

# Análisis de las reinternaciones de pacientes dentro de los 30 días del egreso y cuantificación del costo día cama paciente en una Clínica de Agudos de CABA



Por César Ariel Reale

Contador Público.

Magister y Especialista en Economía y Gestión de la Salud

Diplomado en Efectividad Clínica, Evaluación de Tecnologías y Calidad en Salud

Diplomado en Gestión de la Salud.

**Directora de Tesis:** Mag. Ruth Litmanovich

**Jurados:** Dr. Hugo Norberto Catalano  
Mag. Emilio Restelli  
Mag. Jimena Jalom

## Introducción

Las readmisiones hospitalarias no planificadas representan una carga significativa para los sistemas de atención médica, los pacientes y sus familias. Si bien no todos los reingresos pueden evitarse, existe consenso en que las tasas de reingreso en todo el mundo son demasiado altas y podrían reducirse mediante intervenciones específicas.

Diversos factores pueden contribuir a las readmisiones no planificadas. Algunos están relacionados con deficiencias en la calidad de la atención, ya sea durante la admisión, en la comunidad o en la transición de la atención hospital-comunidad. La edad, morbilidad y la discapacidad funcional, el estatus socio económico y el alta hospitalaria a largo plazo se consideran factores de riesgo generales importantes. Los factores prevenibles bajo el control del hospital incluyen errores de manejo del paciente, complicaciones quirúrgicas, errores relacionados con la medicación y procedimientos deficientes en el alta que no involucran adecuadamente a los pacientes, sus familiares, médicos o los trabajadores de atención de la tercera edad. Se ha demostrado que algunas iniciativas como apoyar a los pacien-

tes y sus cuidadores después del alta hospitalaria ayudan, pero la adopción generalizada de intervenciones sostenibles sigue siendo difícil de alcanzar (Alonso, Llorente Díez, Echeagaray Agar, Echezarreta & González Arencibia, 2001). Considerando los recursos limitados, resulta pertinente focalizar las readmisiones que los hospitales pueden prevenir mejor y adaptar las intervenciones más costosas para los pacientes que tienen más probabilidades de beneficiarse de ellas. Esta estrategia requiere métodos para estimar el riesgo de manera precisa y puntual.

Durante los últimos años se ha asistido a un interés creciente por evaluar la calidad que brindan los Servicios de Internación, sobre la base de datos de readmisión en períodos variables medidos desde el egreso del paciente. Aun así es escasa la evidencia científica sobre la evaluación del incremento de los costos asociados a la readmisión de pacientes en los servicios de internación.

También existe escasa evidencia científica sobre la readmisión de pacientes en 30 días posteriores al egreso, en servicios de internación como indicador de incremento en los costos.

Se espera que éste trabajo pueda contribuir al cumplimiento de las siguientes metas:

- Generar información que permita introducir criterios racionales en el mejor aprovechamiento de los recursos y de la gestión de pacientes;
- Diseñar lineamientos para mejorar la gestión de pacientes y la disminución de costos asociados a reingresos;
- Elaborar un Indicador válido y poder compararlo con otros servicios de Internación de referencia.
- Costear con la metodología seleccionada el día cama paciente.

Cualquier planteo de mejora en los costos pasa por conocer cuál es la situación real del problema en análisis, detectar qué situaciones se deben mejorar teniendo en cuenta los aspectos técnicos y conocer casos de reinternación que podrían evitarse, posibilitando la comparación de índices entre diferentes centros de similar nivel de prestación.

## Problema

---

Las características poblacionales de los pacientes que ingresan en la Institución en estudio pertenecen a un grupo etario muy particular, comórbidos, con pluripato-

logía, polimedicados y en muchos casos con gran vulnerabilidad social.

La reconsulta por guardia y la readmisión son variables que generan un aumento en la demanda de los servicios hospitalarios, hecho que interfiere en el proceso asistencial en el área de Urgencias e Internación, y genera un déficit estructural y/o funcional llevando a que los escasos recursos no puedan ser asignados en forma eficiente.

La Clínica bajo estudio es propiedad de un financiador, mutual de salud con sistema cerrado de atención exclusiva a sus afiliados. El financiador posee además, dentro de su cartilla de servicios de internación, otros efectores en CABA que conviven con su propia Clínica.

La utilización de la cama por reingresos ya sea por el mismo diagnóstico o uno diferente, que según la bibliografía y los trabajos publicados al respecto son evitables, incide en el sistema afectando recursos del financiador. Se suma a ésta problemática el factor estructural edilicio con 41 camas de internación en sala, lo que implica especial atención sobre los porcentajes de ocupación y la estancia media, con una constante vigilancia de éstas variables, las que en niveles altos generan rechazos y derivaciones hacia otros centros de internación.

El análisis de las reintegraciones permitirá establecer un indicador propio, a efectos de que sea comparable con los publicados en la bibliografía y con instituciones de similar características como indicador útil para la evaluación de la calidad asistencial de los servicios prestados, generando lineamientos con el fin de aprovechar de forma óptima los recursos económicos. Conociendo el costo del día cama se podrá analizar de qué manera inciden las derivaciones por reinternaciones evitables.

## Objetivo General

---

Analizar las reinternaciones dentro de los 30 días del egreso y cuantificar el costo de del día cama paciente en una Clínica de Agudos de CABA durante el período enero-agosto 2018.

## Objetivos Específicos

---

- Conocer el porcentaje de readmisión dentro de los 30 días del egreso y construir un indicador válido de análisis, definido como tasa de reinternación, que permita una comparación con otros publicados.

- Determinar las patologías más frecuentes de reinternación a efectos de compararlas con las registradas en la bibliografía y establecer posibles diferencias relevantes.
- Determinar el costo de día cama paciente para la Clínica objeto del estudio.

## Metodología

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, cuantitativo en el que se incluyen pacientes clínicos desde los 16 años hasta los +100 años de vida que se reinternen en el servicio de Internación General en Sala, durante el período comprendido entre los meses de Enero/Agosto de 2018.

### Internación y Reinternación

A efectos de la presente tesis se definen los conceptos que caracterizan la temporalidad del ingreso del paciente analizado:

- INTERNACIÓN: toda primera hospitalización de un paciente durante el período de tiempo en estudio.
- REINTERNACIÓN: todo reingreso dentro de los 30 días del mismo paciente (aquel definido como internación) habiendo transcurrido al menos 24hs de su externación.
- REINTERNACIONES BRUTAS: todo reingreso dentro de los 30 días del mismo paciente (aquel definido como internación) habiendo transcurrido al menos 24hs de su externación y con un *diagnóstico diferente al del primer ingreso*.
- REINTERNACIONES ESPECÍFICAS: todo reingreso dentro de los 30 días del mismo paciente (aquel definido como internación) habiendo transcurrido al menos 24hs de su externación y con un *mismo diagnóstico al del primer ingreso*.

Se evaluaron 1356 internaciones clínicas en el Servicio de Internación en Sala durante los meses de enero y agosto de 2018.

## Criterios de exclusión

Se excluyeron del análisis aquellos pacientes ingresados en servicios que no fueran exclusivamente Sala:

- Pacientes internados y/o reinternados en Servicio de Terapia Intensiva
- Pacientes ingresados a Hospital de Día
- Internaciones en Unidades de Observación de Emergencias

- Internaciones breves, necesarias para realizar estudios como videocolonoscopías y polisomnografías.
- Internaciones con duración de un día o menos pertenecientes a pacientes que estuvieron en observación.

Se realizó un análisis por tasa de reinternación total considerando la totalidad de los reingresos que cumplieran con las cualidades definidas anteriormente. Luego se dividió el análisis en reinternaciones brutas teniendo en cuenta el diagnóstico de reingreso por cualquier motivo para todos aquellos pacientes que reingresaron habiendo transcurrido las 24hs y dentro de los 30 días de su externación. Luego se calculó la tasa de reinternación específica, es decir aquellos pacientes que reingresan habiendo transcurrido las 24hs y dentro de los 30 días de su externación por el mismo diagnóstico.

Las 1356 internaciones estudiadas en la Clínica durante el período enero-agosto de 2018 corresponden a 1022. pacientes Se excluyeron 378 internaciones para tratamiento con quimioterapia, internaciones programadas para estudios e internaciones menores a 24hs del egreso. De las 978 internaciones resultantes, 64 (6,54%) correspondieron a reinternaciones. De ellas 37 (57,81%) correspondieron a reinternaciones por cualquier diagnóstico diferente al del primer ingreso (reinternaciones brutas) y 27 (42,19%) fueron clasificadas como reinternaciones a los 30 días por el mismo diagnóstico al del primer ingreso (reinternaciones específicas).

De las internaciones totales (n=978), el 3,78% (n=37) correspondieron a reinternaciones por cualquier diagnóstico (reinternaciones brutas) y el 2,76% (n=27) correspondieron a internaciones por mismo diagnóstico (internaciones específicas).

El promedio de edad de las reinternaciones fue de 74,11 años y la mediana 77,50 años. El promedio de las reinternaciones por cualquier causa (reinternaciones brutas) fue de 73,65 años mientras que el promedio de las reinternaciones por mismo diagnóstico (reinternaciones específicas) fue de 74,74 años.

El promedio de días de las reinternaciones en estudio fue de 8,09 días y el intervalo entre el alta y la reinternación fue de 7,81 días. Las tasas de reinternación total fueron mayores en mujeres (51,56%) que en varones (48,44%). Se observan en las Reinternaciones Específicas, pacientes más añosos (74,74 años) que en las Reinternaciones Brutas (73,65 años). El primer grupo tiene además una

estancia promedio más alta (8,81 días) y el intervalo de días al reingreso es más corto (6,15 días). En comparación de datos, como característica poblacional el promedio de estadía de la Institución en el mismo período de análisis fue de 6,26 días.

Al estudiar la distribución de las reinternaciones por grupos etarios los resultados señalaron un aumento progresivo con la edad a partir de los 61 años. Observando que las mayores proporciones corresponden a los grupos de mayor edad.

El incremento de la edad de los pacientes, como factor predictivo de reingresos, acumula en el rango 61-90 años el 78% de los reingresos.

## Indicador tasa de reinternación

El indicador seleccionado, *tasa de reinternación*, es el elegido en la presente tesis para realizar una comparación válida con otros centros de salud e incluso otros sistemas de salud cuyos índices se encuentran publicados en la bibliografía.

$$\frac{\text{REINTERNACIONES}}{\text{INTERNACIONES DEPURADAS}} \times 100$$

**Reinternación:** todo reingreso dentro de los 30 días del mismo paciente (aquel definido como internación) habiendo transcurrido al menos 24hs de su externación.

**Internaciones depuradas:** total de internaciones del período, excluidas internaciones en Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Observación de Emergencias, tratamientos por quimioterapia e internaciones programadas para estudios e internaciones menores a 24hs.

## Determinación de costos

La determinación de costos en las instituciones de salud es una materia particularmente compleja, principalmente por las características intrínsecas de los servicios de salud. La prestación de salud es:

- Intangible: aunque muchas veces presente elementos materiales, la prestación médica no puede materializarse por lo tanto complejiza su medición a efectos de valorarla.
- Unidad de medida de difícil elección.

– Prestación “artesanal” por lo que no es posible automatizar o prestar en “serie” como puede hacerse con un producto en una industria.

Por lo tanto la producción, disponibilidad, accesibilidad y calidad de la información es central a la hora de contar con datos para el desarrollo de un buen costeo.

El origen de la información para el cálculo de costos es el “Sistema de Información Contable”, la contabilidad financiera mensual de la Clínica. El período de datos para el análisis de pacientes internados y reingresados es enero-agosto 2018. Para el costo del día cama paciente se tomaron datos contables del período enero-diciembre 2018. Este último criterio se fundamenta en que el período completo de un año tiene mejor representados la totalidad de costos, sobre todo en recursos humanos (rubro con incidencia +60% del gasto total) con SAC completo, plus vacacional, incrementos salariales de convenio, etc. Las actualizaciones anuales a proveedores y prestadores de servicios médicos también están mejor expresadas a lo largo de todo 2018.

La variación del TC entre agosto 2018 y diciembre 2018 fue del 3% aproximadamente, por lo que no se ve distorsionado significativamente el costo. En el mes de septiembre 2018 la Clínica incorporó dos consultorios nuevos: pos alta y pre internación, con el objeto de contemplar en un todo el entorno del paciente, mejorar el proceso de alta de la institución y transición del paciente hacia la comunidad y un mejor seguimiento pos alta de la salud el paciente. Estas incorporaciones pudieron alterar las estadísticas de reinternación, por ese motivo no se tuvo en cuenta el período septiembre-diciembre 2018.

A tales fines, el Plan de Cuentas está definido por Centros de Responsabilidad, que a fines del presente trabajo es el equivalente a Centro de Costos. Un Centro de Responsabilidad es cada unidad de funcional de la institución dirigida por una persona con autoridad y responsabilidad específica. Cada Centro de Responsabilidad tiene un plan de cuentas contables que asigna gastos de forma directa al Centro. Esto implica un mayor esfuerzo de imputación contable, con criterio profesional, que redunde en información cierta, específica y de calidad asegurando que la totalidad de gastos, directos e indirectos, impacten sobre los Centros de Responsabilidad.

En el plan de cuentas se exponen gastos de asignación directa y gastos indirectos con asignación de acuerdo a

una base de distribución predeterminada. Para el resto de los Servicios definidos como Centros de Responsabilidad/ Centro de Costos, el plan de cuentas es idéntico.

Si bien este criterio de imputación exige un mayor *expertise* contable a la hora de procesar los gastos, asegura que cada Centro de Responsabilidad absorba aquellos costos que le son propios, en forma directa. El trabajo previo de definición de las mejores bases y criterios de distribución, es esencial para que la información contable sirva de sustento al cálculo de costos. Sin estos criterios de distribución utilizados en la imputación, la información se desdoblaría, por un lado la información contable financiera y por otro, la preparación de la contabilidad de costos en paralelo. Una base de información unificada facilita la auditoría de información, corrección de desvíos y valida el origen de datos, un tema generalmente controversial a la hora de

calcular costos. No optar por este sistema obligaría a crear un sistema paralelo.

## Método del costeo por reasignación en cascada

El método del costeo por reasignaciones “en cascada” es un modelo sencillo de costos cuya gran ventaja es que puede aplicarse en cualquier institución de salud, sea cual fuere su complejidad, utilizando en primera instancia sólo la información que éste posee. Se trata de un sistema de *full costing* aplicado de tal manera que ningún costo quede sin ser asignado a un determinado centro de costo.

Para el período de gastos y con la metodología seleccionada, el costo del día cama paciente para el presente trabajo se calculó en US\$349,85 (\$13.504,21).

**Tabla 1**  
**Gastos por Servicios**

Centros	Gastos	
Centros de Costos Finales	Internación General	99.006.562
	Consultorios Externos	39.703.103
	Quirófanos	61.156.943
	Guardia de Emergencia	21.130.060
	UTI	19.267.092
	Hospital de Día	4.332.459
Centros de Costos Intermedios	Rehabilitación Física	16.924.632
	Endoscopia	5.813.947
	Hemoterapia	5.873.346
	Urología	1.083.477
	Laboratorio	27.982.962
	Diagnóstico por Imágenes	36.539.011
	Cardiología	2.878.973
	Anatomía Patológica	1.988.862
	Esterilización	5.742.475
	Infectología	10.082
Centros de Costos Estructurales	Egresos UGM	898.458
	Administración	67.744.363
Centro de Costos Externo	Farmacia Venta al Público	96.233.205
<b>Total General</b>		<b>514.310.021</b>

Fuente: elaboración propia

**Tabla 2**

**Cascada de Distribución de costos desde Centros Intermedios y Estructurales hacia los Centros de Costos Finales**

Distribución	Internación General	Consultorios Externos	Quirófanos	Guardia de Emergencia	UTI	Hospital de Día	Rehabilitación Física	Endoscopia	Hemoterapia	Urología	Laboratorio	Diagnóstico por Imágenes	Cardiología	Anatomía Patológica	Esterilización	Infectología	Egresos UGM	Administración	Farmacia Venta al Público
Gastos de Administración	99,006,744	39,703,104	61,156,944	21,130,060	19,267,093	4,332,459	16,924,633	5,813,947	5,873,347	1,083,478	27,982,962	36,539,011	2,878,974	1,988,863	5,742,475	10,082	898,458	67,744,363	96,233,206
Distribución 1	22,053,256	7,865,573	7,069,242	1,155,691	7,084,067	5,124,050	1,057,221	691,540	1,120,809	787,393	5,422,656	6,895,630	666,613	520,762	—	229,859	—	-67,744,363	—
Egresos UGM	121,059,999	47,568,677	68,226,186	22,285,751	26,351,160	9,456,510	17,981,854	6,505,487	6,994,155	1,870,871	33,405,619	43,434,641	3,545,587	2,509,625	5,742,475	239,942	898,458	—	96,233,206
Distribución 2	292,481	104,317	93,756	15,327	93,952	67,958	14,021	9,172	14,865	10,443	71,918	91,453	8,841	6,907	—	3,049	-898,458	—	—
Distribución 3	121,352,480	47,672,994	68,319,941	22,301,078	26,445,112	9,524,467	17,995,876	6,514,658	7,009,020	1,881,313	33,477,537	43,526,095	3,554,428	2,516,532	5,742,475	242,990	—	—	96,233,206
Infectología	121,495	8,092	24,299	20,241	40,506	4,058	—	—	—	—	16,207	4,058	4,034	—	—	-242,990	—	—	—
Distribución 4	121,473,975	47,681,088	68,344,240	22,321,319	26,485,618	9,528,525	17,995,876	6,514,658	7,009,020	1,881,313	33,493,744	43,530,153	3,558,462	2,516,532	5,742,475	—	—	—	96,233,206
Esterilización	1,002,062	401,973	3,760,173	95,899	369,815	20,673	—	69,484	18,376	—	4,594	—	—	—	-5,742,475	—	—	—	—
Distribución 5	122,476,037	48,083,059	72,104,413	22,417,219	26,855,434	9,549,198	17,995,876	6,584,142	7,027,396	1,881,313	33,498,338	43,530,153	3,558,462	2,516,532	—	—	—	—	96,233,206
Anatomía Patológica	—	1,223,034	578,802	—	—	—	—	495,757	—	—	—	218,938	—	-2,516,532	—	—	—	—	—
Distribución 6	122,476,037	49,306,094	72,683,215	22,417,219	26,855,434	9,549,198	17,995,876	7,079,899	7,027,396	1,881,313	33,498,338	43,749,091	3,558,462	—	—	—	—	—	96,233,206
Cardiología	158,458	3,348,969	—	5,103	45,931	—	—	—	—	—	—	—	-3,558,462	—	—	—	—	—	—
Distribución 7	122,634,495	52,655,063	72,683,215	22,422,322	26,901,364	9,549,198	17,995,876	7,079,899	7,027,396	1,881,313	33,498,338	43,749,091	3,558,462	—	—	—	—	—	96,233,206
Diagnóstico por Imágenes	6,999,855	27,649,425	446,241	7,078,603	1,574,967	—	—	—	—	—	—	-43,749,091	—	—	—	—	—	—	—
Distribución 8	129,634,350	80,304,488	73,129,456	29,500,925	28,476,332	9,549,198	17,995,876	7,079,899	7,027,396	1,881,313	33,498,338	—	—	—	—	—	—	—	96,233,206
Laboratorio	7,929,057	19,700,373	144,043	4,565,823	1,159,042	—	—	—	—	—	-33,498,338	—	—	—	—	—	—	—	—
Distribución 9	137,563,406	100,004,861	73,273,499	34,066,749	29,635,374	9,549,198	17,995,876	7,079,899	7,027,396	1,881,313	—	—	—	—	—	—	—	—	96,233,206
Urología	236,808	892,773	462,923	—	288,810	—	—	—	—	-1,881,313	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Distribución 10	137,800,214	100,897,633	73,736,422	34,066,749	29,924,184	9,549,198	17,995,876	7,079,899	7,027,396	—	—	—	—	—	—	—	—	—	96,233,206
Hemoterapia	4,139,136	—	1,524,945	146,170	982,268	224,877	—	—	-7,027,396	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Distribución 11	141,939,350	100,897,633	75,261,367	34,212,918	30,916,452	9,774,075	17,995,876	7,079,899	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	96,233,206
Endoscopia	1,699,251	—	5,167,926	—	212,722	—	-7,079,899	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Distribución 12	143,638,601	100,897,633	80,429,293	34,212,918	31,129,175	9,774,075	17,995,876	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	96,233,206
Rehabilitación Física	2,370,602	14,974,010	—	—	651,264	-17,995,876	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Distribución 12	146,009,203	115,871,644	80,429,293	34,212,918	31,780,439	9,774,075	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	96,233,206

Fuente: Elaboración propia



**Tabla 3**  
**Cálculo del Costo del Día Cama Paciente**

Camas	41
Costos de Internación en Sala General	US\$ 3.782.621,83
Promedio de ocupación del periodo	72,25%
Período en días	365
Detalle del Cálculo	$3.782.621,83 / (41 \times 365 \times 0,7225) = US\$349,85$

Fuente: Elaboración propia TC 29/12/2018 US\$ 38,60

## Conclusiones

### Porcentaje de readmisión dentro de los 30 días del egreso

Tanto en la consideración de todos los diagnósticos entre las distintas internaciones como en la revisión de las internaciones por igual diagnóstico, se obtuvieron tasas de reinternaciones por debajo de las registradas en otras investigaciones. La tasa de reinternación por todas las causas resultó menor a la encontrada en bibliografía y publicaciones, con un 6,54% en el período bajo estudio.

### Patologías más frecuentes de reinternación

Entre los diagnósticos de reinternación, los de mayor frecuencia fueron: neumonía, insuficiencia cardíaca, insu-

ficiencia respiratoria, dolor abdominal y pie diabético en contraste con los estudios internacionales donde las causas más frecuentes son: EPOC, insuficiencia cardíaca, ACV y enfermedades oncológicas.

Los diagnósticos de reinternación más frecuentes en Clínica analizados en la presente tesis fueron neumonía, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, dolor abdominal, pie diabético y síncope. Se puede notar que si bien no son coincidentes en su totalidad con los estudios citados en la bibliografía, entre los seis primeros diagnósticos mostraron coincidencias la insuficiencia cardíaca, las enfermedades respiratorias y la EPOC.

**Tabla 4**  
**Tasas de reinternación**

Reinternaciones	N=978	%
Reinternaciones totales	64	6,54%
Reinternaciones brutas <sup>1</sup>	37	3,78%
Reinternaciones específicas <sup>2</sup>	27	2,76%

<sup>1</sup> Reinternaciones brutas, por cualquier diagnóstico, diferente al del primer ingreso

<sup>2</sup> Reinternaciones específicas, por mismo diagnóstico al del primer ingreso

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 5**  
**Tasas de reinternación comparativas con las encontradas en la bibliografía**

Fuentes	Tasas totales
Lima, Perú <sup>1</sup>	13,70%
Madrid, España <sup>2</sup>	12,40%
Medicare <sup>3</sup>	15,60%
Tasa de la Clínica bajo estudio <sup>4</sup>	6,54%

<sup>1</sup> Rubio Ramos, 2017.

<sup>2</sup> Zapatero, 2012

<sup>3</sup> Medicare, "Readmissions Complications and Deaths – National Data Medicare Gov" 2015

<sup>4</sup> Clínica bajo estudio – Tasa total de readmisiones – Elaboración propia 2018

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 6**  
**Diagnósticos de reinternación en Clínica**

Diagnóstico	% reinternación
Neumonía	18,52%
Insuficiencia cardíaca	7,41%
Insuficiencia respiratoria	7,41%
Dolor abdominal	7,41%
Pie diabético	7,41%
Otras	51,84%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 7**  
**Diagnósticos más frecuentes de reinternación dentro de las 25 causas más relevantes en un hospital de comunidad de Buenos Aires, Argentina**

Diagnóstico	%
Leucemia	6,90%
Neoplasias malignas	5,30%
Infección del tracto urinario	2,90%
Falla cardíaca	2,30%
EPOC	2,20%
Neumonía	1,80%

Fuente: Padilla, Centeno, Engwald, & Díaz Manfrini, 2015

**Tabla 8**  
**Diagnósticos más frecuentes de reinternación en pacientes de edad avanzada. Madrid, España**

Diagnóstico	%
Enfermedades cardíacas (IC, arritmia, isquemia)	22,30%
Enfermedades digestivas	13,00%
Enfermedades respiratorias	12,20%
Enfermedades del sistema osteomuscular	12,20%
Enfermedades infecciosas	6,70%
Enfermedades oncológicas	4,60%

Fuente: Martínez, 2011

**Tabla 9**  
**Pacientes reinternados agrupados por edad**

Edad	n	%
30 – 40	2	3,13%
41 – 50	2	3,13%
51 – 60	5	7,81%
61 – 70	13	20,31%
71 – 80	17	26,56%
81 – 90	20	31,25%
91 – 100	5	7,81%
<b>Totales</b>	<b>64</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia

El promedio de edad en las reinternación bruta (RB) fue de 73,65 años y en reinternación específica (RE) de 74,74 años notándose un incremento progresivo a partir de los 61 años. La edad avanzada se observa como predictor de reinternación, coincidente con lo observado en la bibliografía consultada.

### Costo de día cama paciente

Se logró determinar que el costo del día cama paciente es sensiblemente menor en la Clínica en comparación con tres de los principales centros de prestación de servicios que la Obra Social tienen contratados en CABA. Los días utilizados por reingresos por las 64 reinterna-

ciones analizadas en el período bajo estudio fueron 518 sobre la disponibilidad total de camas. Si bien éste último dato de afectación a la disponibilidad de camas podría no ser significativo, la medida en que esos potenciales ingresos son rechazados por falta de disponibilidad de camas y derivados a otros centros entre un 12,28% y un 17,30% más caros sí afecta al financiador, sumado esto al incremento que suponen las reinternaciones en todos los sistemas de salud. Ambos conceptos hacen que el financiador de la Obra Social y además propietario de la Clínica soporte un doble impacto económico.

Los *días utilizados por reingresos* se suponen como aquellos que se asignan a una reinternación dentro de los 30 días, pudiendo estar disponibles para otro paciente, con mayor probabilidad de ser derivado a otro efector por no contar con camas libres. Extrapolar los 518 días utilizados por reingresos puestos en magnitud como monto global del período, incurrido por no contar con camas disponibles y tener que derivar pacientes a efectores más costosos, podría ser mostrado como una expresión monetaria de ineficiencias y motivo de análisis para minimizar reinternaciones evitables.

La columna “ocupación” en la tabla 11 muestra el porcentaje de camas ocupadas, incluyendo en cada uno de los meses los días utilizados por los reingresos. Evitar reingresos, o minimizarlos, supone contar con esa disponibilidad para ingresos nuevos que en condiciones de casi ocupación total deben necesariamente ser derivados a otros efectores, más costosos para el financiador. En la Institución analizada cobra relevancia debido a que la disponibilidad de 41 camas y a su condición de efector principal hace necesario el análisis de las reinternaciones y su evitabilidad como factor de incremento de los costos del sistema.

Resulta necesario diseñar herramientas de detección que identifiquen a los candidatos para las intervenciones preventivas adecuadas, aquellos que puedan beneficiarse de un retraso en el alta o mejora en la planificación de la

**Tabla 10**  
**Comparativo de costo día-paciente contra principales centros de derivación**

Efector	Costo día cama	Incremental comparativo
A	US\$ 410,37	17,30% superior a Clínica analizada
B	US\$ 406,73	16,26% superior a Clínica analizada
C	US\$ 392,82	12,28% superior a Clínica analizada
Clínica	US\$ 349,85	—

Fuente: elaboración propia



misma, o a los que se les deben ofrecer vías alternativas de atención (ID, Centro de Rehabilitación, etc.).

## Discusión

Debido a las características de la Institución analizada, con sólo 41 camas de internación en sala general, importó al autor evaluar en qué medida las reinternaciones podrían afectar la disponibilidad de recursos físicos. Se pudo evaluar que la utilización de días cama por internaciones que, según la bibliografía y los trabajos publicados al respecto son evitables, incide en el sistema de salud afectando recursos del financiador. Utilizar días en reinternaciones hace que nuevos pacientes deban ser derivados a otros efectores del sistema, más onerosos, incrementando en definitiva los costos globales en la prestación de servicios de salud.

Si bien la tasa de reinternación encontrada mostró ser sensiblemente más baja que las publicadas en la región, Europa o en los Estados Unidos, el impacto económico no puede ser dejado de analizar como factor de cambio para una mejora en la gestión del sistema. Durante el desarrollo de la presente tesis, la institución se encontraba en plena implementación de un consultorio de pos alta y una unidad de evaluación del paciente, con la idea de que la intervención de profesionales permitiese atenuar reingresos. En el primer caso, los pacientes derivados al alta a instituciones de tercer nivel o a sus hogares, no contaban con la suficiente instrucción al paciente y a su familia respecto de los cuidados necesarios, con consecuencias directas en un reingreso no deseado. En el segundo caso, un equipo de evaluación temprana al ingreso del paciente, compuesto por el servicio social de la institución y el equipo de médicos de Clínica Médica, evaluarían al paciente y su entorno

para conocer de antemano condiciones socio económicas, de vivienda, antecedentes de salud, etc. anticipándose con esta información e interviniendo mediante acciones tendientes a prever los pedidos de internación domiciliaria, insumos, etc. mucho antes del alta del paciente.

Ambas intervenciones, temporalmente en desarrollo paralelo con ésta tesis, presume el autor como sujetos de análisis posterior para evaluar sus resultados y ponderar en qué medida la tasa de reinternación pudo haber variado positivamente luego de las acciones implementadas.

La tasa de reinternación calculada del 6,54%, menor a las tasas comparativas de referencia bibliográfica, representa nominalmente 518 días cama. Dados los altos niveles de ocupación podrían ser un proxy de cálculo del costo extra que el sistema debe afrontar por no absorber nuevos pacientes y derivar a otros efectores. El diferencial entre el costo del día cama Clínica analizada y el de los tres principales centros de derivación es en promedio un 15% superior en éstos últimos (US\$ 349,85 – (A+B+C) / 3 = US\$ 53,45). Como ejercicio teórico, extrapolar ese incremental de US\$53,45 a 518 días totaliza US\$ 27.687,10. Este valor incide en un 1,09% sobre el gasto total de internación ajustado linealmente al período de 8 meses enero-agosto 2018 (3.782.621,83 / 12 meses x 8 meses = 2.521.747,89). US\$ 27.687,10 / US\$ 2.521.747,89 = 1,09% Otra de las conclusiones del presente trabajo a analizar, es la variación de costos respecto de las patologías con mayor prevalencia en las reinternaciones. ¿Es más costosa la reinternación del mismo paciente respecto de la internación? Este interrogante presupone adaptar la metodología de costeo a grupos relacionados al diagnóstico (GRD) o costear al paciente como centro de costos. El costo estructural del día cama paciente es el mismo para cualquier alternativa de internación clínica en sala, los cambios se

**Tabla 11**  
**Cantidad de reingresos por mes**

Período	Reinternaciones	Incidencia	Acumulada	Días utilizados por reingresos	Ocupación total
Ene-18	11	17.19%		81	64.00%
Feb-18	7	10.94%	28.13%	31	76.76%
Mar-18	9	14.06%	42.19%	86	95.05%
Abr-18	12	18.75%	60.94%	84	97.73%
May-18	7	10.94%	71.88%	95	84.45%
Jun-18	2	3.13%	75.00%	14	79.41%
Jul-18	5	7.81%	82.81%	36	81.15%
Ago-18	11	17.19%		91	97.02%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100.00%</b>		<b>518</b>	

Fuente: elaboración propia

presentan en los costos variables tales como medicación o acciones de enfermería y del equipo médico, presumiblemente mayores en los reingresos.

Sean cuales fueren los diferentes disparadores para análisis futuros, el trabajo sobre los costos es un factor que contribuye a mejorar la gestión institucional. En estructuras pequeñas, sin demasiado presupuesto y recursos para acciones tales como el costeo, desarrollar una metodología de trabajo que permita la producción de información para la toma de decisiones supone un esfuerzo adicional que el autor asume como desafío necesario para acompañar el éxito de los equipos de Dirección y Administración. La metodología adoptada permitió:

- Extraer rápidamente datos en información contable para el cálculo de costos
- Visualizar claramente los costos de los distintos servicios productivos o centros de responsabilidad

Si bien existen metodologías más complejas y que permiten un análisis diferencial, el realizado en esta tesis permitió costear el producto final y llegar al resultado esperado. Resulta importante establecer cuál es la mejor metodología de costos a utilizar en salud, se puede afirmar que sea cualquiera de ellas la elegida, un sistema de información sólido y un método que siga rigurosamente el camino del análisis de información puede ser adoptado como herramienta de gestión adaptable a la institución y su tamaño y estructura.

## Bibliografía

- Alonso Martínez, J. L., Llorente Díez, B., Echegaray Agara, M., Echezarreta, U., & González Arencibia, C. (2001). Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, 18(5), 28-34
- Canadian Institute for Health Information, All-Cause Readmission to Acute Care and Return to the Emergency Department (Ottawa, Ont.: CIHI, 2012).
- Donzé J, Aujesky D, Williams D, Schnipper JL. (2013) Potentially avoidable 30-day hospital readmissions in medical patients: derivation and validation of a prediction model. *JAMA Internal Medicine*, 173(8), 632–8.
- Falguera Martínez-Alarcón, J. D. (2002). *La Contabilidad de Gestión en los centros sanitarios*, Editorial Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.
- Fuentes, M. S. F. (1998). La contabilidad analítica en los hospitales públicos. *Revista de Contabilidad-Spanish Accounting Review*, 1(1), 53-73.
- Gallegos Muñoz, C., Rodríguez Quesada, E. (2017). Métodos de Costos utilizados por Instituciones Hospitalarias en Chile: Estudio de Caso. *Capic Review*, 15, 75-84
- Giménez, C. M. Colaboradores. (1995) *Costos para Empresarios*. Buenos Aires, Argentina, Editorial Macchi.
- Jalom, J. (2011). *Análisis de los Costos Hospitalarios del Servicio de Neonatología en Hospital Público de la Provincia de San Juan, Argentina 2009 (Tesis de Maestría)*. Universidad iSalud, Buenos Aires.
- Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418-1428.
- Kaplan, A. B., Montico, E., & Velarde, M. (2005). La contabilidad de costos en instituciones de salud. In *Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*.
- Maali, Y., Perez-Concha, O., Coiera, E., Roffe, D., Day, R. O., & Gallego, B. (2018). Predicting 7-day, 30-day and 60-day all-cause unplanned readmission: a case study of a Sydney hospital. *BMC medical informatics and decision making*, 18(1), 1.
- Martín Martínez, M. A., Carmona Alférez, R., Escortell Mayor, E., Rico Blázquez, M. & Sarria Santamera, A. (2011). Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada. *Atención Primaria*, 43(3), 117-124. Madrid, España.
- Medicare Payment Advisory Commission . Refining the hospital readmissions reduction program. Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System. ch. 2013; 4:91–114.. Washington, D.C., United States of America. [http://www.medpac.gov/docs/default source/reports/jun13\\_ch04.pdf](http://www.medpac.gov/docs/default source/reports/jun13_ch04.pdf).
- Montico, E., Velarde, M. (2003). Una propuesta de costos para las instituciones de asistencia médica colectiva: costos por pacientes y patología. Ponencia presentada al VIII congreso de Instituto Internacional de costos, Uruguay
- Padilla, I., Centeno, J., Engwald, C., Díaz Manfrini, M., (Septiembre de 2015). Uso secundario de la historia clínica digital para el análisis de las reinternaciones en un hospital de la comunidad en Argentina. Sexto Congreso Argentino de Informática y Salud, Buenos Aires
- Roldán, M. I. D., Montoya, L. F. G., & Agudelo, J. A. O. (2009). Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones. *Revista Digital del Instituto Internacional de Costos*, (5), 495-525.
- Rubio Ramos, I. (2017). *Factores asociados a la readmisión hospitalaria*. Lima: Departamento de Medicina del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
- Schweiger, A., et al. (2010). *Sistemas de Costos Hospitalarios*, Universidad iSalud.
- Spotlight on measurement: return to acute care following hospitalisation. Spotlight on readmissions. Sydney, NSW: BHI. July 2009 – June 2012
- Zapatero, A., Barba, R., Martínez, J. M., Hinojosa, J., Plaza S., Losa, J. E & Canora, J. (2012). Predictive Model of readmissions to internal medicine wards. *European Journal of Internal Medicine*, 23, 451-456
- Zhou H, Della PR, Roberts P, Goh L, Dhaliwal SS. (2016) Utility of models to predict 28-day or 30-day unplanned hospital readmissions: an updated systematic review. *BMJ Open*, 6(6), e011060