

ARTÍCULO ORIGINAL

Efecto económico del incremento de la estadía hospitalaria promedio

Economic effect of the average hospital stay increase

MsC. Felipa Nerys López Veranes,¹ MsC. Carlos Rafael Valenzuela Rodríguez,² MsC. Mirtha Walda Rodríguez Chirino,³ MsC. Jorge Cosme Casulo⁴ y MsC. María del Carmen Ricardo Cobas⁵

¹ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Economía de la Salud. Instructora. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Epidemiología y de II Grado en Organización y Administración de Salud. Máster en Economía de la Salud. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas No.1, Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de II Grado de Fisiología y Patológica. Máster en Economía de la Salud. Profesor Auxiliar. Dirección Provincial de Salud, Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Licenciado en Economía. Máster en Economía de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas No. 1, Santiago de Cuba, Cuba.

⁵ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Máster en Urgencias Médicas. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio de evaluación económica parcial del tipo *Descripción de costos del incremento del promedio de estadía hospitalaria y su efecto económico*, en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba durante el 2010, para lo cual se utilizó la información concerniente al período de enero a diciembre del 2005; última disponible a los efectos. Se analizaron los principales indicadores de eficiencia hospitalaria de forma integrada y se describieron los costos días/paciente por las fundamentales deficiencias atribuibles al incremento de la estadía hospitalaria o sobreestadía. Entre los principales resultados sobresalieron, por citar algunos: prolongación de la mencionada estadía en los servicios quirúrgicos por problemas organizativos y estructurales en el salón de operaciones, así como aumento de los costos y días/paciente en las etapas I (desde el ingreso hasta la realización de los exámenes complementarios) y IV (desde la determinación del egreso por el personal médico hasta que el paciente abandona la institución).

Palabras clave: indicadores de eficiencia hospitalaria, indicadores de gestión, estadía hospitalaria promedio, costo hospitalario, evaluación económica.

ABSTRACT

A study of partial economic evaluation of costs description type for the increase of the average of hospital stay and its economic effect was carried out in "Saturnino Lora Torres" Teaching Clinical-Surgical Provincial Hospital from Santiago de Cuba during

2010, for which the information concerning the period from January to December, 2005 was used; the last available to the effects. The main indicators of the integral hospital efficiency were analyzed and the costs days/patient were described through the fundamental deficiencies attributable to the increase of the hospital stay or overstay. Among the main results there were: the increase of the mentioned stay in the surgical services due to organizational and structural problems in the operating room, as well as an increase of the costs and days/patient in the first stage (from the admission to the complementary tests) and fourth stage (from discharge according to medical staff decision to the patient's leaving).

Key Words: indicators of hospital efficiency, management indicators, average hospital stay, hospital cost, economic evaluation.

INTRODUCCIÓN

En las condiciones cubanas actuales existen reservas potenciales de eficiencia que deben utilizarse, puesto que si importante es contar con un sistema de costos, más aún lo resulta su uso como herramienta en la toma de decisiones, de manera que sin afectar la cantidad y calidad de los servicios prestados, se logre una marcada tendencia al abaratamiento.

Al respecto, el sistema de costos hospitalarios se empleó por primera vez en la provincia de Santiago de Cuba en 1978, en los hospitales Clínicoquirúrgico Provincial "Saturnino Lora" e Infantil Norte "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira", ambos en la ciudad del mismo nombre. Se creó por la necesidad de conocer con más precisión la relación existente entre los servicios y su costo, lo cual requirió para su implementación que desde el principio se estableciera una estrecha colaboración entre los servicios y departamentos de la unidad y se diese respuesta a las exigencias del Sistema de Dirección y Planificación de la Economía; pero ello demandaba un ajuste del Sistema de Costos para Hospitales, que fue elaborado en 1975. Esta versión se amplió, perfeccionó y generalizó a todos los centros asistenciales del país en 1985, como guía metodológica que ha impulsado y regido la implantación del sistema de costos en el sector de la salud en Cuba: se trata del Manual de costos hospitalarios, editado por la Dirección de Contabilidad del Ministerio de Salud Pública y todavía vigente.¹

En la evaluación de estos indicadores debe tenerse en cuenta que una disminución de los ingresos y de la estadía hospitalaria, condiciona no solo una reducción de los días/paciente, sino también de la utilización de las camas reales y de la dotación; por tanto, hay una limitación del gasto variable, lo cual se revierte en un menor de medicamentos y material gastable, del consumo de alimentos y del empleo de reactivos; un uso racional de los medios de diagnóstico, de la lencería y otro avituallamiento; un mejor mantenimiento de los equipos, así como una adecuada medición de la eficacia y efectividad de las estrategias sanitarias frente a los costos incurridos, donde el objetivo fundamental es invertir correctamente lo que en realidad se necesite para ser más eficientes y lograr una mayor satisfacción por parte de pacientes y familiares.²⁻⁴

Con vistas a determinar el efecto económico atribuible a la estadía hospitalaria en una unidad asistencial del territorio y evaluar el costo de las principales deficiencias

asociadas a las variaciones del tiempo de ingreso de las personas en los diferentes servicios de la institución, se elaboró el presente artículo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de evaluación económica parcial, del tipo *Descripción de los costos del incremento de la estadía hospitalaria promedio* en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico Universitario "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba durante el 2010, que abarcó desde enero hasta diciembre del 2005, por ser ese el último año cuando se analizaron los sistemas de costos hospitalarios en la unidad.

El universo estuvo conformado por los 15 236 pacientes egresados del hospital en ese período, de los cuales se obtuvo una muestra de 137 (n =137,04).

Se efectuó el análisis según las 4 etapas en que se divide el promedio de estadía hospitalario:

- I Desde el momento del ingreso hasta el comienzo de los exámenes médicos
- II Estudios clinicodiagnósticos
- III Tratamiento
- IV Alta del paciente

Toda la información necesaria se obtuvo de las historias clínicas y del Departamento de Contabilidad del hospital.

RESULTADOS

En la etapa I (tabla 1), que abarcó desde el momento del ingreso hasta el comienzo de los exámenes complementarios, los problemas se detectaron fundamentalmente en los servicios clínicos, los cuales generaron 3 835 días/paciente y un costo de \$ 154 105,54 por los días en exceso. Con respecto a la etapa II, que contempló la realización de exámenes clinicodiagnósticos (tabla 2), tanto en los servicios clínicos como quirúrgicos se generaron deficiencias que incrementaron los días/paciente en 1 696, con un costo de \$ 79 311,43.

Tabla 1. Principales dificultades detectadas en la etapa I

| Desde el momento del ingreso hasta el comienzo de los exámenes médicos | | |
|---|--------------------|----------------------|
| Dificultades | Días reales | Costo |
| Ingresos para estudio (fines de Semana) | 240 | \$ 8 434,54 |
| Demora en la realización de exámenes complementarios | | |
| a) Estudios pendientes | 492 | \$ 23 324,95 |
| b) Turnos demorados | 804 | \$ 33 667,06 |
| c) Turnos pendientes (perdidos) | 852 | \$ 35 038,41 |
| d) Mala preparación y/o orientación | 288 | \$ 11 077,37 |
| e) Exámenes complementarios no entregados al laboratorio una vez indicados y/o turnos no reservados | 72 | \$ 2 531,32 |
| f) Exámenes complementarios al ingreso | 955 | \$ 34 324,83 |
| g) Equipos rotos | 132 | \$ 5 707,06 |
| Subtotal | 3 835 | \$ 154 105,54 |

Tabla 2. Principales dificultades detectadas en la etapa II

| Exámenes clínicos y diagnósticos | | |
|--|--------------------|--------------------|
| Dificultades | Días reales | Costo |
| Demora en el resultado de los exámenes complementarios | | |
| a) Demora en la recogida de los resultados | 516 | \$18 226,98 |
| b) Demora en la realización de estudios radiográficos | 168 | \$ 8 995,75 |
| c) Exámenes complementarios extraviados | 132 | \$ 4 439,67 |
| d) Muestras mal recogidas | 252 | \$ 8 756,59 |
| e) Estudios suspendidos | 152 | \$ 6 197,84 |
| f) Pases médicos | 274 | \$14 257,61 |
| g) Pendiente de valorar por otras especialidades | 70 | \$ 7 940,47 |
| h) Pendiente de proceder | 132 | \$10 496,52 |
| Subtotal | 1 696 | \$79 311,43 |

La etapa III (tabla 3) no fue objeto de evaluación en los servicios clínicos, pero en los quirúrgicos, las dificultades propias de la actividad operatoria originaron un incremento de los días/paciente en 538, con un costo de \$ 36 861,13.

Tabla 3. Principales dificultades detectadas la etapa III

| Tratamiento | | |
|--|--------------------|--------------------|
| Dificultades | Días reales | Costo |
| Dificultades en el salón de operaciones | | |
| a) Operaciones suspendidas | | |
| - Por pacientes | 65 | \$4 128,65 |
| - Por problemas del salón | 206 | \$14 965,79 |
| - Por problemas externos al hospital | 25 | \$1 700,49 |
| b) Esperando tratamiento quirúrgico | 204 | \$13 533,18 |
| c) Pendiente de valorar por otras especialidades | 38 | \$2 533,02 |
| Subtotal | 538 | \$36 861,13 |

En la etapa IV (tabla 4), que incluyó el tiempo transcurrido desde el momento en que el médico determinó el egreso del paciente hasta que realmente abandonó el hospital, representó 1 477 días/paciente, con un costo de \$ 114 500,94.

Tabla 4. *Principales dificultades detectadas en la etapa IV*

| Alta del paciente | | |
|--|--------------------|----------------------|
| Dificultades | Días reales | Costo |
| Paciente mejorado y estable | 84 | \$ 2 639,28 |
| Demora en traslado a otros servicios | 252 | \$ 35 979,21 |
| Demora en traslado a otras instituciones | 588 | \$ 46 136,10 |
| Demora del traslado en ambulancia | 228 | \$ 14 432,81 |
| Egreso el lunes sin exámenes complementarios pendientes, con fin de semana por medio | 325 | \$ 15 313,54 |
| Subtotal | 1 477 | \$ 114 500,94 |

En resumen (tabla 5), las principales dificultades encontradas en las diferentes etapas del análisis de la estadía hospitalaria promedio incrementaron los días/paciente en 7 546 durante el año, para un costo institucional de \$ 384 779,04

Tabla 5. *Días/paciente y costos en las etapas de la estadía hospitalaria promedio*

| Etapas | Días/paciente | Costo |
|---------------|----------------------|---------------------|
| I | 3 835 | \$154 105,54 |
| II | 1 696 | \$79 311,43 |
| III | 538 | \$36 861,13 |
| IV | 1 477 | \$114 500,94 |
| Total | 7546 | \$384 779,04 |

DISCUSIÓN

Vargas y Hernández,⁵ quienes abordan en su estudio el tema de los indicadores hospitalarios desde la óptica de su utilidad para la oportuna toma de decisiones gerenciales, afirman que en los hospitales estudiados por ambos se calculaban dichos indicadores sobre la base de su capacidad, productividad y eficiencia; sin embargo, no hallaron vinculación aparente entre las decisiones gerenciales y la información que de ellos se extraían, pues se evaluaba integralmente cada indicador fundamental, de forma habitual y mecánica, pero no cumplían su función valorativa en la toma de decisiones gerenciales.^{2,5}

El cálculo de este indicador permite evaluar el uso que se le da a la cama y la "prolongación innecesaria de los días de hospitalización, incoordinación entre los servicios administrativos, auxiliares, diagnóstico o terapéuticos y los servicios de hospitalización".^{6,7} De hecho, las prolongaciones innecesarias, ya sea por causa administrativa o científica (deficiencias en la calidad técnica o prestación inapropiada de los servicios), genera costos por hospedaje y terapéuticos a la institución hospitalaria, que se identifican como ineficiencia y poca productividad, debido a que el promedio de estancia está relacionado directamente con el índice de rotación, que de acuerdo con el autor antes citado "podría interpretarse como la producción por cama

en un período determinado". También se considera que es importante que cada institución hospitalaria establezca el patrón de comparación del índice de rotación de acuerdo con el promedio de días de estadía que requieran los pacientes, según la especialidad.^{8,9} Datos similares se obtuvieron en este estudio y otros¹⁰⁻¹² con respecto al análisis de esos indicadores.

Cortés *et al*,³ en una publicación donde analizan los costos de la atención médica hospitalaria, entre otros asuntos plantean que otra estrategia es enfocarse en medicina basada en la comunidad, especialmente en áreas rurales, como también se registra en otros documentos.^{13,14}

Es evidente que de la vigilancia que se mantenga en cada servicio del hospital acerca de los días que los pacientes permanecen hospitalizados y que de acuerdo con ese esquema de las 4 etapas reduzcan o no los tiempos de la primera, segunda y cuarta, así será su promedio de estadía hospitalario.^{15,16} La etapa III no fue objeto de evaluación en los servicios clínicos, puesto que el objetivo fundamental de la hospitalización es la fase terapéutica y su análisis requiere de otro tipo de evaluación, donde entrarían a analizarse dilemas éticos que merecerían ser valorados por personal experto.

Abel-Smith,⁶ en un estudio internacional sobre los gastos de sanidad encontró que las variaciones de los períodos de estancia y de los costos diarios correspondientes, pueden deberse a las funciones que cumplen los establecimientos especiales dentro del sistema hospitalario, condiciones sociales, servicios de asistencia poshospitalaria a domicilio y tradiciones culturales, entre otras causas, como igualmente informan otros autores.^{17,18}

Izquierdo,⁷ en un análisis donde evalúa la gestión estratégica en costos, plantea que el incremento permanente de los costos en la atención de la salud es causa de preocupación constante para aquellos cuya responsabilidad se basa en administrar sistemas o instituciones de ese mercado. Cobas *et al*¹⁹ plantean algo similar en su investigación.

Chirnos *et al*²⁰ resumen que los estudios sobre gastos y costos solo tienen un interés muy limitado si no se realizan en función de los beneficios obtenidos y concluyen que hay que establecer un nexo entre el economista y el investigador médico, pues únicamente así se podrá saber no solo el valor médico, económico y social de la salud, sino también lo que cuesta proporcionar a todos los pueblos ese "estado de completo bienestar físico, mental y social".

Finalmente cabe comentar que hubo dificultades con la resolutivez en el nivel primario y poca implementación del ingreso domiciliario, lo cual hubiera facilitado al hospital las altas precoces con seguimiento médico en su área de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección Nacional de Contabilidad. Manual de costos hospitalarios. La Habana:DNC, 1985.
2. Almenara Barrios J, García Ortega C, González Caballero JL, Abellán-Hervás MJ. Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales. Salud Pública Méx 2002; 44(6):533-40.

3. Cortés A, Flor E, Duque G. Análisis de costos de la atención médica hospitalaria. Experiencia en una clínica privada de nivel II-III. Rev Colombia Méd 2002; 33(2):45-51.
4. Producción, eficiencia y costos de servicios de salud. <<http://www.monografias.com/trabajos10/parag/parag.shtml>> [consulta: 6 diciembre 2010].
5. Vargas González, V. Hernández Barrios, E. Indicadores de gestión hospitalaria. Rev Cienc Soc 2007; 13(3):444-54.
6. Abel-Smith B. Estudio Internacional de los gastos de sanidad y su incidencia en la planificación de servicios de asistencia médica y salud pública. Cuader Salud Pública 1969;(32). <[http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_32_\(part1\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_32_(part1)_spa.pdf)>[consulta: 6 diciembre 2010].
7. Izquierdo RO. Gestión estratégica en costos de salud. Herramienta para mejorar su control y reducirlos. Caracas: Universidad ISALUD, 2008.
8. Kaplan A, Montico E, Velarde M. La contabilidad de costos en instituciones de salud. <http://www.intercostos.org/documentos/custos_310.pdf> [consulta: 18 marzo 2011].
9. Estudio acerca del uso y la gestión de camas hospitalarias en la región metropolitana. <<http://www.saludyfuturo.cl/documentos/GESTIONCAMAS.pdf>> [consulta: 2 abril 2011].
10. Análisis de costos de la atención médica hospitalaria. <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28333201.pdf>> [consulta: 2 abril 2011].
11. Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Ruiz V, Leutscher E, Calpena R, et al. Impacto de una intervención de retroalimentación y autoevaluación en la reducción de ingresos inadecuados en servicios de Cirugía General. Rev MAPFRE Med 2004; 15(1):11-9.
12. Balears es la autonomía con mayor actividad hospitalaria. <http://www.diariodemallorca.es/secciones/noticia.jsp?pRef=2008041100_2_347484__Mallorca-Balears-region-mayor-actividad-hospitalaria> [consulta: 18 marzo 2011].
13. Estadísticas de indicadores hospitalarios. Resultados detallados. Año 2005. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2009.
14. Colombia. Ministerio de Salud. Programa de mejoramiento de los servicios de salud. Anexo Acuerdo número 156. Bogotá:MSC, 2008.
15. Ramos Domínguez BN, Diego Cobelo JM, Castañeda Pestano G, Ramírez Fernández R. Egresos hospitalarios en la población del Municipio Plaza de la Revolución. Rev Cubana Salud Púb 21(1).

<http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol21_1_95/spu03195.htm> [consulta: 12 diciembre 2010].

16. Ramos Domínguez N, Aldereguía Henríquez J. Higiene social y organización de la salud pública. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2005.
17. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública 2004; 30(1):17-36.
18. Ríos Massabot NE. Interpretación de los indicadores que miden la utilización de las camas hospitalarias. Rev Cubana Adm Salud 1978; 4(1):47-58.
19. Cobas Manrique J, Ledo Duarte SR. Aspectos económicos de la salud pública. Rev Cubana Adm Salud 1981; 7(4).
20. Chirinos E, Rivero E, Goyo A, Méndez E, Figueredo C. Indicadores de gestión para medir la eficiencia hospitalaria. Negotium 2008; 4(10):50-63.

Recibido: 9 de septiembre de 2011

Aprobado: 23 de septiembre de 2011

Dra. Felipa Nerys López Veranes: Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: nerys@ucilora.scu.sld.cu