importancia se realizaron previamente para posterior diagnóstico y medicación del paciente. Para identificar estos costos se hizo necesario precisar cada uno de los reactivos utilizados, además de los materiales y equipos del laboratorio, según tarifa establecida por el MINSAP en Cuba.
- Para deducir el consumo de energía se precisó el consumo mensual de electricidad de la sala para posteriormente ser llevado al costo días/paciente. Para el cálculo se procedió multiplicando el consumo en kilowatt por la tarifa establecida por la Empresa Eléctrica.
- Los costos de la lavandería se enmarcaron en la utilización de materiales (detergente líquido y cloro) asignados mensualmente para el lavado de la ropa, se consultó con el personal de este servicio con el fin de conocer la cantidad de kilogramos (kg) de lencería que se lavan diariamente procedentes de la sala objeto de estudio. Se determinó el consumo de energía de los equipos que se utilizan en este proceso: secadora, centrífuga, lavadora, y otros como las luminarias, además del salario de los que allí laboran.
- Los costos de alimentación se determinaron teniendo en cuenta: el gasto de salario de los cocineros, asistente integral de servicios de salud, auxiliar general y el jefe de cocina; además de la energía que consumen los equipos de la cocina: las luminarias, nevera, y el refrigerador. Se consideró además el costo de la bandeja tanto del paciente como del acompañante, asumiendo una bandeja estándar de alimentos con arroz, proteínas, ensalada, vianda y postre, discrepando en el postre y en ocasiones en las proteínas, y considerando dos bandejas diarias para cada uno, un desayuno para el paciente y uno para el acompañante, además de tres meriendas para el paciente y tres para el acompañante.

- El costo por concepto de depreciación consideró los equipos que aún no han perdido toda su vida útil en la sala, según datos del registro del Centro de Costo. Para su cálculo se tomó la depreciación mensual, se llevó a días y más adelante se dividió entre la cantidad de pacientes hospitalizados en la sala por IAAS, este resultado se multiplicó por las estadías de cada uno de ellos.
- Para el análisis de los gastos generados en la sala por concepto de utilización del teléfono, se trabajó con la información correspondiente al consumo mensual (CUP) de la sala y se calculó el consumo diario por paciente, que luego se multiplicó por su estadía para determinar a cuánto ascendía el gasto telefónico del período.
- Para el cálculo de los costos de los materiales se trabajó con los datos que se contabilizan en la cuenta de contrapartida de almacén, los que fueron suministrados por el departamento económico.

4. Cálculo de los costos generados

Dando cumplimiento al objetivo previsto en esta investigación, se pudo calcular el costo de las IAAS en la sala de Terapia Intensiva del Hospital Pediátrico de Holguín, el cual ascendió a 1 369 848,77 pesos, como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 2: Costo de los pacientes atendidos en la Sala de Terapia Intensiva del Hospital Pediátrico de Holguín, período 2012- 2016 (UM: Pesos)

Años	Salarios	Medicamentos	Materiales	Gastos indirectos	Total por años
2012	33 769,18	20 394,87	2 096,00	35 401,44	91 661,49
2013	70 796,06	44 958,04	3 473,90	63 667,32	182 895,32
2014	157 930,30	32 818,51	6 671,28	118 610,16	316 030,25
2015	119 028,30	20 633,98	4 902,00	77 116,20	221 680,48
2016	268 479,80	94 822,83	11 948,00	182 330,60	557 581,23
Total	650 003,64	213 628,23	29 091,18	477 125,72	1 369 848,77

Fuente: Elaboración propia

4.1 Cálculo parcial de los costos intangibles

Aunque resulta complejo cuantificar los costos intangibles en evaluaciones económicas en el sector de Salud, en esta ocasión se realizaron cálculos relacionados con los gastos de salario que aproximadamente dejaron de obtener los acompañantes, durante los días de hospitalización de los pacientes con IAAS, como se sugiere en la metodología empleada.

Para ello se tomaron los días pacientes (nivel de actividad) en cada año y se dividieron entre 30 días que como promedio tiene un mes, para obtener cuántos meses representaban. El resultado se multiplicó por el Salario medio mensual, según el Anuario estadístico de la provincia Holguín 2015, Edición 2016, para cada uno de los años y como en esos datos aún no está el del año 2016, se tomó el del año 2015 aunque se sabe que en realidad es un valor menor que el que se pagó ese año.

Los valores asumidos para los cálculos parten del supuesto que como los pacientes son niños, todos tienen al menos un acompañante durante toda la estancia en el hospital y, con independencia del vínculo laboral y el salario devengado, se tomó el salario medio provincial, lo cual indica que los resultados son aproximaciones preliminares. En la siguiente tabla se muestra el resultado de esos cálculos.

Tabla 3: Costo por concepto de salarios dejados de ingresar por familiares de pacientes de la Sala de Terapia Intensiva del Hospital Pediátrico de Holguín, período 2012- 2016

Años	Días pacientes	Meses	Salario medio mensual(Pesos)	Salario Afectado (Pesos)
2012	262	8,7	460	4 002,00
2013	431	14,3	475	6 792,50
2014	722	24,0	575	13 800,00
2015	430	14,3	670	9 581,00
2016	1030	34,3	670	22 981,00
Total	2875			57 156,50

Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos no expresan gastos para el Hospital sino ingresos dejados de obtener por las familias de pacientes con IAAS. Su intangibilidad es tal, que no permite precisar con exactitud en cuánto se afectó cada familia, pero puede afirmarse que hay muchas familias afectadas, que dejaron de obtener aproximadamente entre todas 57 156, 50 pesos de su salario, lo que permite considerar que el costo económico y social de este tipo de enfermedades crecerá cada año si no se toman decisiones encaminadas a lograr un servicio sanitario más seguro.

Etapa 3. Conclusiones del estudio

1. Descripción y análisis de los costos generados.

Los resultados obtenidos muestran que en el período analizado los costos por IAAS ascendieron a 1 369 848, 77 pesos, y como el nivel de actividad promedio para los cinco años fue de 2875 días pacientes, se pudo determinar que el costo unitario promedio de la estancia de un paciente con infecciones hospitalarias durante un día en el servicio de terapia intensiva en este hospital es de 476,47 pesos.

El costo unitario para cada uno de los años se comportó de la siguiente forma:

Tabla 4: Costo unitario promedio por IAAS para cada año del período 2012- 2016, en la Sala de Terapia Intensiva del Hospital Pediátrico de Holguín

Años	Costo total IAAS (Pesos)	Días pacientes	Costo unitario/Días pacientes (Pesos)
2012	91 661,49	262	347,85
2013	182 895,32	431	424,35
2014	316 030,25	722	437,71
2015	221 680,48	430	515,53
2016	557 581,23	1030	541,34
Total	1 369 848,77	2875	476,47

Fuente: Elaboración propia

El análisis del comportamiento del costo unitario promedio por día paciente, con IAAS en cada uno de los años estudiados, permite afirmar que ha existido un incremento significativo y que el costo unitario promedio para el año 2016 (541,34 pesos), en comparación con el costo unitario de las IAAS en el año 2012 ha crecido un 55,6 %.

Además, si se compara este costo unitario, asociado a las infecciones hospitalarias, con el costo unitario promedio del hospital (Anexo 4), se puede apreciar que se cumple lo planteado en la literatura especializada en relación a que estas infecciones triplican los costos. Por ejemplo, el costo unitario de un día de hospitalización en el año 2016 fue de 160,85 pesos y el costo unitario de un día de hospitalización por IAAS fue 541,34 pesos, es decir 3,36 veces más que lo que se gastó en un paciente que no se infectó en el hospital.

Las dificultades confrontadas durante la investigación para obtener la información llevan a considerar la posibilidad de que estas cifras sean mayores, pues en ocasiones no todos los medicamentos y materiales empleados se registran contablemente, sin embargo aun así, muestran que los gastos asociados a estas enfermedades son significativos.

Teniendo en cuenta el impacto económico de estas enfermedades en el costo hospitalario fue acertado, además, buscar la relación de estos gastos con el presupuesto asignado al hospital y se obtuvo que, por ejemplo para el año 2016 los costos por infecciones hospitalarias representan el 2,04 % del presupuesto total ($557\,581,23 \div 27\,200\,000 \times 100$), es decir, un dinero que pudo ser empleado para otros usos si se pudieran evitar esas enfermedades.

En esta investigación se añade en la tercera Etapa, una acción que no está incluida en la Metodología propuesta por Pupo (2015), pero que puede ser muy útil como complemento en el análisis de los costos pues se refiere al impacto de las IAAS no sólo desde el punto de vista cuantitativo en los costos hospitalarios y en la ejecución del presupuesto del hospital sino también, desde el punto de vista cualitativo, qué impacto tienen las IAAS en la calidad del servicio.

Para la realización de este análisis del impacto de las IAAS en la calidad del servicio fueron elaboradas tres encuestas (Anexo 5). La selección de las muestras a las que se iba a aplicar el instrumento de investigación se hizo de forma aleatoria y estratificada, según áreas de interés para el estudio, como son acompañantes de la sala de terapia intensiva, acompañantes en cuerpo de guardia y trabajadores del hospital. El tamaño de la muestra se determinó por conglomerado y a criterio de expertos, para los acompañantes de terapia el 100 % de los ingresados en el periodo en que se realiza la investigación, es decir marzo-mayo 2017, por lo que $n=20$; para los trabajadores $n= 86$, incluyendo personal médico y de apoyo, directivos y obreros, y para los acompañantes en cuerpo de guardia $n= 150$, por el flujo promedio diario de personas que pasan por ese servicio (Egaña, 2010).

En las encuestas realizadas a los 20 acompañantes de los pacientes ingresados en Terapia Intensiva, el 58,3 % reciben los servicios del hospital desde hace más de tres años y 9 respondieron que sus pacientes han adquirido enfermedades diferentes a las que motivaron ingresos anteriores, lo cual indica que conocen el hospital y por tanto pueden valorar su servicio. El 100 % manifestó estar satisfecho con la calidad de la asistencia médica recibida y aprecian el desempeño profesional del personal médico al calificarlo de bueno y excelente, sin embargo el 98,3 % de los encuestados refieren que existen condiciones que podrían favorecer que su familiar adquiera otra enfermedad en esta sala de hospitalización.

Por su parte, los 86 trabajadores encuestados valoran como muy buena la calidad del servicio que se presta en este hospital (99,2%) y tienen confianza en la calidad del trabajo que realizan sus compañeros (96,8%), pero la mayoría reconoce que ha aumentado la cantidad de pacientes ingresados que adquieren otras enfermedades asociadas a la asistencia sanitaria (79,2%) y, aunque 67,9 % plantea no haber pensado en cambiar de centro de trabajo, el 41,5 % de los trabajadores reconocen que no disponen de buenas condiciones para trabajar y el 54,7 % (47 trabajadores), afirman que tienen riesgo de contraer enfermedades en su puesto de trabajo.

Resultaron muy significativos los resultados de las encuestas aplicadas a 150 familiares que esperaban en Cuerpo de Guardia la valoración de sus pacientes por los médicos.

La mayoría de ellos, 82, que representan el 54,6%, recibía los servicios del hospital desde hacía dos años o más, es decir, tenían criterios para dar una evaluación del desempeño del mismo; el 93,2 % planteó estar satisfecho con la calidad de la atención médica, aunque más del 80 % (82,5%) declara que en caso de que el médico decida que hay que ingresar el paciente él propone hacer el tratamiento en casa.

Al analizar las respuestas ofrecidas por los que afirman que prefieren hacer el tratamiento en casa, declaran que las causas son, por orden de importancia: Que en el hospital se puede complicar y adquirir otra enfermedad (85,2%); las instalaciones no son confortables (76,3%); las condiciones higiénicas del hospital no son favorables (64,5%); a veces no hay agua (59,7%) y no disponer de otra persona que le ayude a cuidar el paciente o tiene a otras personas bajo su responsabilidad (5,7%).

Como se puede apreciar existe en la población encuestada el criterio de que es el Hospital Pediátrico de Holguín una institución sanitaria de alto riesgo para contraer infecciones hospitalarias, a pesar de reconocer la buena calidad del servicio médico, y señalan como causas de esta percepción factores que pueden ser controlables por parte de los directivos del hospital o del MINSAP, a través de acciones que mejoren las condiciones de infraestructura, hacinamiento, limpieza, alimentación, instalaciones hidráulicas y sanitarias.

En la literatura consultada para esta investigación se relaciona la presencia de las IAAS con los sistemas de higienización implementados en las instituciones y con el lavado de las manos (OMS, 2003; UNICEF, 2010). Mediante la observación directa se pudo comprobar que en la Sala de Terapia Intensiva del Hospital Pediátrico de Holguín existe un sistema de limpieza que incluye: Dos limpiezas en el día, una en la mañana y otra en la noche, en las cuales no se barre sino que primero se pasan colchas húmedas para recoger el polvo y luego se limpia con desinfectantes. En el turno de la mañana hay tres auxiliares de limpieza y en el de la noche dos auxiliares; ambos turnos de doce horas cada uno.

Una vez por semana, en el horario del amanecer, se baldean todos los cubículos; se realiza desinfección diaria a la cama del paciente y una desinfección denominada terminal cuando fallece el paciente o se traslada de la sala.

Para el lavado de las manos, que es decisivo para disminuir las infecciones hospitalarias, está establecido por reglamento (MINSAP, 1996, 2014) que debe hacerse antes y después de manipular el paciente. En un turno de trabajo de 12 horas una enfermera debe lavarse las manos de 50 a 60 veces y el médico un número menor, de 25 a 30 veces. En cada cubículo hay lavamanos, en el cuarto de la guardia médica, en la taquilla y en la sala de estar de enfermeras, y se usa una solución desinfectante de alcohol yodado. En esta investigación no fue posible comprobar que se cumpla lo normado en el reglamento pero puede ser objeto de análisis en estudios futuros.

2. Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten concluir que el costo unitario promedio de hospitalización por IAAS en el servicio de terapia intensiva del Hospital pediátrico de Holguín, en el período 2012-2016 es de 476,47 pesos, casi tres veces el costo de un paciente sin IAAS, y que si bien se ha logrado progresar en la disminución de estas infecciones, gracias a los esfuerzos que se realizan a todos los niveles en el sistema nacional de salud, siguen siendo factores contribuyentes importantes de morbilidad y mortalidad, y reflejo de problemas en la calidad asistencial.

CONCLUSIONES GENERALES

La investigación realizada ha permitido constatar que existe un escaso número de estudios que ofrezcan información sobre costos relacionados con las IAAS, especialmente en el contexto del servicio pediátrico cubano, pero aun así, se pudo comprobar que las infecciones hospitalarias determinan un incremento en la estancia hospitalaria y en los costos. Así mismo, el desarrollo del marco conceptual en el tema de las evaluaciones económicas y de los Costos hospitalarios, permitió enriquecer teóricamente los resultados obtenidos en la investigación.

La implementación de programas y políticas efectivas de control de estas infecciones contribuirá a un uso más efectivo de los recursos y a la reducción, de forma significativa, de la carga económica que ellas representan para los hospitales, a la vez que aportan a un mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

El resultado de los análisis demostró que sólo una correcta evaluación de los costos de estas IAAS, asociado a evaluaciones de calidad hospitalaria, puede favorecer la toma de decisiones de los directivos del Sector Salud para la prevención de dichas infecciones y el establecimiento de programas de mejora en función de ofrecer servicios de salud seguros.

RECOMENDACIONES

- 1- A futuros investigadores sobre este tema, sería aconsejable realizar estudios que aportaran información sobre los costos de manera global pero también de manera individualizada, según el tipo de infección, considerando la gravedad de cada infección y las diferentes repercusiones en el tiempo de estadía, pruebas diagnósticas y tratamientos requeridos por cada una de ellas; e incluir otras perspectivas para la evaluación económica, no sólo la hospitalaria, sino también los costos de la rehabilitación, la familiar y la social, lo que aportaría un valor añadido a los resultados.
- 2- A la Dirección del Hospital Pediátrico de Holguín recomendamos la socialización de los resultados de esta investigación con todos los prestadores de los servicios asistenciales en función de potenciar la importancia del desarrollo de una conducta responsable en cada proceso del paciente, y en el Departamento económico, para ser tenidos en cuenta en el proceso de elaboración del Anteproyecto de Presupuesto.
- 3- A la Dirección del Hospital Pediátrico de Holguín, en coordinación con el Departamento de Informática, elaborar un programa de computación que automatice y simplifique los registros y cálculos de los gastos en los Centros de Costo, lo que deberá redundar en una confiabilidad mayor de los resultados y por tanto en un mayor y mejor empleo de estos, que favorezcan la efectiva toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Gómez, Duque. (1996). Un método rápido para el cálculo de los costos hospitalarios. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Vol. 44 No. 2 (pág. 63-69).

Aschengrau, A. Seage, Ed. Jones and Bartlett, Sudbury MA. (2006). Epidemiología de las infecciones Asociadas a la Atención en salud; 135-162. Disponible en <http://publichealth.jbpub.com/aschengrau/Aschengrau06.pdf>

Ávila, A. & Peña, E. (2014). Análisis de Impacto Presupuestal del estudio de inmunofluorescencia directa (IFD) en biopsia para el diagnóstico de dermatitis herpetiforme. Bogotá, Colombia. Recuperado el 25 de mayo de 2016, de <http://www.ppge.ufrgs.br>

Balanda, A. (1995). -Parte I-Teoría general del costo. Contabilidad de costos.

Breff, P. (2014). Análisis de los costos del tratamiento de los pacientes quemados en la sala de Caumatología del Hospital Pediátrico Universitario “Octavio de la Concepción de la Pedraja” de Holguín en el período 2011- 2013. 6-31. Holguín, Holguín, Cuba.

Brosa, M., Gisbert, R., Rodríguez, J., & Soto, J. (2005). Principios, métodos y aplicaciones del análisis presupuestario en el sector sanitario. Recuperado el 25 de mayo de 2016, de <http://www.iets.org.co/reportes-iets/Documentacin%20Reportes/An%C3%A1lisis%20de%20Impacto%20Presupuestal%20dermatitis%20herpetiforme.pdf>

Cárdenas J M, Collazo H M, Cosme J et al. (2001). Alcance y aplicación de la Economía de la Salud (Serie Desarrollo de la Representación OPS / OMS Cuba. Nr. 24).

CENIDSP. Centro de Información para Decisiones en Salud Pública.(2014) Infecciones nosocomiales en el Hospital Infantil de México,

Cosme J, Cárdenas J y Miyar R. (1999). Economía y Salud: Concepto, retos y estrategia. (Serie Desarrollo de la Representación OPS/OMS Cuba. nr 22).

Cosme Casulo, Jorge y colectivo de autores. (2007). Economía de la Salud. Editorial Oriente, Santiago de Cuba.

Culyer, A. (2005). Dictionary of health economics.

Drummond, M. (1997). Methods for the Economic Evaluation of Health Care. Second Edition. Oxford University Press.

Drummond, Torrance, G., & Stoddard, G. (1991). Métodos para la evaluación de los programas de atención a la salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Egaña Morales, Esteban. (2010). La estadística, herramienta fundamental en la investigación pedagógica. Editorial Pueblo y Educación.

Gálvez, A.M, & Camaros, J. (2000). Tendencias de la Economía de Salud en Cuba. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.

Gálvez, G. A. (2001). Taller de evaluación económica en Salud. La Habana.

Gálvez González, A. M. (2003). Guía metodológica para la evaluación económica en salud. Cuba. La Habana, Cuba.

Gálvez González, A. M. (2004). Evaluación económica en salud en Cuba. Instrumento para la toma de decisiones. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.

Garay, U., Caporale, J. E., Pichón-Riviere, A., García Martí, S., Mac Mullen, M., & Augustovski, F. (2011). El análisis de impacto presupuestario en salud: puesta al día con un modelo de abordaje genérico. Recuperado el 25 de mayo de 2016, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v28_n3/pdf/a21v28n3.pdf

Jimeno, J., Repullo, J., & Rubio, S. (2006). Manuales de dirección médica y gestión clínica. Economía de la salud: Instrumentos. Ediciones Díaz de Santos.

Hidalgo LF, Marroquín JE, Antigoni J, Samalvides F. Prevalencia de infecciones hospitalarias en un hospital peruano de nivel IV, en el año 2008. Rev Med Hered. 2011;22(2):76-81

Hidalgo Vega, Á., Coruguedo de las Cuevas, I., & del Llano Señarís, J. (2005). Economía de la Salud. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubiran”. (2011). Medición de la prevalencia de infecciones nosocomiales en Hospitales generales de las principales instituciones públicas de salud. México.

Jiménez, A. Y. (2011). Costo del tratamiento ambulatorio de pacientes con Linfomas no Hodgkin en debut. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín”. Holguín, Cuba.

Jiménez, E. (2014). Análisis de los costos del tratamiento de la Atresia Esofágica en el servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Universitario “Octavio de la Concepción de la Pedraja” de Holguín en el periodo 2010- - 2013. 1. Holguín, Cuba.

Lalonde, Marc. Informe de Lalonde. Salud y determinantes de Salud. Canadá, 1974. En <http://www.saludypoesia.wordpress.com>

Lorenzo F. Deysi. 2004. Las infecciones nosocomiales como indicador de calidad de la asistencia hospitalaria. Su impacto económico. Hospital Pediátrico Universitario. “Octavio de la Concepción de la Pedraja”.

MEDISAN. 2013. Prevalencia de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en hospitales provinciales de Santiago de Cuba vol.17 no.12 Santiago de Cuba.

Mérida Mingarro, M. Á. (2006). “Metodología para el análisis de la Eficiencia Hospitalaria y Eficiencia Económica y su aplicación en el Hospital Provincial Pediátrico Docente “Octavio de la Concepción y la Pedraja”, de Holguín”. Holguín, Cuba.

MINSAP, 1984. Reglamento y Normas Nacionales para la prevención y control de la infección Hospitalaria.

MINSAP, 1985. Reglamento General de Hospitales.

MINSAP, 1990. Programa de prevención y Control de la infección hospitalaria.

MINSAP, 1992. Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica Hospitalaria.

MINSAP, 1996. Programa de prevención y Control de la infección hospitalaria.

MINSAP, 2009. Dirección de Finanzas y Contabilidad. Manual de Instrucciones y Procedimientos de Costos en Salud.

MINSAP, 2013. Dirección de Economía. Manual de instrucciones y procedimientos de costos en Salud.

MINSAP, 2014. Comité de Control y Prevención de Infecciones asociadas a la Asistencia Sanitaria. Rev Ciencias Médicas vol.18 no.3 Pinar del Río mayo-jun.

Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. (2015). Centro de Publicaciones. Revisión sistemática de eventos adversos y costes de la no seguridad.<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

Moreno Domene, Estévez, Lucas, Joaquín, Moreno Ruiz, José Antonio. (2010). Indicadores de gestión hospitalaria. Revista Sedisa s.XXI, No. 16.

Moreno Viscaya, M., Mejía Mejía, A., & Castro Jaramillo, H. E. (2014). Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Manual para la elaboración de evaluaciones económicas en salud. Bogotá, Colombia. Recuperado el 25 de Mayo de 2016, de

<http://www.iets.org.co/Manuales/Manuales/Manual%20evaluacio%CC%81n%20econo%CC%81mica%20web%2030%20sep.pdf>

Mushkin, S. (1999). Hacia una definición de la economía de la salud. Lecturas de Economía, número 51., 89-109. OMS. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Disponible en www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/. 30 de marzo 2017.

Oficina Nacional de Estadística (ONE). Provincia Holguín. (2016). Anuario estadístico de Holguín 2015, Edición 2016. Holguín.

OMS. (2003). Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. Segunda edición.

OMS. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Disponible en www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/. 30 de marzo 2017

Ortún, V. (1992). Economía en Sanidad y Medicina. Instrumentos y limitaciones. Barcelona: Hogar del Libro.

Pacheco, V y Gutiérrez Castañeda, D. 2012. Vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Rev. Ciencias Médicas vol.18 no.3 Pinar del Río mayo-jun.

Phelps, C. (1992). Health Economics. Nueva York: Harper Collins.

Pupo, Y. (2015). Metodología para calcular y analizar costos en el Hospital Pediátrico Universitario de Holguín "Octavio de la Concepción de la Pedraja". Tesis de Maestría en Contabilidad de gestión, Universidad de Holguín.

Revert, Consuelo (2005). Estudio epidemiológico de la infección nosocomial en el servicio de UCI del Hospital Universitario de Canarias. Soportes audiovisuales e informáticos. Serie Tesis Doctorales. Universidad de La Laguna. España.

Revista cubana de salud pública versión On-line ISSN 0864-3466. (enero-marzo de 2004). La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Rodríguez Jiménez, E. (2000). Costos en salud: del análisis contable a la evaluación económica. Obtenido de Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592000000100002#3

Rodríguez L, M. (2006). Conceptos de economía de la salud para médico. México D.F: Instituto Mexicano del Seguro Social.



Romero Reyes, Yanet. (2015). Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciada en Economía. Análisis del costo del tratamiento de las Enfermedades Diarreicas Agudas en el Hospital Docente “Guillermo Luis Fernández Hernández Baquero” de Moa.

Sarduy, A., Quintero, D., González, Y., & Nazco, B. (s.f.). La regulación contable cubana en el período revolucionario. Apuntes para una historia. Las Villas, Cuba. Recuperado el 20 de mayo de 2016, de <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2007/asq.htm>

UNICEF, ONU. (2010). Recomendaciones para la prevención de infecciones intrahospitalarias. Higiene de manos en servicios de neonatología.

Vega Falcón, V. (s.f.). La Contabilidad y su evolución en Cuba. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos14/contacuba/contacuba.shtml> Vega Falcón, V. & Armenteros Díaz, M (s.f.). Evolución Histórica de la Contabilidad de Gestión en Cuba. Recuperado el 20 de Mayo de 2016, de <http://www.observatorio-iberoamericano.org/Cuba.htm>

ANEXOS

ANEXO 1: Grupo de investigación

No.	Nombres y Apellidos	Profesión	Institución
1	Yailin Martínez Fernández	Estudiante Contabilidad y Finanzas	UHo
2	Norma Sánchez Paz	Profesora de Economía	UHo
3	Deysi Lorenzo Felipe	Médico, Espec. 1er y 2do Grado	UCM
4	Dulce María Navea Tamayo	Médico, Espec. 1er Grado	Hosp. Ped.
5	Georgina Hernández Perdomo	Enfermera Especialista	Hosp. Ped
6	Leticia L. Campaña Hidalgo	Enfermera Superior	Hosp. Ped
7	Alina C. García Cruz	Enfermera Superior	Hosp. Ped
8	Galina Peña Mateo	Master en Economía de la Salud	UHo
9	Yarima Pupo Arias	Master en Contabilidad Gerencial	UHo

ANEXO 2 Trabajadores de la sala de terapia intensiva y salarios básicos.

Estructura de la Plantilla:

Médicos: 14 Enfermeras: 34 Auxiliares: 8 Total: 56

Salarios básicos (UM: Pesos)

Médicos:

Jefe Sala (1): 1800.00

Médico con 2 Especialidades (6): 1600.00

Médico Especialista 1er Grado (2): 1460.00

Médico Especialista Residente (3): 1460.00

Médico Residente 1er año (2): 1200.00

Enfermeras:

Jefa de Sala (1): 1200.00

Enfermera Especialista (3): 940.00

Enfermera Superior (28): 860.00

Enfermera Técnico (2): 720.00

Auxiliares:

Asist. Integral de Servicio a Salud (8): 490.00



ANEXO 3. GASTOS DE SALARIO EN TERAPIA INTENSIVA

Años	Salario Total (Pesos)	Nivel de Actividad (Días pacientes)	Gasto de Salario Unitario (Pesos)	Nivel de Actividad IAAS (Días paciente)	Gastos de Salario IAAS (Pesos)
2012	348 029.00	2700	128.90	262	33 769.18
2013	394 722.00	2403	164.26	431	70 796.06
2014	572 881.00	2619	218.74	722	157 930.30
2015	716 677.00	2589	276.81	430	119 028.30
2016	774 710.00	2972	260.66	1030	268 479.80
Total					650 003.64



ANEXO 4. COSTO UNITARIO HOSPITALARIO Y PRESUPUESTO

Años	Presupuesto del Estado (MMP)	Costo Total de Hospitalización (Pesos)	Pacientes (Uno)	Costo Unitario por Pacientes (Pesos)
2012	15 788.60	11 578 591.00	83 288	139.02
2013	19 051.00	13 626 390.00	80 330	169.63
2014	23 902.20	16 460 559.00	104 991	156.78
2015	26 808.40	18 439 737.00	119 368	154.48
2016	27 200.00	18 643 716.00	115 911	160.85

ANEXO 5. Encuestas aplicadas para evaluar impacto de las IAAS en la calidad

Encuesta a acompañantes de pacientes ingresados en Sala de Terapia Intensiva

En el Hospital Pediátrico Provincial de Holguín "Octavio de la Concepción de la Pedraja" se realiza un estudio para conocer y evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares con la calidad del servicio prestado. Con disculpas por las molestias que podamos ocasionarle, le solicitamos su gentil colaboración en responder con absoluta sinceridad las preguntas que a continuación le realizamos, con todo lo que contribuirá a la fidelidad de nuestras valoraciones en función de continuar mejorando el servicio que se ofrece.

Por favor, marque con una X la respuesta seleccionada.

1.- ¿Desde cuándo usted recibe los servicios del hospital?

- a) Menos de un año ____ b) De 1 a 2 años. ____ c) De 2 a 3 años. ____ d) De 3 a 4 años ____
 e) Más de 5 años ____

2.- ¿Cuántas veces ha participado en el ingreso de sus familiares?

- a) Una sola vez ____ b) Dos veces c) Más de tres veces ____

3.- ¿Alguna vez su familiar en ocasión de su estancia, como paciente ingresado ha contraído alguna enfermedad diferente a la que motivó su internamiento?

No ____ Sí ____, en caso afirmativo ¿Cuál? _____

4.- Se siente usted satisfecho con la atención médica recibida

Sí ----- No -----. De resultar negativo podría precisar las causas:

5.- ¿Cómo aprecia el desempeño profesional del personal médico?

Buena ----- Regular ----- Mala -----

6.- ¿Cómo valoraría usted la calidad de los siguientes servicios?

Conceptos	Buena	Regular	Mala
Alimentación			
Limpieza			
Ética y Profesionalidad de los trabajadores			

7.- ¿Considera usted que existen condiciones que podrían favorecer que su familiar adquiera otra enfermedad en esta sala de hospitalización?

- a) Mucho ____ Poco ____ Ninguno ____

8.- ¿Tiene alguna recomendación para mejorar el servicio?

Le agradecemos su atención y efectiva colaboración así como le reiteramos disculpas por las molestias ocasionadas.



Encuesta a Trabajadores

En el Hospital Pediátrico Provincial de Holguín Octavio de la Concepción de la Pedraja se está realizando un estudio para evaluar el impacto de las enfermedades asociadas a la asistencia sanitaria en el costo hospitalario y en la calidad del servicio que se presta. Por ser usted un trabajador de este hospital, con disculpas por las molestias que podamos ocasionarle, le solicitamos su gentil colaboración en responder con absoluta sinceridad las preguntas que a continuación le realizamos, con todo lo que contribuirá a la fidelidad de nuestras valoraciones en función de continuar mejorando el servicio que se ofrece. Por favor, marque con una X la respuesta seleccionada.

1- Señale la categoría profesional a la que usted pertenece.

a) Cuadro__ b) Técnicos __ c) Administrativos __ d) Servicios __ e) Operario __

2.- ¿Qué tiempo lleva laborando en este hospital?

Entre uno y cinco años_____ Entre 6 y 10 años_____

Más de 10 años_____ Más de 20 años_____

3.- ¿Ha contraído alguna enfermedad asociada a su ocupación en este hospital?

a) Sí_____ b) No_____, en caso afirmativo ¿Cuál?_____

4. A continuación le solicitamos que UD valore en una escala de 1 a 5 el nivel de concordancia suya con las afirmaciones propuestas (Totalmente de acuerdo (5) (Totalmente en desacuerdo (1)

	1	2	3	4	5
Tengo sentido de pertenencia y orgullo por trabajar en este lugar					
Valoro como muy buena la calidad del servicio que se presta en este hospital					
Ha aumentado la cantidad de pacientes ingresados que adquieren otras enfermedades asociadas a la asistencia sanitaria					
Aprecio que se no dispone de buenas condiciones para trabajar					
He considerado la opción de trasladarme a otro centro de trabajo					
Tengo confianza en la calidad del trabajo que realizan mis compañeros					
Las instalaciones del hospital son adecuadas para las actividades que se realizan					
Estoy satisfecho con las condiciones de mi puesto de trabajo					
La higiene del hospital es satisfactoria					
En mi puesto de trabajo tengo mucho riesgo de contraer enfermedades asociadas a la asistencia sanitaria					

Encuesta a acompañantes de pacientes en Cuerpo de Guardia

En el Hospital Pediátrico Provincial de Holguín Octavio de la Concepción de la Pedraja se está realizando un estudio para evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares con la calidad del servicio prestado. Por ello con disculpas por las molestias que podamos ocasionarle, le solicitamos su gentil colaboración en responder con absoluta sinceridad las preguntas que a continuación le realizamos, con todo lo que contribuirá a la fidelidad de nuestras valoraciones en función de continuar mejorando el servicio que se ofrece.

Por favor, marque con una X la respuesta seleccionada.

1.- ¿Desde cuándo usted recibe los servicios del hospital?

- a) Menos de un año ____ b) De 1 a 2 años. ____ c) De 2 a 3 años. ____ d) De 3 a 4 años ____
e) Más de 5 años ____

2.- Se siente usted satisfecho con la atención médica recibida en esta institución

Sí ----- No -----

3.- ¿Ha estado como acompañante de algún paciente ingresado en este hospital?

- a) Nunca ____ b) Una sola vez ____ c) Dos veces d) Más de tres veces ____

3.- Cuando su hijo (a) requiere asistencia médica usted lo lleva ante todo a:

- a) Consultorio ____ b) Policlínico ____ c) Hospital Pediátrico ____

4.- Si el médico decide que hay que ingresar su paciente, ¿Qué hace usted?:

- a) Acepta siempre ____ b) Propone hacer el tratamiento en casa ____

5.- Si usted prefiere hacer el tratamiento en casa, marque algunas de las causas: por orden de importancia entre 1 y 5 (1 más importante y 5 menos importante)

---- Las instalaciones no son confortables.

----Las condiciones higiénicas del hospital no son favorables

---- En el hospital se puede complicar y adquirir otra enfermedad

---- No dispone de otra persona que le ayude a cuidar el paciente o tiene a otras personas bajo su responsabilidad

----A veces no hay agua

De antemano le agradecemos su sinceridad y los aportes que sus respuestas puedan brindarnos.