

GUÍA PARA DETERMINAR LOS COSTOS DEL REINGRESO HOSPITALARIO
MEDIANTE EL MODELO ABC (ACTIVITY BASED COSTING)

VIVIANA ANDREA RESTREPO DURAN

DANIELA MARIA SILVA SALAMANCA

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD

FACULTAD DE SALUD

CALI 2020

GUÍA PARA DETERMINAR LOS COSTOS DEL REINGRESO HOSPITALARIO
MEDIANTE EL MODELO ABC (ACTIVITY BASED COSTING)

VIVIANA ANDREA RESTREPO DURAN

DANIELA MARIA SILVA SALAMANCA

Proyecto de grado para optar por el título de Especialista en auditoria en Salud

Director: Yeny Mabel Lara Parra

Codirector: Ricardo Astudillo Villegas

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD

FACULTAD DE SALUD

CALI 2020

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	3
1. INTRODUCCION	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.1. ANTECEDENTES	8
2.2. SITUACIÓN ACTUAL.....	9
2.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
3. JUSTIFICACIÓN	13
4. OBJETIVOS	15
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
5. MARCO REFERENCIAL	16
5.1. MARCO TEÓRICO	16
5.1.1. Costos Estándar	16
5.1.2. Costeo Total	17
5.1.3. Costeo Directo o Marginal	17
5.1.4. Costeo Basado en Actividades (Activity Based Costing -ABC-)	17
5.2. MARCO ÉTICO - LEGAL.....	19
5.2.1. Normatividad Internacional.....	19
5.2.1.1. Código Núremberg	19
5.2.1.2. Declaración de Helsinki	20
5.2.2. Normatividad Nacional	21
5.2.2.1. Resolución 8430 de 1993.....	21
5.3. MARCO CONTEXTUAL	22
5.4. MARCO CONCEPTUAL.....	24
5.5. MARCO DISCIPLINARIO	29
5.5.1. Ley 266 de 1996.....	29
5.5.2. Ley 911 de 2004.....	31
5.5.3. Teoría clásica de la administración Henry Fayol	32
6. METODOLOGÍA	34
6.1. TIPO DE ESTUDIO	34
6.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	34

6.3. MUESTRA.....	35
6.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	35
6.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	35
6.5.1. Criterios de inclusión	35
6.5.2. Criterios de exclusión	35
6.6. INSTRUMENTO	36
6.7. FASES DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	37
6.7.1. Selección del tema y búsqueda de artículos	37
6.7.2. Selección de artículos para el análisis.....	37
6.7.3. Consolidación y análisis	37
6.7.4. Discusión, conclusiones y recomendaciones	38
6.8. LIMITACIONES DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	38
6.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
6.9.1. PRINCIPIOS BIOÉTICOS	39
7. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	41
7.1. REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LA BIBLIOGRAFÍA DE COSTOS, REINGRESOS Y MODELO ABC.....	41
7.2. ELEMENTOS DE COSTOS ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO.....	44
7.3. GUÍA PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS COSTOS DEL REINGRESO HOSPITALARIOS.....	48
8. CONCLUSIONES	57
9. RECOMENDACIONES	58
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Ficha de Consolidación de Artículos Seleccionados	36
Tabla 2. Flujograma de Actividades para la Atención del paciente	45
Tabla 3. Elementos de los costos identificados en la atención del paciente	46
Tabla 4. Costos Ingreso del Paciente.....	49
Tabla 5. Costos Consulta del Paciente.....	51
Tabla 6. Costos Observación	53
Tabla 7. Costos Egreso del paciente.....	55

1. INTRODUCCION

En Colombia los cambios en la normatividad en los sistemas de salud han conllevado a que las entidades prestadoras de los servicios de salud adopten medidas y estrategias administrativas, financieras que les permita tomar decisiones a través de los resultados financieros. Es por ello, que las entidades de salud han implementado sistemas que les permita analizar los costos asociados a la prestación de servicios. Logrando eficiencias que mejoran su productividad y rentabilidad.

Sin embargo, existen instituciones que por su estructura financiera aún no cuentan con sistemas de costos que les permita tomar decisiones lo que conlleva a la falta de estandarización en procesos y por ende a fallas en ellos. Así mismo, la falta de control y vigilancia por los entes encargados dificultan la implementación de la normatividad vigente.

Adicionalmente existen factores que pueden impactar los costos hospitalarios como por ejemplo los reingresos de los pacientes, los cuales son considerados como un indicador de calidad en la atención del paciente. Una readmisión produce costos directos e indirectos, como recurso humano administrativo y asistencial, consumo de insumos, consumo de medicamentos, infraestructura, y además de la insatisfacción del usuario como la limitación de la capacidad de la institución y calidad en la prestación de los servicios.

Por consiguiente, es importante que las entidades de salud logren instaurar modelos para costear el reingreso hospitalario. Por esta razón el presente trabajo plantea una guía para determinar los costos del reingreso hospitalario mediante el modelo ABC (Activity Based Costing) con el cual se puede identificar los elementos del costo asociado a la readmisión de un paciente.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. ANTECEDENTES

En la década de los 90's se reforma el Sistema Nacional de Salud, con la implementación de la Ley 10 de 1990 por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud. El Artículo 8 de la presente ley, establece que la Dirección Nacional del Sistema de Salud estará a cargo del Ministerio de Salud y por consiguiente deberá formular políticas y establecer normas científico-administrativas para las entidades de salud. (1)

En el año 1993 se crea un sistema de seguridad social en salud mediante la ley 100 de 1993 en la cual se establece la necesidad e importancia de adoptar un sistema contable que permita recolectar información de los costos de los servicios de salud, asimismo las entidades promotoras de salud, públicas o privadas deben de disponer de un sistema de costos, facturación y publicidad que garantice una separación de los ingresos y egresos para cada servicio prestado utilizando métodos sistematizados.(2)

En el año 2007 la Contaduría General de la Nación emitió un marco de referencia para la implementación del sistema de costos en las entidades del sector público, estableciendo los lineamientos principales para un modelo contable. (3)

Mediante la Resolución 1446 de 2006, se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud como Tasa de Reingreso de

pacientes hospitalizados posteriormente la Ley 1438 de 2011, adoptó reformas al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y finalmente la resolución 256 del año 2016 fortaleció el Sistema de información para la calidad a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los agentes del SGSSS. (4)

El Ministerio de la Protección Social en el año 2010 estableció una guía metodológica de cálculo de costos de calidad y no calidad. En la cual, define que es necesario que las organizaciones de salud identifiquen, recopilen y supervisen los costos de la calidad, puestos que estos costos indicarán el potencial de mejora y proporcionarán la base para que las instituciones de salud determinen la utilidad de invertir en un proceso, modificar el procedimiento de operación estándar o revisar el diseño de un producto o servicio. (5)

2.2. SITUACIÓN ACTUAL

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia ha logrado varios avances, para el año 2018 el 95% de la población se encontraba asegurada, equilibrando el plan de beneficio en el régimen contributivo y subsidiado. Así mismo, para el año 2018 se amplió el plan de beneficios en 60 principios activos (medicamentos) y 34 procedimientos, a la vez que se aumentó en 9,4% el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) promedio en el régimen subsidiado; este valor es superior al incremento para el régimen contributivo (5,31%, en promedio) lo que constituye un avance adicional en materia de igualación entre regímenes. (6)

Adicionalmente, la pirámide poblacional ha evolucionado observándose bajas tasas de fecundidad y mortalidad, incremento del envejecimiento, enfermedades

crónicas y de alto costo, así como el fenómeno de migración hacia el país por parte venezolanos. Las expectativas de los usuarios son cada vez mayores porque conocen sus derechos y exigen acceso a más servicios de salud de calidad.

Los reingresos hospitalarios son una problemática frecuente, multifactorial, puede ocurrir por falta de adherencia al tratamiento o inadecuado abordaje en el proceso de atención en salud a la vez por fallas en la calidad de la información dada al paciente y familia.

La tasa de reingresos se ha considerado como un indicador de calidad y eficiencia de la prestación de los servicios de salud, la tendencia del indicador en Colombia ha sido decreciente. Según el informe nacional de calidad de Atención en salud del 2015 la tasa de reingresos hospitalarios en el año 2009 fue de 1,82%, en el 2010 1,35%, 2,02% en 2011, 1,42% en 2012, 1,69 en 2013, 1,35% en 2014.(7) En los hospitales públicos en Colombia pasó de 1,92% en el 2017 a 1.51% en 2018, de acuerdo las tasas reportadas se observa que el número de readmisiones es muy variable lo que hace pensar que muchas instituciones no han identificado las fallas de sus procesos y por lo tanto no han sido intervenidos a pesar de que estos son prevenibles.

También se encontró que el 95% de las instituciones de salud públicas de Colombia, no posee un sistema de información de costos en salud que le permita a la dirección de las mismas, tomar decisiones de relevancia con bases sólidas en temas de eficiencia de personal, control de medicamentos e insumos, infraestructura, contratación y convenios con las diferentes entidades promotoras de salud (EPS). (8)

En el año 2012, Fernández, V. Barbosa, A., en su estudio “sistema de costeo ABC en la gestión de los hospitales: una reflexión” evidencian que el sistema de costeo ABC es importante para el análisis de los precios de los servicios, dado que permite conocer el rendimiento de cada actividad en relación con el rendimiento general de la institución de salud y determinar la eficiencia de los controles. (9)

En el año 2016, Caballero A, Pinilla M, Suárez I, Acevedo J, en su estudio “Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia” concluyeron que uno de cada 10 pacientes que egresan de nuestros hospitales y clínicas reingresan a los 30 días, con mortalidad y estancia mayor, comparadas con el grupo que no reingresa, y consumo del 16% de los costos globales de la atención hospitalaria. (10)

En el mismo Año, Ballesteros Germán G, en su estudio “Propuesta de un sistema de costos ABC para la IPS salud Confamiliares” describe que el sistema ABC Costeo Basado en Actividades (Activity Based Costing ABC) refleja mayor exactitud que los sistemas tradicionales al informar sobre las actividades y esfuerzos necesarios para producir un bien o un servicio, a través de cálculo de los costos de dichas actividades. (11)

En conclusión, un sistema de costos permite que las entidades prestadoras de salud asocien las actividades con los costos del producto, para eliminar aquello que no agregue valor y poder mejorar la calidad en la atención del paciente, sin embargo, la implementación de un sistema de costo requiere que la entidad cuente con los recursos financieros disponibles. Adicionalmente la normatividad y sus reformas son insuficientes generando fallas en la metodología de costos y por ende en la toma de decisiones.

Por lo tanto, el presente trabajo plantea una guía para determinar los costos del reingreso hospitalario de entidades de salud públicas o privadas mediante el modelo ABC (Activity Based Costing).

2.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo determinar los costos del reingreso hospitalario mediante el modelo ABC (Activity Based Costing)?

3. JUSTIFICACIÓN

Las entidades de salud tanto públicas como privadas buscan mejorar su rentabilidad y productividad mediante las mejores prácticas de manufactura en la prestación de servicios de salud, de igual forma optimizar sus recursos financieros para disminuir sus costos hospitalarios. Sin embargo, existen factores donde la atención del paciente puede generar un costo adicional por la falta de adherencia a los protocolos asistenciales y administrativos como por ejemplo los costos por los reingresos hospitalarios.

Los reingresos hospitalarios traen consigo no solo problemas de calidad y eficiencia sino también problemas financieros, dado que los costos se incrementan por causa de la demanda a las que están obligados a atender los centros médicos de atención, y la cual se disminuiría si se tomaran las medidas necesarias para la reducción de la tasa de reingresos. (12)

Por consiguiente, es importante que las instituciones generen un proceso de atención integral garantizando la seguridad del paciente y evitando el reingreso hospitalario. El cual no solo genera un costo en las instituciones prestadoras de salud sino también social, familiar y psicológico para el paciente.

Por otra parte, la auditoría dirigida a los prestadores de servicios de salud se centra en diseñar y poner en marcha un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna para mejorar la calidad de los procesos destinados a garantizar el acceso a los servicios de salud. (13) De igual forma, el auditor es el encargado de realizar una evaluación, llevar un seguimiento, control de los procesos

asistenciales y administrativos para mejorar la calidad en la atención del paciente.

Por lo anterior, esta investigación permitió definir una guía para determinar los costos del reingreso hospitalario para las entidades prestadoras de salud mediante el modelo ABC (Activity Based Costing).

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Proponer una guía para determinar los costos del reingreso hospitalario mediante el modelo ABC (Activity Based Costing).

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar bibliografía de costos, reingresos y modelo ABC.
- Describir los elementos de costos asociados al reingreso hospitalario.
- Establecer una guía para la determinación de los costos asociados al reingreso hospitalario.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1. MARCO TEÓRICO

La investigación se basa en el estudio el modelo ABC para determinar los costos asociados al reingreso hospitalario, para ello, es importante definir que es modelo ABC y conocer la normatividad que se encuentra vigente en el país para de las instituciones de salud.

Los modelos de Costos, son sistemas de información que permiten determinar el costo de actividades, procesos, productos o servicios clasificando, acumulando, controlando y asignando los costos asociados a la prestación de un servicio. Los costos pueden acumularse por: cuentas, procesos, productos u otros. Los modelos de costos permiten obtener información financiera, control de gestión y base para la toma de decisiones. A continuación, se presentan varios modelos de costos aplicados al sector salud:

5.1.1. Costos Estándar

Son un sistema de predeterminación de costos en el cual la entidad calcula los costos mediante la utilización de procedimientos científicos, tales como la ingeniería industrial (tiempos y movimientos), para obtener el consumo óptimo de recursos, que luego de finalizar el proceso productivo se compara con los costos realmente consumidos y se determinan las variaciones de los costos reales frente al estándar establecido. Este sistema se puede aplicar cuando la empresa cuenta con procesos homogéneos, con poca variación en el consumo

de recursos y con muy buena información para el establecimiento de las variaciones. (3)

5.1.2. Costeo Total

Bajo este sistema se asigna a los objetos de costo todos los recursos necesarios para la producción de los bienes o la prestación de los servicios, inclusive los costos generados en actividades de apoyo u otras entidades. Se hace énfasis en la separación entre costos y gastos para asuntos de valoración de inventarios. Para la mayoría de las decisiones que se toman a través de la implantación de un sistema de costos se utiliza el concepto de costo total; sin embargo, para ciertas decisiones se pueden utilizar otros enfoques tal es el caso del costo marginal o directo. (3)

5.1.3. Costeo Directo o Marginal

Sistema de costos que identifica como costo del producto o servicio, únicamente los costos variables, los costos fijos los considera del periodo. El cálculo de los costos bajo esta metodología se realiza sólo con fines administrativos, debido a que es un método no permitido por el Sistema Nacional de Contabilidad Pública SNCP. (3)

5.1.4. Costeo Basado en Actividades (Activity Based Costing ABC)

Es un sistema para la distribución de costos que se basa en la asignación de los recursos a las actividades desarrolladas por la entidad, y de éstas a los productos y/o servicios (objetos de costo) ofrecidos por la misma. Este sistema asigna a los productos tanto las actividades administrativas como operativas, razón por la cual, y contrario a los sistemas de costos antes referidos, asigna a los productos

o servicios (objetos de costo) tanto los costos como los gastos en que incurre la entidad para el desarrollo de sus operaciones. (3)

Los modelos de costos por ABC, es una de las metodologías más aceptadas puesto que permite a las organizaciones asignar a los productos, los servicios y demás objetos de costos, el cálculo real de realizar dicha actividad, al mismo tiempo que suministra información relevante para la toma de decisiones en cuanto a la medición del desempeño, el control de los procesos, el presupuesto de los recursos y el análisis de la rentabilidad de estos, los servicios, los clientes y los proveedores. (14)

Por otra parte, la productividad de una institución de salud puede ser afectada por la contratación de los servicios ofertados como en la pertinencia de los procedimientos, exámenes. Así mismo, por la continuidad de los tratamientos, la accesibilidad de los servicios, la demanda de los pacientes y los reingresos hospitalarios.

Los reingresos hospitalarios además de evidenciar falencias en la prestación del servicio de salud, producen sobre costos en las instituciones, por eso es importante tener un sistema de costeo ABC que permita identificar el costo directo e indirecto de las actividades que hacen parte de reingreso hospitalario como recurso humano, honorarios médicos, medicamentos e insumos, infraestructura y demás costos de funcionamiento para presentación del servicio.

Por consiguiente, contar con un sistema de información financiera permite a la gerencia controlar las actividades, analizar e interpretar y calcular los costos de un servicio y el precio de venta de este, logrando así obtener la rentabilidad esperada en la institución.

5.2. MARCO ÉTICO - LEGAL

La Ética se refiere al comportamiento humano. Rige a la vida de un sujeto en su modo de ser en el mundo. Es indudable que para un manejo adecuado del actuar profesional se debe poseer un ajustado concepto de las normas éticas y morales que deben orientar su conducta como tal. Para el desarrollo del marco ético- legal este trabajo se ha fundamentado en la siguiente normatividad.

5.2.1. Normatividad Internacional

5.2.1.1. Código Núremberg

Mediante el cual se contemplan los siguientes postulados:

El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. (15)

El riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de resolver el experimento. (15)

Se deben tomar las precauciones adecuadas y disponer de las instalaciones óptimas para proteger al sujeto implicado de las posibilidades incluso remotas de lesión, incapacidad o muerte. (15)

5.2.1.2. Declaración de Helsinki

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. (16)

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes. (16)

Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios. (16)

Riesgos, Costos y Beneficios

En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. (16)

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación. (16)

Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. (16)

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador. (16)

Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. (16)

Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio. (16)

5.2.2. Normatividad Nacional

5.2.2.1. Resolución 8430 de 1993

La presente investigación según la Resolución 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, la podemos clasificar en:

Investigación Sin Riesgo

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (17)

5.3. MARCO CONTEXTUAL

El presente estudio se desarrollará en Colombia, tomando como base el sector salud. Por ello, es necesario conocer los modelos de costos que aplican en este sector y definir la guía para determinar los costos del reingreso hospitalario.

En el instituto SER de investigación se elaboró un estudio sobre costos en los servicios de salud en el año 1978, en el cual se hace una asignación de costos a partir de la identificación de los mismos, clasificándolos en directos e indirectos, en cada uno de los departamentos que componen la estructura organizacional de la institución prestadora de servicios de salud estudiada. (18)

El Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín (Arcila, 2001), pionero en el desarrollo de la gestión administrativa en entidades de salud; esta propuesta utilizó el software Clínicos para el análisis de los grupos relacionados de diagnósticos GRD, y, con base en los resultados, el hospital determinó el

comportamiento de algunas variables que en materia de producción y calidad hospitalaria son fundamentales para la medición de su desempeño. (19)

En el año 2009 Roldán, M. I. D., Montoya, L. F. G., & Agudelo, J. A. O. En su estudio “Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones” encontraron que el 70% de las entidades encuestadas cuentan con un sistema de costos. del 30% restante el 58% no calcula ninguna información de costos, el 14% calcula los costos y gastos consumidos por cada centro de costo, el 14% realiza cálculos de costos puntuales para productos o servicios y el 14% restante realiza algún tipo de distribución de costos, pero sólo para remitir el dato a la contabilidad y que ésta pueda realizar los registros contables. (20)

En la Universidad de Antioquia (Colombia) elaboró un estudio con el objetivo de realizar un análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia, y su utilidad para la toma de decisiones. En dicha investigación se determinó que la mayoría de las entidades encuestadas decían utilizar el sistema de costeo ABC, como metodología de base, pero muy pocas realmente la utilizaban adecuadamente. (20)

La Contaduría General del Distrito Capital expidió en el año 2011 una resolución por medio de la cual se define la estructura, formatos, mecanismos de reporte, procedimientos y términos para la implementación del sistema de costos por parte de las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital, con base en la metodología de costos basados en actividades ABC. (21)

5.4. MARCO CONCEPTUAL

Costos

Se considera costo el consumo de recursos (materias primas, mano de obra, costos indirectos) que se requieren para desarrollar actividades relacionadas con la producción de bienes o la prestación de servicios. El beneficio generado por el sacrificio de estos recursos se obtendrá una vez se venda o se entregue el producto final. (3)

Costos directos

Un costo es directo cuando se puede identificar plenamente con el lugar donde se consume ejemplo (producto, servicio, actividad, proceso o área de responsabilidad). (3)

Costos indirectos

Son aquellos que no se identifican fácilmente con el lugar en el cual se consumieron, generalmente son consumidos por varias actividades, procesos, productos, servicios, etc. y se requiere la aplicación de un criterio de distribución para su asignación. Este criterio se calcula sobre la base de los factores que generaron el costo o gasto, es decir, su relación causa y efecto. (3)

Costos fijos

Son aquellos costos que permanecen constantes durante un período de tiempo determinado o para cierto nivel de producción o de servicio. (3)

Costos variables o marginales

Son aquellos que se modifican de acuerdo con el volumen de producción. Tienen una relación estrecha con el nivel de operación, pues aumentan o disminuyen con ella. (3)

Materiales o insumos

Son elementos físicos de consumo que se utilizan en la producción de bienes o en la prestación de servicios, tienen las siguientes características: son tangibles, de fácil medición y cuantificación, en las empresas de transformación integran físicamente el producto y se identifican directamente con él. En las empresas de servicios generalmente no existen o no integran físicamente el producto, pero se pueden presentar casos en los que sea necesario utilizar materiales o materias primas para la adecuada prestación de los servicios. (3)

Mano de obra / recurso humano

Está representada en los salarios y demás conceptos laborales que se reconocen como contraprestación por el esfuerzo físico o mental de los trabajadores que tienen una relación directa con la producción o la prestación de los servicios. (3)

Costos indirectos o generales

Este concepto agrupa una serie de costos necesarios para completar el proceso de producción o del servicio. Se denominan Costos Indirectos de Fabricación (CIF) o Costos Indirectos del Servicio. (3)

Objeto de costo

Se entiende por objeto de costo todo aquello que la empresa quiere y puede en un momento determinado establecer su costo. Se pueden determinar objetos de costo intermedios tales como centros de responsabilidad, actividades, procesos, proyectos, programas y demás conceptos para los cuales la administración estima relevante conocer el costo; y objetos de costo finales, que se caracterizan por ser el último eslabón en la cadena de valor, es decir, los productos o servicios que se entregan al usuario final, los cuales pueden ser calculados por regiones geográficas o por tipo de cliente. (3)

Proceso

En general, se entiende por proceso “cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor a este y suministre un producto a un cliente externo o interno. Los procesos utilizan los recursos de una organización para suministrar resultados definitivos” (Harrington, 1996). Tales actividades, por supuesto, tienen un objetivo común y están destinadas a la consecución de una salida global, que puede ser tangible o intangible. (3)

Actividad

Es el conjunto de tareas elementales que consumen recursos, las cuales, según Brinsom 1996, tienen las siguientes características, Son realizadas por un individuo o grupo de individuos, suponen o dan lugar a un saber o hacer específico, emplean una serie de recursos físicos o humanos, tienen carácter relativamente homogéneo desde el punto de vista de su comportamiento, costo

y ejecución, permiten tener un resultado /producto y están dirigidas a satisfacer un cliente específico, tanto interno como externo. (3)

Tarea

Son todos aquellos pasos o etapas que deben hacerse en forma consecutiva con el fin de realizar una actividad. (3)

Procedimiento

Es la descripción detallada y en orden lógico de los pasos que se llevan a cabo para ejecutar las tareas y actividades de cada proceso. El procedimiento debe ser descrito gráficamente para que se convierta en la guía de ejecución ordenada y lógica de las secuencias de trabajo en la organización. (3)

Reingresos Hospitalarios

Los reingresos hospitalarios son eventos frecuentes, potencialmente prevenibles, costosos, y asociados a alta morbimortalidad. Pueden definirse como admisiones a un hospital dentro de cierto periodo después de haber egresado del mismo u otro centro hospitalario; el tiempo definido para su medición varía y la tendencia es utilizar como referencia los primeros 30 días posteriores al egreso. (10)

Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud (SOGCS)

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. (5)

Empresas promotoras de salud (EPS)

En el Sistema de Seguridad General Social en Salud –SGSSS–, son aquellas encargadas de brindar servicios médicos a la población afiliada, pueden ser de carácter público o privado. Se contemplan como un servicio público esencial y se rigen, igual que el Sistema de Seguridad Social Integral, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Su función esencial consiste en garantizar a sus afiliados la prestación oportuna, eficiente y de calidad de los servicios mencionados, ya sea directamente o a través de terceros. (2)

Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

Las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son las entidades responsables de prestar servicios de salud a la población con altos estándares de seguridad y calidad. Estas instituciones se caracterizan por el uso intensivo de recursos humanos altamente especializados; utilizan tecnologías sofisticadas y de alto valor social; desarrollan protocolos basados en evidencia que pretende disminuir el riesgo y los costos al sistema; y buscan ser sostenibles social, medio ambiental y financieramente. (2)

Atención en salud

Se entiende por atención en salud, dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SOGCS), el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en

las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (5)

Sistema de seguridad social en salud (SGSSS)

El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. (3)

5.5. MARCO DISCIPLINARIO

5.5.1. Ley 266 de 1996

Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. (22)

Artículo 10. Del tribunal nacional ético de Enfermería. Créase del Tribunal Nacional Ético de Enfermería con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios, ético profesional que se presenten en la práctica de quienes ejercen la enfermería en Colombia. (22)

Parágrafo. Para el cumplimiento de las anteriores competencias y para el establecimiento de sus funciones específicas, el Tribunal Nacional ético de

Enfermería, tomará como referencia lo establecido en el Código de Ética de Enfermería, en el ordenamiento legal que se establece en la presente Ley y sus reglamentaciones, en concordancia con las normas constitucionales y legales sobre la materia. (22)

Artículo 17. Las competencias del profesional de Enfermería en Colombia. De acuerdo con los principios, definición, propósitos, ámbito y naturaleza social del ejercicio y para efectos de la presente ley, el profesional de enfermería ejercerá las siguientes competencias:

Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y enfermería. (22)

Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud. (22)

Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería. (22)

Dirigir los servicios de salud y de enfermería. (22)

Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos

prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales. (22)

Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia gestión, administración investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas. (22)

Parágrafo. Dentro de este contexto legal del ejercicio profesional en reglamentaciones especiales, se asignará el campo de desempeño específico del profesional de enfermería con educación de postgrado: especialización, maestría, doctorado y postdoctorado. (22)

5.5.2. Ley 911 de 2004

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia., se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. (23)

Capitulo I. Declaración de principios y valores éticos.

Artículo 1. El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería. (23)

Capítulo IV. De la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia.

Artículo 29. En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales. (23)

5.5.3. Teoría clásica de la administración Henry Fayol

La teoría clásica de la administración, llamada también corriente fayolista en honor a su creador Henry Fayol, se distinguió por su enfoque sistémico integral, es decir, sus estudios abarcaron todas las esferas de la empresa, ya que para Fayol era muy importante tanto vender como producir, financiarse como asegurar los bienes de una empresa. En fin, la organización y sus componentes se consideraban como un gran sistema interdependiente, como clientes internos. (24)

La teoría clásica se centraba en definir la estructura para garantizar la eficiencia en todas las partes involucradas, sean éstas órganos (secciones, departamentos) o personas (ocupantes de cargos y ejecutantes de tareas). La tarea administrativa no debe ser una carga para las autoridades, sino más bien

una responsabilidad compartida con los subordinados. Fayol creó escenarios propicios para la eficiencia administrativa y, por ende, para la generación de utilidades para la empresa. Estos escenarios estuvieron respaldados por un instrumento de investigación y aplicación de la práctica administrativa llamado proceso administrativo (prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar). Es decir, una estructura de principios administrativos un estudio de las funciones de una empresa, el perfil idóneo de un gerente y su relación con la función que desempeña, y una filosofía completa de la práctica administrativa como ciencia y como materia académica en instituciones de enseñanza. Esto fue lo que nos heredó el pionero francés de la administración que, junto con la teoría científica de la administración de Taylor, formó un sólido conocimiento de la administración durante muchas décadas. (24)

Para Fayol, la administración es una actividad común para cualquier tipo de negocio, organizaciones lucrativas y no lucrativas, organismos políticos, deportivos, religiosos o de diversión, etc., y juega un papel muy importante en la sociedad. Toda empresa necesita aplicar una metodología en sus actos, y el proceso administrativo es sin duda esa metodología que se exige para la solución de los problemas que surgen en cualquier organización. Esta universalidad se manifiesta no sólo en el concepto de estructura social, sino también en la estructura interna de los organismos, es decir, la administración es universal porque se maneja en todos los niveles internos de la organización. (24)

6. METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es una monografía de tipo investigativo, en la cual se realizó una revisión bibliográfica de los conceptos de costos, modelos de costos, reingreso hospitalario. Exploratorio porque se realizó una búsqueda de modelos ABC en las instituciones y descriptivo porque se diseñó una guía para determinar el costo de los reingresos hospitalarios.

6.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Dado que el primer objetivo de la investigación es de tipo bibliográfico, se considera la población de esta monografía como los artículos encontrados y consultados en los diferentes buscadores. Los criterios de búsqueda se establecieron utilizando las siguientes palabras claves: “costos, costos de reingresos hospitalarios, modelos de costeo, costos de la atención en salud, costos hospitalarios,”

Las fuentes utilizadas para la presente Monografía, fueron principalmente bases de datos de revistas científicas e indexadas como lo es Scielo, Med-informática, consultor salud, bioética, biblioteca digital Univalle, gestiopolis, intercosto, achc, scopus Etc. También se investiga de información gubernamental como lo son los Ministerios de Salud.

6.3. MUESTRA

La muestra se estableció de manera discrecional a escogencia de las investigadoras considerando los escritos que más relación tuvieron con el objetivo del trabajo.

6.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Esta monografía fue diseñada y enfocada a la definición de una guía para determinar los costos de los reingresos hospitalarios mediante el modelo ABC.

6.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

6.5.1. Criterios de inclusión

- Artículos publicados en el periodo 2000 – 2019, en el que se identifica fecha de publicación, lugar, autores.
- Artículos en español y en otros idiomas en especial inglés.
- Artículos indexados.
- Artículos avalados por una entidad con respaldo científico.
- Guías y manuales con respaldo gubernamental.
- Artículos que tengan las palabras claves.

6.5.2. Criterios de exclusión

- Artículos a los que no se logra obtener el artículo completo.
- Artículos que no tengan las palabras claves.

6.6. INSTRUMENTO

La consolidación de la información obtenida a partir de la revisión de los escritos fue registrada en la ficha anexa que contiene los principales elementos de análisis.

Tabla 1. Ficha de Consolidación de Artículos Seleccionados

	ARTÍCULO	AUTORES	AÑO	PAIS
COSTOS	Modelo del costo basado en la actividad aplicado a consultas por trazadores de enfermedades cardiovasculares	Marteau S.A., Perego L.H	2001	Argentina
	Costeo ABC ¿por qué y cómo implantarlo?	Cuevas Villegas C.F., Chávez G., Castillo J.A., Marino Caicedo N., Solarte W.F.	2004	Colombia
	Sistema de costeo ABC en la gestión de los hospitales: Una reflexión	Fernández, V. Barbosa, A. Méndez, E. Del Canto, E.	2007	Venezuela
	Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones	Roldán, M. I. D., Montoya, L. F. G., Agudelo, J. A. O	2009	Colombia
	Aplicación de un modelo de costos ABC en el centro integral de profesionales de Zarzal. Valle CIP IPS LTDA.	Bermúdez Arboleda G.M.	2014	Colombia
	Propuesta de un sistema de costos ABC para la IPS salud Confamiliares	Murillo Ballesteros G.G.	2016	Colombia
REINGRESOS	Características y factores pronósticos de reingresos hospitalarios en pacientes afiliados a la organización sanitas internacional durante el año 2008	Caballero A., Carrillo P., Suárez I. C., Ibáñez M., Acevedo J.R., Bautista O. P.	2008	Colombia
	Análisis de causas de reingreso en el servicio de urgencias de la empresa social del estado Juan Pablo II del municipio de Linares en el segundo semestre de 2013	Lara Ibarra O. Solarte Otero F.H.	2014	Colombia
	Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores	Caballero A., Carrillo P., Suárez I. C., Ibáñez M., Acevedo J.R., Bautista O. P.	2016	Colombia

Fuente: Elaboración propia

6.7. FASES DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

6.7.1. Selección del tema y búsqueda de artículos

En esta fase de investigación se construyó el marco teórico, el cual nos permitió tomar decisiones del presente trabajo para así tener claros los objetivos, el planteamiento del problema y el diseño de la monografía.

6.7.2. Selección de artículos para el análisis

Se seleccionaron los escritos que más estuvieran acorde con el tema de la investigación, se recolectó la información por medio de las fuentes bibliográficas y bases de datos de la universidad, se revisaron artículos, libros e investigaciones realizadas sobre el tema tratado.

6.7.3. Consolidación y análisis

La técnica que se utilizó para la recopilación documental en este caso fueron las fuentes bibliográficas de la universidad y los datos web permitiéndonos un análisis e interpretación de los datos que se consolidaron en una tabla para nutrir la monografía.

6.7.4. Discusión, conclusiones y recomendaciones

Se seleccionaron los escritos que tuvieron más relevancia para el análisis de los datos y el desarrollo de la pregunta de la investigación y los objetivos de la monografía.

6.8. LIMITACIONES DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Dentro de las limitaciones que identificamos al momento de la revisión bibliográfica en las diferentes fuentes de información encontramos que en las investigaciones y estudios se enfocan en un tema específico y no se encuentran relacionados con algún manual que nos sirviera de ejemplo para la elaboración del nuestro.

6.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo de esta monografía, se siguieron los lineamientos establecidos por la Dirección de Investigación de la Universidad Santiago de Cali, en la cual se propone tener en cuenta el Código de Núremberg y el código de Helsinki y los principios que dispone la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en la Ley 911 de 2004.

La Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en su artículo 11 reconoce este tipo de investigaciones como sin riesgo físico o biológico ya que no se hace intervención sobre variables físicas, fisiológicas, sobre la población o muestra de estudio. Además, se consideraron los principios de la bioética: Autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia:

6.9.1. PRINCIPIOS BIOÉTICOS

En el año 1974, el Congreso de los Estados Unidos creó una comisión para elaborar directrices éticas con el objetivo de proteger y garantizar los derechos de las personas incluidas en estudios de investigación biomédica, ya que ocasionalmente en el 'afán experimentador' se llegaba a abusos. Como consecuencia, en 1978, se redactó el Informe Belmont, uno de los primeros documentos escritos sobre bioética. En este se reconocía la necesidad del respeto a la opinión de las personas enfermas (autonomía), de la práctica profesional beneficienle y de la justicia. Un año más tarde, Beauchamp y Childress introducían en la reflexión bioética el concepto de no maleficencia, que es aceptado universalmente como cuarto principio. (25)

Principio de la autonomía

Se le define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección. Este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que se asume al paciente. (25)

Principio de beneficencia

Es la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. En el clásico modelo paternalista, el profesional médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. El actuar ético no postula solamente el respeto de la libertad del otro: incluye el objetivo del bien. Como las miradas del bien son múltiples, dependen de los individuos y las comunidades; este principio debe ser subordinado al de la autonomía. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño; por

ejemplo, el experimentar en humanos por el ‘bien de la humanidad’; no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos o causando daño. (25)

Principio de no maleficencia

Consiste en el respeto de la integridad del ser humano y se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos. El principio de no maleficencia es un aspecto de la ética médica tradicional, pero lo relativiza y actualiza: el médico no está obligado a seguir la voluntad del paciente si la juzga contraria a su propia ética. (25)

Principio de justicia

Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas. En este principio se entra en el campo de la filosofía social y política; se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes. (25)

7. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LA BIBLIOGRAFÍA DE COSTOS, REINGRESOS Y MODELO ABC.

Es importante que las instituciones prestadoras de salud adopten modelos de costo que les permita tener un sistema financiero controlado para la toma de decisiones en calidad de la atención en salud y administración de los recursos.

En la revisión bibliográfica de la presente monografía, los autores concluyen que se observa un incremento en los costos hospitalarios por reingresos de los pacientes, así mismo, que tener un sistema de costeo permite que las instituciones de salud sean más productivas y rentables.

En el estudio “Modelo del costo basado en la actividad aplicado a consultas por trazadores de enfermedades cardiovasculares” de los autores Silvia A. Marteau, M. Luis H. Perojo, M. Argentina – 2001. Evidenciaron que aplicar modelo ABC permite disminuir los costos indirectos en promedio 7.11% sobre los productos definidos como consultas por (HTA), dislipidemia y diabetes. Adicionalmente establecieron el ahorro unitario por producto en 11.78% para HTA, de 13.96% dislipidemia, de 19.05% diabetes y de 11.45% las enfermedades no trazadoras.

En el estudio “Costeo ABC ¿Por qué y cómo implantarlo?”, Estudios Gerenciales del año 2004 el autor Cuevas Villegas Carlos Fernando, concluyen el modelo ABC determinar con exactitud el costo de los productos y/o servicios que ofrece, así como la rentabilidad de los mismos; para ello es indispensable conocer no

sólo los insumos y los recursos que requiere el producto y/o servicio, sino también las áreas relacionadas con ellos y las actividades que los involucran.

En el artículo “Sistema de costeo ABC en la gestión de los Hospitales: Una Reflexión” de los autores Fernández, V. Barbosa, A. Méndez, E. Del Canto, E. Venezuela – 2007. Concluyen que el sistema de costeo ABC es importante para el análisis de los precios de los servicios, lo que permite conocer el rendimiento de cada actividad en relación con el rendimiento general de la institución de salud y determinar la eficiencia de los controles.

En este estudio “Características y factores pronósticos de reingresos hospitalarios en pacientes afiliados a la Organización Sanitas Internacional durante el año 2008” de los autores Andrés C; Milciades I. P; Isabel Cristina S. M; Juan Ramón A. P. Colombia -2008. Encontraron que la tasa de reingreso a los 30 días fue de 9,3% y los costos por reingresos representaron 15,4%, 18,7% y 21,2% a los 30, 60 y 90 días.

En el artículo “Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones” los autores, María Isabel Duque Roldán, Luis Fernando Gómez Montoya, Jair Albeiro Osorio Agudelo, en Colombia - 2009., Encontraron que el 33,3% de las entidades utilizan una combinación ABC - estándar, 28,6% de las entidades utilizan el sistema de costeo ABC y 19% utilizan otro tipo de metodologías de costos.

En este artículo “Análisis de causas de reingreso en el servicio de urgencias de la Empresa Social del Estado Juan Pablo II del Municipio de Linares en el segundo semestre de 2013”, las autoras Omaira Del Rosario L. I; Francly Helena S. O. Colombia - 2014. Establecen [n](#) que la tasa de reingresos es del 4.3% representada en 51 reingresos. Así mismo, las causas de los reingresos son progresión de la enfermedad.

En este Estudios “Aplicación de un modelo de costos ABC en el centro integral de profesionales de Zarzal. Valle CIP IPS Ltda”. Los autores Germán Mauricio B. A. Colombia - 2014. Aplicaron el modelo de costos ABC en las especialidades más relevantes y definieron las actividades de mayor importancia en la ocurrencia de los costos, observando la relación de los ingresos, la rentabilidad que se obtiene en la prestación de los servicios que se ofrecen.

En el estudio “Propuesta de un sistema de costos ABC para la IPS Salud Confamiliares”. El autor Germán Guillermo M. B. Colombia - 2016. Encontró que el 86% las empresas encuestadas cuentan con un sistema de costos, el 71% de las empresas realiza la asignación de costos indirectos de administración aplicando una mezcla de costeo directo y costos ABC, y para esta asignación utilizan el software de costos y herramientas como Excel.

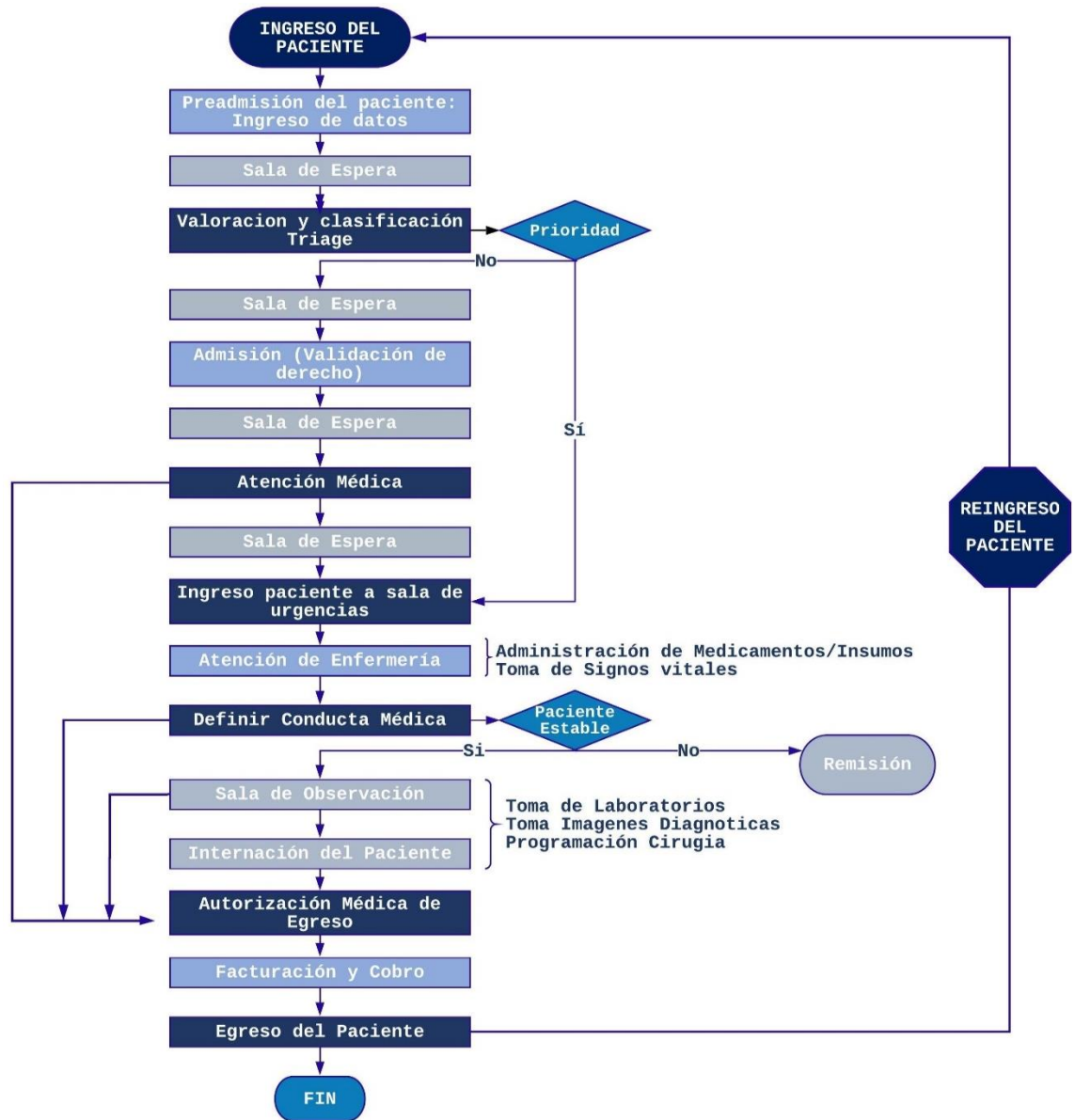
En el estudio “Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia” Los autores Andrés C; Milciades I. P; Isabel Cristina S. M; Juan Ramón A. P. Colombia - 2016. Encuentran que las tasas de los reingresos hospitalarios son del 10,1%, el Costo de reingresos hospitalarios (USD 21.998.275). Los reingresos hospitalarios son frecuentes, se asocian con mayor estancia, mortalidad y costo.

En resumen, los estudios analizados ilustran la importancia de la implementación de los modelos ABC al mismo tiempo que exponen que los reingresos hospitalarios representan un costo significativo el cual debe medirse con el fin de tomar decisiones que permitan la mejora en la atención integral de los pacientes.

7.2. ELEMENTOS DE COSTOS ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO.

En el siguiente flujograma se describen las actividades involucradas en la atención del paciente desde el momento del ingreso, consulta donde se brinda la atención médica y de enfermería, la observación del paciente donde se define la conducta, ayudas diagnosticas complementarias y finalmente el egreso del paciente. El cual nos permite identificar los elementos del costo asociados al reingreso hospitalario.

Tabla 2. Flujograma de Actividades para la Atención del paciente



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con el flujograma anterior podemos identificar los siguientes elementos de costo asociados al reingreso hospitalario.

Tabla 3. Elementos de los costos identificados en la atención del paciente

ACTIVIDADES	SUB - ACTIVIDAD	ELEMENTOS DEL COSTO					
		Costos de Medicamentos e Insumos	Unidad de Medida	Costos de Mano Obra	Unidad de Medida	Costos Indirectos de la Prestación del servicio de Salud	Unidad de Medida
INGRESO DEL PACIENTE	Preadmisión: Ingreso de Datos del paciente			Personal Administrativo: Auxiliar Administrativo de Salud	Minutos/Tiempo	Servicios públicos, mantenimiento de equipos, mantenimiento construcción y edificaciones, depreciación del edificio, depreciación de equipo médico científico, depreciación de maquinaria y equipo, depreciación de equipos de cómputo, seguros, aseo, vigilancia, consumo de útiles de escritorio, consumo de víveres, servicio de impresión.	Metros Cuadrados/Cantidades
	Valoración y Clasificación y Triage	Consumo de insumos como: Lancetas y tirillas reactivas para toma de Glucometría, Guantes, tapabocas	Cantidad/Unidades	Personal Asistencial: Enfermera Jefe o Medico	Minutos/Tiempo		
	Admisión y Validación de Derechos			Personal Administrativo: Auxiliar Administrativo de Salud	Minutos/Tiempo		
CONSULTA	Atención Medica	Consumo de Insumos como: Guantes, Baja Lenguas, Toallas Antisépticas, Tapabocas, Entre otros.	Cantidad/Unidades	Personal Asistencial: Medico	Minutos/Tiempo	Servicios públicos, mantenimiento de equipos, mantenimiento construcción y edificaciones, depreciación del edificio, depreciación de equipo médico científico, depreciación de maquinaria y equipo, depreciación de equipos de cómputo, seguros, aseo, vigilancia, consumo de útiles de escritorio, consumo de víveres, servicio de impresión, lavandería	Metros Cuadrados/Cantidades

OBSERVACIÓN	Ingreso Paciente Sala de Urgencias	Consumo de Medicamentos, Consumo de Insumos médicos como Guantes, gasas, micropore, Tapabocas, Tiras y reactivos de Glucometría, Jeringas etc., Insumos de laboratorio, Insumos de imagenología entre otros dependiendo de la patología del paciente.	Cantidad/ Unidades	Personal Asistencial: Enfermera Jefe o Medico	Minutos/ Tiempo	Servicios públicos, mantenimiento de equipos, mantenimiento construcción y edificaciones, depreciación del edificio, depreciación de equipo médico científico, depreciación de maquinaria y equipo, depreciación de equipos de cómputo, arrendamiento de equipos, seo, vigilancia, consumo de útiles de escritorio, consumo de víveres, consumo de utensilios de uso doméstico, consumos de herramientas y accesorios, servicio de impresión, lavandería, alimentación de pacientes, costos por traslado de pacientes (servicio de ambulancias)	Metros Cuadrados/ Cantidades
	Atención de Enfermería			Personal Asistencial: Enfermera Jefe o Auxiliares de Enfermería	Minutos/ Tiempo		
	Definir Conducta Medica			Personal Asistencial: Medico	Minutos/ Tiempo		
	Sala de Observación			Personal Asistencial: Enfermera Jefe o Auxiliares de Enfermería, Personal Movilidad del Paciente: Camilleros.	Minutos/ Tiempo		
	Internación del Paciente			Personal Asistencial: Medico Especialistas, Medico Generales, Enfermera Jefe, Auxiliares de Enfermería y demás personal de salud en la atención del paciente.	Minutos/ Tiempo		
EGRESO DEL PACIENTE	Autorización medica del Egreso del paciente			Personal Asistencial: Medico y Enfermeras Jefes	Minutos/ Tiempo	Servicios públicos, mantenimiento de equipos, mantenimiento construcción y edificaciones, depreciación del edificio, depreciación de equipo médico científico, depreciación de maquinaria y equipo, depreciación de equipos de cómputo, arrendamiento de equipos, aseo, vigilancia, consumo de útiles de escritorio, consumo de víveres, consumo de utensilios de uso doméstico, consumos de herramientas y accesorios, servicio de impresión, lavandería, alimentación de pacientes, costos por traslado de pacientes (servicio de ambulancias)	Metros Cuadrados/ Cantidades
	Fracturación/Cobro			Personal Administrativo: Auxiliar Administrativo de Salud	Minutos/ Tiempo		
	Egreso del paciente			Personal Movilidad del Paciente: Camilleros.	Minutos/ Tiempo		

Fuente: Elaboración propia

7.3. GUÍA PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS COSTOS DEL REINGRESO HOSPITALARIOS.

Los costos incurridos en la prestación del servicio de salud, es un tema complejo, dada la cantidad de unidades involucradas en la atención de un paciente, particularmente en la determinación de la asignación de los costos indirectos.

En la distribución de los costos indirectos en salud, la mejor práctica es el modelo ABC, ya que permite distribuir de forma apropiada estos costos y, por ende, determinar con mayor propiedad el costo total incurrido en un paciente.

La base para identificar y acumular los costos que se generan en un reingreso de un paciente, comienzan con la determinación de los cuatros momentos en la atención del paciente:

Primer momento: ingreso del paciente

Esta actividad se da al inicio de la atención con el ingreso del paciente a las instituciones. En la cual, se llevan a cabo tres sub actividades que se consideran estándar independiente del tipo de patología del paciente:

La Preadmisión del paciente en donde se realiza el registro de los datos del paciente, la valoración y clasificación triage en donde se determina la prioridad clínica del paciente y se establecen los tiempos de espera en la atención y finalmente la admisión y validación de derechos, la cual es un proceso administrativos para garantizar que el paciente cuenta con las afiliaciones al sistema general de salud y puede ser atendido en la entidad prestadora de acuerdo con los convenios de contratación que tenga cada institución con las EPS, pólizas de vida, planes complementarios y medicinas prepagadas.

La determinación de costo se realiza partiendo de los elementos del costo, en la siguiente tabla podemos observar los elementos de costos que hacen parte de la actividad de ingreso del paciente.

Tabla 4. Costos Ingreso del Paciente

Actividad Realizada	Inductor de Costos
<i>Medicamentos e Insumos</i>	
Insumo de Protección Personal	N° de Unidades consumidas
Insumo toma de Glucometría	N° de Unidades consumidas
<i>Mano de Obra</i>	
Personal Administrativo Preadmisión del paciente	Minutos
Personal Asistencial Valoración del Triage	Minutos
Personal Administrativo: Admisión y Validación de Derechos	Minutos
<i>Costos Indirectos</i>	
Servicio de Aseo	N° Veces al Día
Vigilancia	Metros Cuadrados
Servicios Públicos	Metros Cuadrados
Mantenimiento de Equipos	Metros Cuadrados
Mantenimiento del Edificio	Metros Cuadrados
Depreciación Edificio	Metros Cuadrados
Depreciación Equipos de Computo	N° Equipos
Depreciación Maquinaria y Equipos	N° Equipos
Arrendamiento de equipos	N° Equipos
Consumo de Útiles de Escritorio	Unidades
Consumo de Víveres	Unidades
Consumo de utensilios de uso domestico	Unidades
Consumo de Herramientas y accesorios	Unidades
Servicio de Impresión	N° de Impresiones al día

Fuente: Elaboración propia

Una vez determinados los costos en cada una de las actividades de la atención del paciente, es posible establecer el costo total involucrado.

Segundo momento: consulta

Esta actividad se da al inicio de la atención médica, en la cual se realiza la valoración por parte de médico para determinar diagnóstico y tratamiento. Los costos asociados son el tiempo del Médico que está ligado al salario de este con su carga prestacional, más los insumos que el utilice en la atención de paciente y en unos costos indirectos de infraestructura para la atención.

La determinación del costo se realiza partiendo de los elementos del costo, en la siguiente tabla podemos observar los elementos de costos que hacen parte de la consulta médica y una vez establecidos permiten fijar el costo total involucrado.

Tabla 5. Costos Consulta del Paciente

Actividad Realizada	Inductor de Costos
<i>Medicamentos e Insumos</i>	
Insumo de Protección Personal	N° de Unidades consumidas
Insumo Atención del paciente	N° de Unidades consumidas
<i>Mano de Obra</i>	
Personal Asistencial Valoración médica	Minutos
<i>Costos Indirectos</i>	
Servicio de Aseo	N° Veces al Día
Lavandería	Kg
Vigilancia	Metros Cuadrados
Servicios Públicos	Metros Cuadrados
Mantenimiento de Equipos	Metros Cuadrados
Mantenimiento del Edificio	Metros Cuadrados
Depreciación Edificio	Metros Cuadrados
Depreciación Equipos de Computo	N° Equipos
Depreciación Maquinaria y Equipos	N° Equipos
Arrendamiento de equipos	N° Equipos
Consumo de Útiles de Escritorio	Unidades
Consumo de Víveres	Unidades
Consumo de utensilios de uso domestico	Unidades
Consumo de Herramientas y accesorios	Unidades
Servicio de Impresión	N° de Impresiones al día

Fuente: Elaboración propia

Tercer momento: observación

Esta actividad da al inicio al proceso de observación del paciente. En la cual, se llevan a cabo cinco sub actividades en la atención del paciente ya que cada uno de ellos consume actividades dependiendo de su propia patología. Sin perjuicio de lo anterior, es posible obtener el costo de la observación a partir de todos pacientes que consumieron actividades en un período determinado y cuya atención está acorde al protocolo respectivo.

Las sub actividades se componen de: el ingreso de paciente a sala de urgencias en la cual, se realiza toma de signos vitales, administración de medicamentos, toma de exámenes entre otras. En la atención de enfermería es el personal ubicado dentro de las salas para la toma de procesos, aplicación de medicamentos, toma de signos entre otras.

Adicionalmente, dentro de esta actividad se realiza la definición de conducta médica en la cual el personal médico define la continuidad del diagnóstico del paciente o el alta del mismo. La actividad de sala de observación se asocia los costos de la monitoria de evolución del paciente, exámenes y ayudas diagnósticas complementarias, administración de medicamentos e insumos entre otros. Posteriormente, la Internación del paciente es el traslado a pisos o unidades de cuidados intensivos de acuerdo con su condición clínica del paciente.

De la misma forma que los tres pasos anteriores, la determinación de costo se realiza partiendo de los elementos del costo, en la siguiente tabla podemos observar elementos del costo que hacen parte de la actividad de observación de un paciente y nos permite establecer los costos totales involucrados.

Tabla 6. Costos Observación

Actividad Realizada	Inductor de Costos
<i>Medicamentos e Insumos</i>	
Medicamentos	Nº de Unidades consumidas
Insumo de Protección Personal	Nº de Unidades consumidas
Insumo Atención del paciente	Nº de Unidades consumidas
Insumo de imagenología	Nº de Unidades consumidas
Insumo de Laboratorios	Nº de Unidades consumidas
<i>Mano de Obra</i>	
Personal Asistencial Valoración médica (Médicos generales y especialistas)	Minutos
Personal Asistencial de Enfermería	Minutos
Movilidad del paciente- Camilleros	Minutos
Otras especialidades (Fisioterapeutas, trabajadora Social, psicología, Nutrición)	Minutos
Personal administrativo	Minutos
<i>Costos Indirectos</i>	
Alimentación	Nº Veces al Día
Servicio de Aseo	Nº Veces al Día
Lavandería	Kg
Vigilancia	Metros Cuadrados
Servicios Públicos	Metros Cuadrados
Mantenimiento de Equipos	Metros Cuadrados
Mantenimiento del Edificio	Metros Cuadrados
Depreciación Edificio	Metros Cuadrados
Depreciación Equipos de Computo	Nº Equipos
Depreciación Maquinaria y Equipos	Nº Equipos
Arrendamiento de equipos	Nº Equipos
Consumo de Útiles de Escritorio	Unidades
Servicio de Impresión	Nº de Impresiones al día
Consumo de Víveres	Unidades
Consumo de utensilios de uso domestico	Unidades
Consumo de Herramientas y accesorios	Unidades
Traslado de paciente (Ambulancia)	Nº Veces

Fuente: Elaboración propia

Cuarto momento: egreso del paciente

Finalmente, en este momento se produce la autorización médica del egreso en la que participa el personal médico realizando una valoración clínica, además, se completa el cuidado por parte de enfermería. Por consiguiente, se realiza el proceso de facturación y cobro para generar el paz y salvo administrativo y luego se involucra el personal de movilidad del paciente para el traslado del paciente hacia las salidas de la institución.

La determinación del costo se realiza partiendo de los elementos del costo, en la siguiente tabla podemos observar los elementos de costos asociados al egreso del paciente.

Tabla 7. Costos Egreso del paciente

Actividad Realizada	Inductor de Costos
<i>Medicamentos e Insumos</i>	
Insumo de Protección Personal	N° de Unidades consumidas
Insumo Atención del paciente	N° de Unidades consumidas
<i>Mano de Obra</i>	
Personal Asistencial Valoración médica (Médicos generales y especialistas)	Minutos
Personal Asistencial de Enfermería	Minutos
Movilidad del paciente- Camilleros	Minutos
Personal administrativo	Minutos
<i>Costos Indirectos</i>	
Servicio de Aseo	N° Veces al Día
Lavandería	Kg
Vigilancia	Metros Cuadrados
Servicios Públicos	Metros Cuadrados
Mantenimiento de Equipos	Metros Cuadrados
Mantenimiento del Edificio	Metros Cuadrados
Depreciación Edificio	Metros Cuadrados
Depreciación Equipos de Computo	N° Equipos
Depreciación Maquinaria y Equipos	N° Equipos
Arrendamiento de equipos	N° Equipos
Consumo de Útiles de Escritorio	Unidades
Consumo de Víveres	Unidades
Consumo de utensilios de uso domestico	Unidades
Consumo de Herramientas y accesorios	Unidades
Servicio de Impresión	N° de Impresiones al día
Traslado de paciente (Ambulancia)	N° Veces

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los cuatros momentos del proceso de reingreso hospitalario, podemos observar que cada uno de ellos involucran los tres elementos del costo como son los medicamentos e insumos, la mano de obra y todos los costos indirectos de prestación de servicio. De igual forma, al revisar las tablas de costos se identifica que varios de estos elementos normalmente no son percibidos en la atención del paciente, pero generan un costo para las entidades de salud y a través de la implantación de modelos ABC se logran identificar para que los responsables del proceso de costos puedan determinar el costo total del reingreso hospitalario.

De este modo, la presente guía permite a los gerentes, directores, jefes, coordinadores responsables de información financiera, proyección de costos conocer los costos asociados al reingreso hospitalario y poder realizar intervenciones para la optimización de recursos, así como mejoras en los protocolos de calidad y seguridad del paciente.

8. CONCLUSIONES

El presente trabajo permitió realizar una revisión bibliográfica de los sistemas de costos y los reintegros hospitalarios. Se analizó que el modelo de ABC es una de las metodologías más aplicadas por las instituciones de salud proporcionando información real para la toma de decisiones gerenciales. Adicionalmente, se evidencio que los reintegros Hospitalarios son un costo existente en las entidades de salud y que generalmente pasa desapercibido y se mide sólo en términos de indicadores de calidad cuando el costo de este representa recursos en las instituciones.

Por otra parte, el presente trabajo permitió identificar el flujo de las actividades en la atención del paciente y su asociación con los elementos de costos incurridos en los reintegros hospitalarios.

Se propuso una guía para la determinación los costos asociados al reintegro hospitalario mediante el modelo ABC el cual puede ser implementado en otras actividades de las entidades de salud.

Finalmente, la Auditoría en Salud debe involucrarse en este tipo de hallazgos para darle continuidad y calidad a los procesos, optimizar los recursos en la prestación de los servicios de salud y prevenir eventos adversos.

9. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar una investigación cuantitativa en una institución de salud utilizando la guía establecida para evidenciar los impactos en los costos producto del reingreso hospitalario.

Además, se recomienda que en entidades prestadoras de servicios de salud implementen modelos de costos que les permita identificar los costos directos e indirectos en la prestación del servicio, logrando así eficiencia en los procesos y mejores prácticas en la atención.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990. [Internet] enero 10. [citado 2020 Mayo 24]; Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf
2. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993. [Internet] diciembre 23. [citado 2020 Mayo 24]; Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1635955>
3. Contaduría General de la Nación. Marco de Referencia para la implantación del sistema de costos en entidades del sector público [Internet] 2008. [citado 2020 Mayo 24]; Disponible en: https://www.academia.edu/35937575/CONTADURÍA_GENERAL_DE_LA_NACIÓN_TEXTOS_DE_CONTABILIDAD_PÚBLICA_4_MARCO_DE_REFERENCIA_PARA_LA_IMPLANTACIÓN_DEL_SISTEMA_DE_COSTOS_EN_LAS_ENTIDADES_DEL_SECTOR_PÚBLICO
4. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 256 de 2016 [Internet] 2016. [citado 2020 Mayo 24]; Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resolución%20256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>
5. Ministerio de la Protección social. Dirección General de Calidad de

Servicios. Guía para metodología de cálculo de costos de calidad y no calidad [Internet] 2010. [citado 2019 Noviembre 18]; Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Costos_de_No_calidad.pdf

6. Ministerio de Salud y Protección social Rendición de cuentas informe de gestión [Internet] 2018. [citado 2020 Mayo 14]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PE/S/rendicion-cuentas-informe-gestion-2018.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección social. Informe Nacional de calidad de la atención en salud. [Internet] 2015. [citado 2020 Mayo 14]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
8. Muñoz Montes H.J. Evolución de los costos de salud en Colombia [Internet]. [citado 2020 Abril 24]; Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/evolucion-de-los-costos-de-salud-en-colombia/>
9. Fernandes, V.; Barbosa, A.; Mendes, E.; Del Canto, E. Sistema de costeo ABC en la gestión de los hospitales: una reflexión. [Internet] 2014. [citado 2020 Mayo 20]; Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/ingenieria/revista/IngenieriaYSociedad/a10n1/art07.pdf>

10. Caballero A, Pinilla M, Suárez I, Acevedo J. Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. [Internet] 2016. [citado 2019 Noviembre 20]; Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00146014.pdf>

11. Ballesteros Murillo G.G. Propuesta de un sistema de costos ABC para la IPS salud Confamiliares [Internet] 2016. [citado 2019 Noviembre 20]; Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/55720/1/75073203.2016.pdf>

12. Altamar Maldonado ZL, Martínez Solano CI. Diseño de un modelo de categorización del riesgo de reingreso para pacientes egresados de urgencias y hospitalización en clínicas de Barranquilla. [Internet] 2017. [citado 2019 Noviembre 20]; Disponible en: http://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/335/1042353976_1140874372.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Kerguelen C. Calidad en Salud en Colombia [Internet] 2008. [citado 2019 Noviembre 20]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

14. Cooper, R., Kaplan, R. S. Activity-Based Systems: Measuring the Costs of Resource Usage. *Accounting Horizons*, (1992). 6(3), 1-13. Cooper, R., & Kaplan, R. S. (1998). The Promise-- And Peril--Of Integrated Cost Systems. *Harvard Business Review*, 76(4), 109-119.

15. Tribunal Internacional de Núremberg. Código de Núremberg Colombia [Internet] 1947. [citado 2019 Julio 27]; Disponible en: <http://www.bioetica.net.info/documentos/Nuremberg.pdf>

16. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [Internet] 1989. [citado el 27 de julio de 2019]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

17. Ministerio de Salud. Resolucion Numero 8430 DE 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet] octubre 4. [citado el 27 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

18. Ayalde, C, et al. (1979). Actualización del estudio sobre estructura de costos hospitalarios. Bogotá D. C: Instituto SER de Investigación. p.25

19. Arcila Rodríguez, L.M. Experiencia exitosa en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Grupos Relacionados de Diagnóstico [Internet]. 2001 [citado 2020 Abril 24]; Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/ediciones-anteriores2018/html/nov01/debate/debate-07.htm>

20. Roldán, M. I. D., Montoya, L. F. G., Agudelo, J. A. O. Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones Diagnóstico [Internet]. 2009 [citado 2020 Mayo 16]; http://www.revistaic.org/articulos/num5/articulo21_esp.pdf

21. Contaduría General del Distrito Capital. Bogotá D.C., Colombia. Resolución DDC-000001 del 2011. [Internet] 1947. [citado 2019 Noviembre 27]; Disponible en: http://impuestos.shd.gov.co/portal/page/portal/portal_internet_sdh/tramites/contabilidad_tra/parte1t2.pdf

22. Congreso de Colombia. Ley 266 DE 1996. [Internet] enero 25. [citado 2020 Mayo 24]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>

23. Congreso de Colombia. Ley 911 DE 2004. [Internet] octubre 5. [citado 2020 Mayo 24]; Disponible en: https://www.redjurista.com/Documents/ley_911_de_2004_congreso_de_la_republica.aspx

24. Fayol H. Teoría clásica de la Administración [Internet]. [citado 2020 Mayo 14]; Disponible en: <http://fcaenlinea.unam.mx/2006/1130/docs/unidad4.pdf>

25. Gómez Sánchez P.I. Principios básicos de Bioética [Internet]. 2009 [citado el 27 de julio de 2019]; Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BV/Revistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf