

**CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE COSTOS DE LOS HOSPITALES DE
NIVEL II DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS. ESTUDIO DE CASOS DE LOS
HOSPITALES SAN MARCOS DE CHINCHINÁ, SAN FÉLIX DE LA DORADA Y
FELIPE SUÁREZ DE SALAMINA**

JUAN DAVID RAMÍREZ JARAMILLO

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE ESTUDIOS SOCIALES Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS
MANIZALES
2016**

CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE COSTOS DE LOS HOSPITALES DE NIVEL II DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS. ESTUDIO DE CASOS DE LOS HOSPITALES SAN MARCOS DE CHINCHINÁ, SAN FÉLIX DE LA DORADA Y FELIPE SUÁREZ DE SALAMINA

JUAN DAVID RAMÍREZ JARAMILLO

Trabajo de Investigación presentado como requisito parcial para optar al título de Magister en administración de negocios

Director
CARLOS FERNANDO VÉLEZ GUTIÉRREZ
Magister en educación y desarrollo humano

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE ESTUDIOS SOCIALES Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS
MANIZALES
2016

NOTA DE ACEPTACIÓN

Aprobado por el comité de trabajo de grado, en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Universidad Autónoma de Manizales, para optar el título de magíster en administración de negocios.

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Manizales, 01 de Noviembre de 2016

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por este nuevo reto que termina y por los nuevos motivos para seguir luchando, Gracias a mi familia por su apoyo incondicional y su valiosa compañía cuando más lo necesite, Gracias a mi director de tesis por sus permanentes consejos y recomendaciones.

TABLA DE CONTENIDO

Presentación, 12

Resumen, 16

Palabras claves, 17

1. Área problemática, 18

2. Justificación, 22

3. Objetivos, 25

3.1 Objetivo general, 25

3.2 Objetivos específicos, 25

4. Marco de referencia, 26

4.1 Antecedentes de investigación, 26

4.1.1 Estructuración de un modelo de costos aplicado a la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán, 26

4.1.2 Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del Sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones, 28

4.1.3 La Dirección de hospitales por productos: nuevas metodologías de cálculo y análisis de costos, 30

4.1.4 Análisis de costos para la empresa de atención de consulta médica domiciliaria servicio de emergencias regionales SER S.A, 33

4.1.5 Un método rápido para el cálculo de costos hospitalarios. Universidad Nacional de Colombia. Hospital San Juan de Dios, 34

- 4.1.6 Análisis de los sistemas de información de costos como Herramienta en el control de gestión en los Institutos Hospitalarios, 34
- 4.1.7 Propuesta de un sistema de costos para la Liga Contra El Cáncer seccional Bogotá, 36
- 4.1.8 Análisis de costos de la atención médica hospitalaria: experiencia en una clínica Privada de nivel II-III. Colombia Médica, 37
- 4.1.9 Análisis de la nueva gerencia hospitalaria un nuevo enfoque de gestión administrativa dentro del sector hospitalario, 39
- 4.1.10 Metodología de costos para instituciones prestadoras de servicios de salud. Universidad Autónoma de Occidente, 40
- 4.1.11 Conclusiones de los antecedentes de investigación, 42
- 4.2 Marcos institucionales, 43
 - 4.2.1 Reconocimiento de los casos de estudio, 43
 - 4.2.1.1 ESE Hospital San Marcos municipio de Chinchiná, 43
 - 4.2.1.2 ESE Hospital San Félix municipio de la Dorada, 47
 - 4.2.1.3 ESE Hospital Felipe Suárez municipio de Salamina, 50
- 4.3 Marco conceptual, 51
 - 4.3.1 Sistemas de costos, 51
 - 4.3.1.1 Costos por procesos, 54
 - 4.3.1.2 Costo por órdenes, 55
 - 4.3.1.3 Costeo absorbente, 57
 - 4.3.1.4 Sistema de costeo variable, 59
 - 4.3.1.5 Teoría de restricciones, 59
 - 4.3.1.6 Costeo por protocolos, 61

4.3.1.7 Costeo por paciente/patología,	63
4.3.1.8 Grupos relacionados de diagnóstico – GRD,	66
4.3.1.9 Costeo basado en actividades – ABC,	67
4.3.2 Sistemas de seguridad en salud,	71
4.3.3 Relación de los costos y la toma de decisiones en entidades hospitalarias,	77
4.4 Marco legal,	83
4.5. Operacionalización de variables,	91
5. Estrategia metodológica,	92
5.1 Diseño metodológico,	92
5.1.1 Enfoque de investigación,	92
5.1.2 Diseño de investigación,	92
5.1.3 Tipo de estudio,	93
5.1.4 Unidad de análisis,	93
5.1.5 Unidad de trabajo,	93
5.1.6 Técnicas e instrumento de recolección de información,	93
5.1.7 Etapas del proceso de investigación,	94
5.1.8 Plan de análisis,	95
6. Resultados,	96
6.1 Costos de la materia prima, insumos y medicamentos,	96
6.2 Costos de mano de obra,	97
6.3 Costos indirectos de fabricación,	99
6.4 Relaciones entre los sistemas de costos y la toma de decisiones,	103
6.5 Resultado por hospitales,	121

6.5.1 ESE Hospital San Félix,	121
6.5.2 ESE Hospital Felipe Suarez,	122
6.5.3 ESE Hospital San Marcos,	124
7. Discusión de los resultados,	127
8. Conclusiones,	134
9. Recomendaciones,	142
Referencias,	145
Glosario,	159
Siglas y abreviatura,	167

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama ESE Hospital. San Marcos.	45
Figura 2. Mapa de procesos. ESE Hospital Marcos.	46
Figura 3. Mapa de procesos. ESE Hospital San Marcos.	47
Figura 4. Organigrama ESE Hospital San Félix.	48
Figura 5. Mapa de Procesos ESE Hospital San Félix La Dorada.	49
Figura 6. Organigrama ESE Hospital Felipe Suárez, Salamina.	50

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1. Resultados pregunta número 20	97
Grafico 2. Resultados pregunta número 5	99
Grafico 3. Resultados pregunta número 6	100
Grafico 4. Resultados pregunta número 7	101
Grafico 5. Resultados pregunta número 14	102
Grafico 6. Resultados pregunta número 15	103
Grafico 7. Resultados pregunta número 1	104
Grafico 8. Resultados pregunta número 2	105
Grafico 9. Resultados pregunta número 3	107
Grafico 10. Resultados pregunta número 4	108
Grafico 11. Resultados pregunta número 6	109
Grafico 12. Resultados pregunta número 9	110
Grafico 13. Resultados pregunta número 10	112
Grafico 14. Resultados pregunta número 11	113
Grafico 15. Resultados pregunta número 12	114
Grafico 16. Resultados pregunta número 13	115
Grafico 17. Resultados pregunta número 16	116
Grafico 18. Resultados pregunta número 17	117
Grafico 19. Resultados pregunta número 18	119
Grafico 20. Resultados Pregunta número 19	120

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Guía entrevista semiestructurada	150
Anexo B. Instrumento – Análisis sistema de costos	152
Anexo C. Presupuesto	157

Presentación

El presente trabajo de tesis recopila información confiable sobre el modelo de costos que aplican los hospitales y la forma como se establecen las relaciones entre las categorías y variables propias del tema tratado; estas relaciones incluyen conceptos sobre la materia prima, la mano de obra, y los costos indirectos necesarios para cumplir con la prestación de servicios, también se analiza la forma como se integra el modelo de costos para administrar los recursos de una manera más eficiente.

La comparación de los sistemas de costos en las instituciones hospitalarias de Caldas clasificadas como de segundo nivel de complejidad: el Hospital San Marcos del municipio de Chinchiná, el Hospital San Félix del municipio de La Dorada, y el Hospital Felipe Suárez del municipio de Salamina, permitió determinar que la información de costos proporcionada no está orientada a la toma de decisiones y menos aún éstos cumplen en su totalidad con los requerimientos de la normatividad vigente relacionada con el tema de costos.

Para el desarrollo de la investigación, fue necesario el uso de varias técnicas para la recolección de datos, destacándose las entrevistas estructuradas, permitiendo un diálogo profundo y rico en forma directa y precisa con las fuentes primarias: los gerentes de los hospitales especialmente, además del uso de un cuestionario mediante la técnica de encuesta para conocer los desempeños en materia de costos en las áreas financieras de las entidades objeto de estudio.

El ejercicio investigativo deja ver la ausencia de un modelo de costos debidamente implementado, el cual crea al interior de las entidades auscultadas serias dificultades para el análisis, procesamiento, lectura y transformación de la información, traduciéndose en unas muy débiles ventajas competitivas y dificultades económico-administrativas al interior de ellas.

La investigación también deja al descubierto la falta de unificación y ausencia de los órganos de control, lo que impide subsanar las irregularidades y deficiencias encontradas. No obstante, que Colombia cuenta con una legislación en el tema de la clasificación y manejo de los costos, las empresas analizadas manifestaron no conocer estos modelos y por lo tanto no cumplir a cabalidad con estas prácticas administrativo-financieras.

En el contexto de los resultados, se concluye que los costos juegan un papel definitivo en el proceso de toma de decisiones, cuando se pueden clasificar ordenadamente mediante la implementación de un modelo de costos, preferiblemente un sistema basado en actividades como los *Costos ABC*, ya que posibilita cuantificar éstas, facilita el manejo de los centros de costos y mejorar los niveles productivos mediante el control, la reducción y la optimización de los elementos de costo, por un lado.

Por el otro, la normatividad contable y de costos vigente en el sector salud en Colombia no es aplicada con rigor, aunque las entidades analizadas cumplen parcialmente con el procesamiento de la información relacionada con costos, no se evidencia una metodología unificada para su manejo; por el contrario, la información suministrada no es confiable, al tiempo que no representa una herramienta válida para la toma de decisiones, aun considerando que los costos

son unas de las variables determinantes al momento de tomar decisiones, debido a que consolida diversas informaciones de la entidad.

Por último, los resultados del trabajo, resaltan a los costos como un tema de actualidad en el sector de la salud, al evidenciar que la realidad de las tres entidades analizadas desde un enfoque financiero permite conocer de los gerentes y demás profesionales del área financiera información relacionada con la aplicación y funcionamiento de los costos, los cuales son decisivos y se convierte en el eje articulador de las administraciones para proporcionar información vital para el desarrollo y continuidad de las instituciones.

Finalmente, el informe se estructura, en primer lugar, delimitando el área problemática, es decir, qué se pretende resolver con este proyecto; en segunda instancia, se presenta la justificación, la cual sustenta los aportes del estudio; seguido de los objetivos o logros que se pretenden alcanzar con el proyecto; en cuarto lugar, se vislumbran los marcos de referencia que involucran los antecedentes de investigación, los marcos organizacionales de los hospitales, así mismo el marco teórico en el que se desarrollan los principales componentes conceptuales que delimitan el alcance teórico del proyecto y, por último, el marco legal. En el quinto acápite, se describe la metodología en la que se integran el enfoque de investigación, el tipo de estudio, la población y la muestra, es decir, la unidad de análisis y la unidad de trabajo, las técnicas y los instrumentos, así como el plan de análisis; un sexto punto evidencia los resultados del trabajo; seguidos en punto aparte de su discusión, los impactos esperados especialmente relacionados con el fortalecimiento de la red hospitalaria nivel II de Caldas; un octavo punto, que aporta las conclusiones del proyecto, para continuar con las recomendaciones, las referencias utilizadas a

lo largo del documento y; por último, los anexos fijados que amplía la información de puntos específicos del informe.

Resumen

La falta de un modelo integral de costos en los hospitales de nivel intermedio impide que la información recolectada sea comparable; por tanto, no es útil para la toma de decisiones sectoriales, ni al interior de las instituciones.

Una correcta asignación de costos proporciona una mejor clasificación de los recursos utilizados en los servicios; permite determinar si el proceso que llevan es eficiente y efectivo: Eficiente porque permite establecer un precio de venta al interior de las organizaciones y efectivo en comparación con otros hospitales.

Los objetivos del estudio fueron caracterizar las entidades hospitalarias de nivel II de Caldas, identificando sus sistemas de costos y su integración al proceso de toma de decisiones; identificar los costos de materias primas; identificar los costos de mano de obra y especificar los costos indirectos de producción.

Los antecedentes provienen de artículos científicos de las bases de datos de la UAM y de su repositorio institucional. Así mismo, se exponen los sistemas y métodos utilizados a nivel mundial, para determinar el costo de los servicios y establecer la obligación que tienen estas entidades de contar con un sistema de costos en nuestro país.

La investigación recurrió a un estudio de caso múltiple, mediante la aplicación de encuestas, entrevistas y observación en las tres entidades seleccionadas.

Los resultados evidencian el estado actual de las entidades desde un enfoque relacionado con la aplicación de los costos. La aplicación parcial del modelo ABC hace que la información de costos no sea útil para la toma de decisiones; este proceso se realiza con base en información aislada y poco confiable y por tanto, no garantiza resultados seguros.

Las entidades de vigilancia deberían definir estrategias de seguimiento y control; además, exigir consolidar la información sobre costos, de tal manera que esta información garantice la correcta aplicación del modelo.

Palabras claves

Análisis de costos. Clasificación de costos. Costos ABC. Elementos del costo. Sistema de costeo. Toma de decisiones.

1. Área problemática

La normatividad vigente en materia de salud, es decir, la Ley 100 de 1993, obliga desde enero del año 1994 a que todas las entidades prestadoras de servicios de salud en Colombia tengan implementado un sistema de costos. El Capítulo II, Artículo 185, sobre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en su Parágrafo único reza:

Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el artículo 241 de esta Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de la vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema. (Ley 100, 1993, p.60)

No obstante lo enunciado, la principal dificultad para su ejecución y uso radica en que no existe una estructura uniforme, mucho menos un sistema integral de costos que se pueda implementar en todos los hospitales e instituciones de salud de Colombia. En el departamento de Caldas, por ejemplo, las entidades Hospitalarias de Nivel II que han logrado implementar un sistema de costos presentan variedad en cuanto a los métodos, los niveles de información que se desean costear, las bases o criterios de distribución utilizadas y los objetos de costo finales (productos/servicios), lo cual hace difícil que la información de costos sea comparable y útil para la toma de decisiones sectoriales y sirva de aporte para la toma de decisiones al interior de las instituciones. (Morales, 1997).

Estas reformas a la salud incorporadas a través de la Ley 100, condujeron a la descentralización de recursos y competencias en el sector de la salud en Colombia mediante las

transferencias de la Nación a los entes territoriales e incluyeron cambios en la concepción tradicional del sistema de salud, al que se le asociaba ahora una mayor visión económica y de mercado, obligando a revisar la posición y el papel del Estado como agente de intervención en este sector.

Este nuevo panorama favoreció el surgimiento del enfoque teórico que se conoce como competencia regulada (Flórez, 2012). En el que el Ministerio de Salud se libera de la prestación directa de servicios de salud para enfocarse en la dirección, regulación, supervisión y control del sistema, a través; primero, de unas entidades intermediarias encargadas del aseguramiento, y segundo, de la conformación de sus redes de prestadores de servicios. Las primeras, denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo, y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) para el régimen subsidiado, las cuales ofrecen un seguro que consiste en un Paquete Obligatorio de Salud, determinado por el CNSSS, y las segundas denominadas IPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, como son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud, y que pueden ser públicas o privadas. En el marco de esta Ley los hospitales que conformaban la antigua red pública de servicios de salud surtieron un proceso de transformación en entidades jurídica y administrativamente autónomas, cambiando su esquema de financiamiento: del subsidio a la oferta, al subsidio a la demanda.

La figura en mención está acompañada de un proceso paulatino de disminución de los aportes directos del Estado, el cual debe contratar con los entes aseguradores, lleva a que la red pública entre a competir con el sector privado en la oferta de servicios, con estrategias de mercado como

la disminución de los costos, la eficiencia, el servicio y el manejo de estándares de competitividad que las EPS exigen para minimizar sus costos de operación.

Como medida y estrategia de protección a la red pública de prestadores de servicios, entre las cuales se encuentran los Hospitales Nivel II, el gobierno determinó que las ARS deben contratar al menos el 40% de su demanda con hospitales de la red pública (Ley 1122, 2007). Lo que permite amortiguar los efectos de la transformación en sus estructuras de financiamiento, las cuales pasaron como se dijo del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda.

Dichas transformaciones impulsaron la necesidad que los gerentes de las entidades públicas hospitalarias implementaran enfoques gerenciales basados en las condiciones de competitividad en bajos costos, eficiencia y calidad para poder entrar a competir en un mercado con presencia de entidades privadas, con recursos y capitales tecnológicos y de conocimiento de los que las públicas carecían, y en el que debían competir con igualdad de condiciones. (Chiavenato, 2002).

Esta nueva competencia en el mercado de la salud ha cambiado el tipo de información útil a los usuarios, en este caso a los gerentes de las entidades hospitalarias especialmente los de Nivel II los cuales deben ser capaces de desarrollar sistemas de información uniformes sectorialmente que apoyen la toma de decisiones macro y garanticen la sostenibilidad del sistema, pues como Castillo, Osorio, Cardona & Ramírez (2010) lo indica:

El tema de la sostenibilidad financiera en el campo de la salud es un tópico importante, debido a que las disparidades entre los ingresos y costos del régimen subsidiado en salud se han convertido en una constante en los últimos años. (p.10)

Para este caso, el estudio de las entidades Hospitalarias Nivel II del Departamento de Caldas, permite identificar las características de los sistemas de costos que poseen y determinar su contribución a la oportuna toma de decisiones y garantía para la provisión de información financiera adecuada, y el cumplimiento de la normatividad vigente, facilitando el trabajo de vigilancia, regulación y control de las entidades encargadas de tales funciones.

De igual manera, en el caso de existir deficiencias en los sistemas de información de costos, se generaran múltiples limitaciones gerenciales al interior de los Hospitales Nivel II, debido a que se limita el poder de negociación, de planeación y de optimización de recursos y esfuerzos.

Esta investigación busca resolver fundamentalmente la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características de los sistemas de costos utilizados en los hospitales nivel II de Caldas y cómo se integran al proceso de toma de decisiones de la gerencia?

2. Justificación

La modernización del Estado y el crecimiento cada vez más rápido del sector salud dentro de la economía del país han provocado profundas transformaciones con efectos en el cuidado de la salud en Colombia y traído reformas al sistema de salud durante las últimas décadas. Para las entidades hospitalarias, esta nueva situación reclamó un modelo de cuidado de la salud del tipo costo-efectivo, con énfasis en la calidad de la atención. Hansen & Mowen (2006) “plantearon que aquellas instituciones que desconocen la estructura de sus costos, tienden a perder en competitividad organizacionalmente” (p.20).

Es urgente asegurar que los Hospitales de Nivel II del departamento de Caldas cuenten con un sistema de costos, tal y como obliga la Ley 100 de 1993, en su artículo 225, de tal forma que se prepare información confiable y periódica que permita a la administración conocer los costos asociados a sus productos y servicios y apoyar la toma de decisiones en la institución.

Ante estos nuevos esquemas administrativos y financieros, es necesario caracterizar las entidades del sector hospitalario de Nivel II del departamento de Caldas, dicha precisión constituye por sí misma un estudio valioso para el sector porque contribuye a describir y analizar en detalle las entidades públicas, con el fin de determinar el cumplimiento o no de normatividad vigente en estas materias.

Reconocer lo dicho a partir de ejercicios como el presente, se constituye en una herramienta dinámica, significativa y representativa para el sector hospitalario de Nivel II del Departamento

de Caldas, dado que dicho sistema es el que comprueba la viabilidad de las instituciones, el grado de productividad y la efectividad en la utilización de los recursos, así como la toma de decisiones tanto a nivel sectorial como a nivel particular de cada entidad. Lo contrario, un inadecuado sistema de costos genera múltiples limitaciones gerenciales, debido a que se pierde poder de negociación, de planeación y de optimización de recursos y esfuerzos. Esta es una de las principales razones para que en la actualidad la supervivencia de las clínicas y hospitales en Colombia dependa en gran medida de que se adopten medidas urgentes y cambios en las estrategias administrativas para competir en un ambiente dinámico y complejo como es el sector de la salud.

Una tendencia que se percibe actualmente a nivel nacional es la reducir costos en las entidades hospitalarias. Cortés, Flor & Duque (2002) afirman que “el concepto de costos fijos y variables tiene importantes implicaciones para controlar los gastos del cuidado de la salud” (p.49). Por ser estos los responsables de traducir un ahorro por paciente, por pequeño que sea, en grandes ahorros en términos de la entidad.

Un ejemplo claro de lo dicho son algunas prácticas llevadas a cabo en entidades hospitalarias en las que queriendo de alguna forma mejorar las cifras y comprimir los costos, recurren a situaciones extremas como reducir la prestación de servicios o disminuir camas en hospitalización, mientras que otras entidades prefieren expandir, innovar o modificar sus estrategias financieras. Cualquier modificación o innovación al modelo de administración de la empresa hace fundamental conocer la estructura de los costos para establecer respuestas adaptativas más seguras y confiables. (Cortés et al. 2002).

Una correcta asignación de costos proporciona una mejor clasificación de los recursos utilizados en los servicios que ofrece la entidad hospitalaria, mientras más directa sea esta asignación, le permitirá a la entidad establecer un precio de venta más real y a su vez más competitivo, y determinar si los procesos que se llevan internamente están siendo eficientes y efectivos en comparación con las otras instituciones prestadoras del servicio existentes en el mercado. (Chiavenato, 2002).

Existen grandes vacíos y brechas con relación a los sistemas de costos en las entidades de salud, debido a que son muy pocas las entidades que tienen implementado un sistema de costos adecuado, y las escasas entidades que lo poseen difieren en el sistema de costos empleado y la unificación de criterios para su evaluación, lo que hace urgente y necesario un estudio en este sentido. (Duque, Gómez & Osorio, 2009).

De otro lado, caracterizar los sistemas de costos de las entidades permite elaborar estudios de comparación y mantener la uniformidad en los criterios de carácter contable, lo que propicia que las entidades disminuyan el riesgo de crisis económicas que menoscaben el cumplimiento del fin último de éstas de prestar un servicio de salud que llegue a todos los sectores, incluido el régimen subsidiado.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Describir las características de las entidades hospitalarias de Nivel II del departamento de Caldas y analizar sus sistemas de costos y la integración de estos al proceso de toma de decisiones.

3.2 Objetivos Específicos

- Describir los costos de las materias primas, insumos y medicamentos que requiere el hospital para su normal funcionamiento.
- Describir los costos de la mano de obra en que incurre cada uno de los hospitales para la prestación de los servicios asistenciales.
- Describir los costos indirectos de fabricación que requiere cada uno de los hospitales para su normal funcionamiento.
- Describir las relaciones entre estos sistemas de costos y la toma de decisiones (financieras, presupuestales, de contratación)

4. Marco de referencia

4.1 Antecedentes de investigación

El estudio de los sistemas de costos y el control de gestión es uno de los campos quizás menos prolíficos como se evidencia en la exigua bibliografía encontrada, siendo en su mayoría producida para el análisis en el contexto de la administración pública; a continuación se referencia algunas pocas de la tanta producción universitaria de nuestro país.

4.1.1 Estructuración de un modelo de costos aplicado a la ESE Hospital Regional

Manuela Beltrán. Tesis de grado. Universidad de La Sabana. Especialización en Finanzas y Negocios Internacionales. Elaborado por Laura María Sánchez Ribero (2010). El objetivo general de esta investigación fue la estructuración, diseño y puesta en marcha de un sistema de costos que aporte información veraz y oportuna a los responsables del rumbo financiero de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán de Bucaramanga. El trabajo contiene los lineamientos necesarios para el establecimiento de un modelo contable para el cálculo de los costos de la ESE, integrando las áreas productivas y administrativas.

Para el desarrollo de la investigación se consideró la entidad hospitalaria regional Manuela Beltrán de Bucaramanga organizada en áreas de servicios médicos respondiendo a un criterio funcional y misional, esta división del trabajo en departamentos permitió clasificar las áreas de acuerdo con las funciones necesarias para su operación y orientó el proceso de definir las diferentes unidades funcionales y los centros de costos que agrupen tanto a los servicios de

Atención Médica como aquellos que apoyan dicho proceso.

Dentro de las conclusiones de este trabajo se tiene que una vez determinada la estructura de costos de la ESE se definió la forma de distribución, asignación y acumulación del costo, Gasto y de la producción siguiendo la metodología definida por ABC y la asignación de costos directos de generación y prestación del servicio de salud. Así mismo, se concluyó que la estructuración de un sistema de costeo es un proceso largo y debe contar con el compromiso por parte de la empresa, el cual se debe implementar sobre una plataforma informática de reconocida calidad y funcionalidad, para que una vez implementado el sistema de costeo, la empresa cuente con un sistema de información robusto y completo que proporcione las claves para la toma de decisiones. (Donnelly, Gibson, & Ivancevich, 1994).

El estudio analizó los componentes del costo hospitalario, la metodología utilizada en la definición de las unidades funcionales y centros de costos y la asignación de la unidad de medida que proporciona el hallazgo y registro de la producción de cada una de ellas: áreas funcionales, áreas administrativas, y áreas logísticas. Este se complementó con la revisión de las metodologías de costeo más frecuentemente utilizadas en hospitales: Costeo basado en actividades ABC, costeo por protocolos, costos por procesos, costo por paciente/patología y grupos relacionados de diagnóstico, GRD, llegándose a la conclusión que en el caso de la ESE hospital regional Manuela Beltrán de Bucaramanga, el sistema más adecuado era el costeo basado en actividades, ABC, pues se considera que cumple con la ESE en la asignación más real de los costos indirectos a cada centro de generación de ingresos.

4.1.2 Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones. Grupo de Investigaciones y Consultoría Contables. Universidad de Antioquia. Elaborado por María Isabel Duque Roldán, Luis Fernando Gómez Montoya y Jair Albeiro Osorio Agudelo (2009). El propósito central de la indagación consistió en analizar los sistemas de costos utilizados por las entidades prestadoras de servicios de salud en Colombia, tanto públicas como privadas, para efecto del cálculo de los costos y adicional a ello y verificar el uso de la información para la toma de decisiones.

La investigación realizó un análisis de la normatividad emitida en materia de costos y hace una revisión de las metodologías de costeo que pueden aplicarse en el sector y cómo ellas, unidas a una adecuada cultura de gestión pueden ayudar a las entidades que prestan servicios de salud a superar la crisis que enfrentan y a mejorar la información que se genera.

La investigación ofrece en sus conclusiones y recomendaciones importantes hallazgos sobre los serios problemas en la calidad de la información contable y de costos que se prepara. Así por ejemplo, las entidades analizadas que cumplen con el procesamiento de la información contable y el reporte de la misma, no hacen un uso adecuado de la anterior dado lo complejo del registro en la contabilidad y de los niveles de detalle exigidos, por lo tanto la información generada desde la contabilidad no es confiable y no es una herramienta válida para que las entidades de regulación puedan hacer análisis sectoriales.

Muchas entidades del estudio consideradas grandes todavía no cuentan con un sistema de costos tal como lo exige la norma, muchas otras han llevado a cabo procesos de implementación

de sistemas de costos sin prestar la importancia que éste merece como herramienta de gestión.

Adicionalmente, los criterios aplicados por cada entidad para llegar al costo final de cada uno de sus productos y servicios, junto a los niveles de información costeados son muy diferentes, por lo que no se podrían hacer análisis y menos comparaciones.

El estudio determinó que existe poca claridad sobre el tema de los costos, incluso entre contadores y encargados de manejar los sistemas de costos en las entidades que incluyó el estudio. Esto se evidenció a través de las siguientes inconsistencias, con cual se fortalece la argumentación sobre la importancia de este proyecto: a) No hay uniformidad sobre cuáles deben ser los niveles de información a costear, no obstante, la mayoría de entidades considera que los principales son los centros de costos, las unidades funcionales y los procedimientos, pocas le dan importancia a niveles como pacientes, patologías, paquetes, los grupos relacionados de diagnóstico, entre otros, muy útiles al momento de tomar decisiones. b) No hay una definición de los criterios que se deben aplicar al momento de efectuar la asignación de los gastos administrativos y logísticos a los productos o servicios finales, en la gama de posibilidades se encuentran entidades que sólo asignan los costos directos consumidos en el proceso, otras asignan costos directos y costos indirectos pero dejan por fuera los gastos, otras asignan todos los costos y los gastos generados en los centros de costos logísticos y otras entidades asignan a los productos o servicios finales tanto los costos como los gastos totales consumidos por la entidad. c) Existe una amplia variación en las bases de asignación utilizadas por cada entidad, desde entidades que emplean una sola base de asignación para la distribución de los costos y gastos, hasta aquellas que utilizan un criterio por cada concepto de costo o gasto que se distribuye.

Este trabajo ofrece un importante aporte a la investigación, respecto de la metodología aplicada. Duque et al., (2009) Desarrolla el trabajo de campo a partir de una muestra no aleatoria por criterios o fines especiales, “seleccionando las principales clínicas y hospitales de la ciudad de Medellín y su Área Metropolitana” (p.17). Esta investigación se llevó a cabo con la ayuda de un instrumento tipo encuesta denominada “Estado de implementación de una metodología de costeo y utilización de la misma en la toma de decisiones institucionales y sectoriales” (Duque et al., 2009, p.17). Es importante precisar que el indagar sobre esta investigación permitió aportar ideas para realizar el análisis sobre los principales hospitales nivel II del departamento de Caldas:

4.1.3 La Dirección de hospitales por productos: nuevas metodologías de cálculo y análisis de costos. Facultad de Ciencias Económicas de la UNC. Elaborado por Germán Dueñas Ramia (2002). El ejercicio investigativo abordó la evolución de la organización del trabajo en los hospitales y consecuentemente, de sus sistemas de información de costos y presenta las últimas novedades en materia de dirección, cálculo y análisis de costos de las organizaciones hospitalarias.

Algunas conclusiones resaltan que los grupos de diagnóstico relacionado, GDR, son un sistema de clasificación de pacientes que permite medir la mezcla de casos de un hospital, es un sistema que ha sido diseñado para poder aplicar a los hospitales formas organizativas menos jerárquicas, más horizontales, con reemplazo de las funciones tradicionales por los nuevos procesos que posibilitan las actuales tecnologías microelectrónicas, informáticas y de telecomunicaciones; contribuyendo a orientar la organización hacia el cliente-paciente y requiere personal altamente capacitado, con altos niveles éticos y dispuestos a aprender continuamente.

Así mismo, que los costos de los servicios generales deben distribuirse a los centros de costos finales por ser comunes a todos ellos, de tal modo que cuando existan prestaciones recíprocas entre diversas unidades de servicios generales será conveniente repartir sus costos entre ellas primero, una vez realizada la distribución anterior los costos de las unidades de servicios generales se distribuyen a los centros de costos finales, por lo que es conveniente realizar este reparto de costos indirectos siguiendo la propuesta realizada por el método de cálculo de costos por actividades (ABC). De esta forma los costos se distribuyen según los generadores o inductores de costos que se definan para cada actividad. Es decir, los costos de las unidades de servicios generales se distribuyen según el indicador que resulte más representativo del número de veces que el Centro de Costo Final realizó transacciones con la unidad de Servicio General cuyos costos se están distribuyendo.

El trabajo aportó una descripción de la evolución de la organización del trabajo en los hospitales y consecuentemente de sus sistemas de información de costos; ofreció un análisis de las últimas novedades en materia de dirección, cálculo y análisis de costos de las organizaciones sanitarias, tales como: la organización de hospitales por procesos, el sistema de clasificación de pacientes, la dirección por mezcla de casos y el sistema de grupo de diagnósticos relacionados-GDR, que seguidamente se detalla:

La organización de hospitales por procesos. Permite desarrollar sistemas de retribución y desarrollo de carreras vinculados a las competencias profesionales, las competencias organizativas y las competencias tecnológicas, así como a los resultados obtenidos. La

retribución por competencias y resultados transforma una parte significativa de salarios fijos en remuneraciones variables, vinculadas a la capacidad individual y de equipo de generar ingresos, prácticas laborales más eficientes y conocimientos científicos y tecnológicos de alto valor.

El sistema de clasificación de pacientes. Ha facilitado la dirección de hospitales como empresas enfocadas al producto, organizadas por procesos y clínicas que prestan múltiples servicios, éstos identifican para cada enfermedad los procesos clínicos requeridos y la práctica hospitalaria necesaria, y permiten proporcionar información codificada mucho más detallada de las enfermedades, diferenciar a los pacientes con mayor precisión en sus diagnósticos y tratamientos, e identificar exhaustivamente el problema de salud.

La dirección por mezcla de casos. Constituye una nueva forma de gestionar y organizar hospitales, enfocada en el producto hospitalario o paciente, organizada por procesos y clínicas a partir de la mezcla de casos que es la combinación de las diferentes enfermedades y problemas de salud a los que específicamente se dedica el hospital; un sistema de clasificación de pacientes de aceptación generalizada, informada estratégicamente para asegurar la viabilidad de la institución en un contexto competitivo y proyectada en el desarrollo institucional.

El de grupo de diagnósticos relacionados- GDR. Es el sistema de clasificación de pacientes más aplicado en el mundo desarrollado para ejercer una dirección de hospitales por producto hospitalario, organizada en base a procesos de diagnósticos y tratamientos. Es un método de agrupación de pacientes basado en las características significativas de los diagnósticos emitidos al momento del ingreso, las cuales permiten predecir el nivel de recursos que consumen los

diagnósticos y tratamientos posteriores hasta el momento del alta.

4.1.4 Análisis de costos para la empresa de atención de consulta médica domiciliaria servicio de emergencias regionales SER S.A. de la ciudad de Pereira, para los meses de enero a abril del año 2007. Universidad Tecnológica de Pereira. Facultad de ciencias de la salud. Elaborado por Daniel Ricardo Galindo Rodríguez (2007). El objetivo de esta investigación fue elaborar el análisis de costos de la empresa de consulta médica domiciliaria SER (Servicio de Emergencias Regionales) en la ciudad de Pereira, para optimizar el costo de sus servicios y compararlos con las tarifas del mercado realizando un análisis de sus posibilidades de contratación con las empresas públicas y privadas. Este análisis se realizó, mediante el proceso de determinación de los centros de costo de la empresa, definición de los conductores para asignar el costo de los gastos generales a los centros de costo y la determinación de los insumos por centro de costo y la mano de obra; dando respuestas a cada una de las variables.

Igualmente, se determinó la sumatoria del tiempo total de consulta médica de cada uno de los meses y por tiempo total de consultas, discriminando por códigos, para establecer el tiempo promedio de consulta médica para cada tipo de código. Esta diferenciación del tiempo por códigos permitió asignar porcentajes a cada tipo de consulta, sirviendo estos porcentajes como conductor y para determinar la participación de cada tipo de consulta en el costo general. El resultado de estas operaciones proporcionó finalmente el costo unitario de la consulta médica domiciliaria por códigos. Con estos resultados se realizó un análisis comparativo con las tarifas de contratación en salud que se manejan en el mercado, que permitieron elaborar el comparativo.

4.1.5 Un método rápido para el cálculo de costos hospitalarios. Universidad Nacional de Colombia. Hospital San Juan de Dios. Elaborado por Alonso Gómez Duque (1996). Donald Shepard, economista en salud de la Universidad de Harvard propuso un sistema para el cálculo de los costos hospitalarios, el método consiste en diseñar una unidad de valor relativo para analizar los costos de los productos hospitalarios, mediante el cual creó el concepto del Equivalente Paciente Día (EPD) como unidad de costeo y de producción hospitalaria. La investigación titulada complementa el sistema propuesto por Shepard mediante un análisis de los costos de funcionamiento en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, durante los años de 1993, 1994 y 1995, mediante el cálculo de los costos de producción para cada uno de los años, estableciendo las tasas de utilización de servicios de acuerdo a los productos finales y derivando un sistema para el cálculo de los EPD totales del hospital, actualizando los presupuestos a 1995 de acuerdo a las tasas de inflación oficiales.

Con la fórmula derivada se calculó el valor de cada uno de los productos para cada año y se lo comparó con el valor real encontrado. La comparación mediante análisis de regresión lineal mostró una alta correlación entre los datos: ($r^2 > 0.94$, $p < 0.00001$). Los resultados de la investigación sugieren que puede estimarse el costo de producción a partir de la fórmula derivada, enfatizándose la necesidad de validar en otros hospitales los resultados de ese trabajo.

4.1.6 Análisis de los sistemas de información de costos como herramienta en el control de gestión en los institutos hospitalarios privados de Barquisimeto durante el periodo 2004-2005. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Decanato de Administración y

Contaduría. Elaborado por Emil del Carmen González (2005). Analizar los sistemas de información de costos como herramienta en el control de gestión en los institutos hospitalarios privados de Barquisimeto durante los años 2004-2005, mediante la evaluación de las fases en que se encontraban cada uno de ellos, para determinar sus debilidades y fortalezas y su uso como herramienta en el control de gestión, fue la el objeto de la indagación, la cual comparó el sistema utilizado en cada entidad hospitalaria con el modelo teórico.

La autora concluyó que existen debilidades en los sistemas de información de costos. También ciertas inconsistencias entre la aplicabilidad de los sistemas y los resultados esperados sobre un seguimiento efectivo en las asignaciones presupuestarias destinadas a cubrir los costos operativos en la aplicación y uso por carencia de una integración de la información de las unidades responsables, las actividades y la dirección encargada del control y registro contable.

Igualmente se identificó carencia de la información contable en el área de costos en la totalidad de las instituciones objeto de estudio, ya que estos sistemas de información se desarrollan con la finalidad de generar información financiera a los directivos de estas organizaciones para la toma de decisiones y el control financiero de los recursos destinados a generar los Servicios prestados. El estudio evidenció que es necesario mantener actualizada la base de datos del sistema de información de costos, de tal forma que las decisiones que se tomen se fundamenten en datos reales, confiables y precisos, y por lo tanto controlar al mismo tiempo la incertidumbre sobre las decisiones a futuro.

El trabajo igualmente posibilitó evaluar la medida que los sistemas de información de costos

contribuyen al control de interno y externo de las organizaciones hospitalarias. Todo ello con el fin de establecer si tales sistemas permitían a los directivos de estas organizaciones controlar la gestión y a su vez responder a las necesidades futuras y resolver problemas para lograr los objetivos organizacionales. Este control de la gestión a partir de los sistemas de información de costos se retoma en esta investigación para elaborar la aproximación al fenómeno de la toma de decisiones con base en los sistemas de costos.

4.1.7 Propuesta de un sistema de costos para la Liga Contra el Cáncer seccional Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana Ingeniería Industrial. Elaborado por Alejandro Javier Arias Arcila (2004). El autor planteó como tesis central: Que la Liga Contra el Cáncer - LCC, para que fuera una empresa exitosa requiere con urgencia de un sistema de costos apropiado que contribuya al mejoramiento de todos los recursos que lleven a darle la ventaja empresarial esperada. Siendo la problemática la ausencia de una estructura de costos eficiente, que le permita tomar decisiones adecuadas y de esta forma desarrollar estrategias para tener más competitividad en el mercado. Para abordar este problema analiza cada uno de los servicios que ofrece la Liga a través de la gestión del modelo de costos utilizado, con el fin de determinar las actividades de cada uno de los servicios. El propósito central es mostrar cuál es el sistema de costos más adecuado para desarrollar en la Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá, de tal forma que sea una herramienta que proporcione datos que conciba la toma de decisiones como un proceso con resultados positivos para la institución.

Para resumir, la implementación del sistema de información de costos en una entidad de

salud, agrega valor a la institución, en la medida que la empresa encontró la razón a sus problemas y le permita dar solución a los mismos. De igual forma, el uso de este sistema de costos representa un valor agregado a la institución, ya que ofrece alternativas para la toma de decisiones, tales como decidir la política de costos y la estrategia de asignación de precios basados en los resultados obtenidos del cálculo del costo por servicio.

En consecuencia, el análisis costo-beneficio con relación a la implementación del sistema de costos (sistema de información de costos) en la Liga Contra el Cáncer, posibilitó: a) El cálculo del costo por servicio en forma rápida y oportuna, lo que permite a los directivos tomar decisiones sobre la política de costos y la estrategia de precios y mercadeo de sus servicios, b) la toma de decisiones en lo referente a la correcta asignación de precios a los productos con base en el mercado, sin tener en cuenta que eventualmente puedan producirse a pérdida y, c) Permitió hacer comparaciones entre los diferentes servicios, definió los de mayor potencial de crecimiento y menores costos, aumentando las utilidades.

4.1.8 Análisis de costos de la atención médica hospitalaria: experiencia en una clínica privada de nivel II-III. Colombia Médica - Corporación Editora Médica del Valle.

Elaborado por Armando Cortés, Edgar Flor y Germán Duque (2002). La intención del estudio fue definir la distribución de los costos fijos y variables para el cuidado médico en una clínica privada de nivel II-III situada en Tuluá y discutir las implicaciones de las políticas de salud con base en estos resultados. El estudio realizado en 1999 en la Clínica Occidente de Tuluá (Valle del Cauca), institución de nivel II-III, define la distribución de los costos fijos y variables para el cuidado médico en una clínica privada y se discuten las implicaciones de las

políticas de salud con base en estos resultados.

Resalta que los costos se determinan por servicios, para lo cual es indispensable tener en cuenta el informe anual de gastos. Todos los costos fueron definidos como fijos y variables: los costos fijos incluyeron capital, salarios de empleados, beneficios, mantenimiento y depreciación del edificio y equipos, parte de los servicios públicos como agua, energía y teléfono, gastos generales y administrativos, mientras los costos variables incluyeron las cuotas por prestación de servicio de los médicos a pagar por eventos, el suministro a los trabajadores de la salud como guantes, insumos para el cuidado del paciente, papelería, alimentación, lavandería, esterilización, películas radiográficas, reactivos de laboratorio, vidriería, medicamentos, catéteres intravenosos, etc.

Los autores recapitulan sobre el análisis planteando que en la actualidad la supervivencia de las clínicas y hospitales requiere que se tomen medidas drásticas y se adopten cambios en las estrategias de negocios para competir en un ambiente dinámico, siendo fundamental conocer la estructura de los costos para establecer respuestas adaptativas más seguras. En suma, los autores, revelan que los costos se determinan por servicios, siendo clave el informe anual de gastos, donde todos los costos fueron definidos como fijos y variables¹.

¹ Los costos variables son aquellos que varían en función del nivel de producción o el nivel de ingresos. el costo total es la suma del costo fijo total con el costo variable total.

4.1.9 Análisis de la nueva gerencia hospitalaria un nuevo enfoque de gestión

administrativa dentro del sector hospitalario. Universidad Nacional de Colombia. Ciencias Económicas. Elaborado por Jenny Lisseth Avendaño López (2010). La investigación centro su trabajo en la aplicabilidad del enfoque de la Nueva Gestión Pública-NGP y se basó en el análisis de la información financiera de la ESE Hospital San Rafael de Tunja para los años 2000 al 2009. Teniendo en cuenta los aspectos relevantes para evaluar el comportamiento financiero de este hospital, se estudió detalladamente la información referente a: los ingresos, los gastos, el recaudo de cartera, y el comportamiento de la focalización del gasto antes y después de la implementación de la gerencia hospitalaria.

Según lo reglamentado por la Ley 100, existe el re-direccionamiento gradual del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda; sin embargo, dentro del modelo de auto sostenimiento de los hospitales aun no es posible afirmar que estas instituciones puedan funcionar sin que sean financiadas en alguna medida por el gobierno, no obstante deben demostrar que son empresas competitivas en el mercado y que mantienen una dinámica favorable costo-beneficio. El compromiso de las instituciones hospitalarias es administrar con mucha exigencia sobre los gastos el costo-beneficio y contener los costos de las unidades funcionales que conforman el hospital.

Las conclusiones del estudio enfatizaron que la Nueva Gerencia Pública-NGP trae inmersa en sí la perspectiva de visión empresarial, de competencia y de rentabilidad financiera. La red hospitalaria en Colombia está recorriendo un camino en el cual su función misional se ha visto sumida indefectiblemente en el mercado. Las reformas a la salud introducidas por la Ley 100, no

tuvieron en cuenta la debilidad financiera y las dificultades de liquidez por las que pasaban los hospitales antes de dichas reformas. En consecuencia es clara la desventaja en la que se encuentran las IPS públicas frente a las IPS privadas.

Para simplificar podríamos decir que la relación de dicho estudio con el propósito del presente trabajo, radica en el método de aproximación al fenómeno: el estudio de caso, además del análisis interesante de la gerencia pública y la gestión hospitalaria, haciendo el comparativo del comportamiento financiero del caso en estadio, antes y después de la implementación de la gerencia hospitalaria. Esta metodología ofrece una visión objetiva de los aspectos relevantes para evaluar el comportamiento financiero de dicho hospital, estudiando detalladamente la información referente a los ingresos, los gastos, el recaudo de cartera, y el comportamiento de la focalización del gasto.

4.1.10 Metodología de costos para instituciones prestadoras de servicios de salud.

Universidad Autónoma de Occidente. Elaborado por Arley Torres Hinestroza y Gloria Mercedes López Orozco (2012). La investigación vinculó elementos técnicos, administrativos, financieros y contables en el diseño, y la implementación de un modelo de costos logísticos en Instituciones prestadoras de servicios de salud. La propuesta es una aplicación que integra tres metodologías de gestión ampliamente utilizadas en este tipo de instituciones a nivel mundial y, especialmente, en los países miembros de la Organización para la cooperación y el desarrollo económico, OCDE; estas son: a) el sistema de clasificación de pacientes basados en grupos relacionados de diagnósticos – GRD; b) la gestión basada en procesos y; c) los costos basados en actividades ABC.

La problemática que plantean los autores se concreta en la falta de un modelo de costos que permita cuantificar la utilización de los diferentes recursos en la producción y prestación de los servicios, el que ha sido uno de los factores que ha impactado negativamente la formulación y ejecución de los planes operativos, al mostrar por una parte los desequilibrios entre ingresos y gastos, y las debilidades en la adopción de normas legales y técnicas orientadas a unificar criterios para la implementación de un sistema de costos efectivo por parte de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, entre las que se encuentran los hospitales nivel II y III.

La conclusión que arroja dicha indagación, es que la metodología expuesta contribuye de manera efectiva y concreta para que las IPS, tanto públicas como privadas, mejoren su sistema de gestión de costos; de esta manera podrían, a partir del análisis de la rentabilidad de los productos médicos y quirúrgicos tomar decisiones objetivas que les permitan realizar una mejor negociación y contratación en la venta de sus servicios, así como también formular políticas y directrices orientadas a la optimización de los recursos utilizados en el cumplimiento de su misión institucional.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando el modelo conceptual de la estructura de costos aplicable a una entidad de salud plantea definiciones como las siguientes: a) Los elementos del costo, que representan los diferentes tipos de recursos que se asignan directa o indirectamente para la prestación de los servicios de salud, los cuales están clasificados homogéneamente como insumos hospitalarios, costos y gastos generales, sueldos y salarios, contribuciones imputadas, contribuciones efectivas, aportes sobre la nómina, depreciación, amortización e impuestos; b) Inductores de costos: utilizados para la distribución equitativa de

los recursos entre los diferentes procesos, y de esta a los diferentes centros de costos; c) Centros de costos: están definidos de conformidad con lo establecido en el Plan General de Contabilidad, y constituyen las unidades básicas de producción, en la cuales se agrupan las cuentas representativas de los costos incurridos por la IPS y; d) Objetos de costos: consisten en un conjunto de grupos relacionados por el diagnóstico, ampliamente utilizado en los países desarrollados para definir de manera estandarizada y homogénea, el producto hospitalario.

4.1.11 Algunas Conclusiones sobre los antecedentes de investigación. Como resultado de lo dicho y atendiendo al análisis general de los antecedentes se podría afirmar que en muchas de las entidades hospitalarias que han sido objeto de análisis sobre los costos, la toma de decisiones y la gestión, no existe, más bien se dispone parcialmente de un sistema de costos adecuado a la normatividad vigente, no obstante la trayectoria, verbi gracia, de la ley desde 1993 que obliga a que todas las entidades prestadoras de servicios de salud en Colombia tengan un sistema de costos.

Igualmente, se puede establecer que el sistema de costos más ampliamente utilizado en el sector hospitalario es el Sistema de Costeo ABC, no sólo por saber a las estructuras y componentes del costo hospitalario, sino además porque ofrece información más confiable y precisa para una gerencia cada vez más urgida de generar empresas competitivas que puedan sobrevivir en un mercado en constante agitación, donde priman las mejores tarifas; por lo que muchas entidades, especialmente las públicas, han perdido contratos que históricamente habían tenido, simplemente por no estar a tono con las fluctuaciones de la oferta, o en el caso contrario, adaptarse a las nuevas condiciones mercantilistas de las tarifas que no corresponden con su estructura financiera, llevando al descalabro financiero y la iliquidez.

Finalmente se reconoce la importancia que para las entidades hospitalarias y para muchas otras del sector salud implica las consecuencias derivadas del nuevo escenario de mercado originado en las profundas reformas al sistema de salud que trajo consigo la Ley 100 y sus correspondientes reformas, lo que planteó unas nuevas condiciones regidas por una economía de mercado, donde la salud dejó de ser un servicio y un derecho subsidiado por el Estado y pasó a ser una mercancía que debía autofinanciarse y sostenerse en términos de la eficiencia del sistema y los precios de mercado existentes.

4.2 Marcos Institucionales

En este ejercicio investigativo se toman como referente casos de estudio de tres hospitales departamentales de nivel II del departamento de Caldas. Estas instituciones tienen una trayectoria y una trocha histórica que las convierte en los principales centros de atención en salud en sus respectivas regiones, de allí la importancia, no sólo por ser entidades del Estado que generan empleo y recursos, sino por el significado social como proveedores de servicios a sus comunidades y los usuarios. En este apartado, se hace una breve descripción de las tres entidades hospitalarias objeto de estudio.

4.2.1 Reconocimiento de los Casos de Estudio

4.2.1.1 ESE Hospital San Marcos Municipio de Chinchiná. La ESE Hospital San Marcos es una de las principales empresas del municipio en lo que compete al sector salud, presupuesto y número de empleos que proporciona. Según la Dirección Territorial de Salud de Caldas, éste es

centro de referencia de cinco municipios a saber: Belalcázar, Viterbo, San José, Risaralda y Palestina que incluye el corregimiento de Arauca. La población aproximada que atiende es de 180.000 habitantes, la cual varía en época de producción cafetera.

Área Financiera. El área financiera de la ESE Hospital San Marcos está integrada por las dependencias de contabilidad, presupuesto, tesorería, cartera, facturación, compras y, caja, que por las actividades desarrolladas en cada una de ellas tienen una estrecha relación con las áreas de compras, inventarios y farmacia. Dispone del Sistema Administrativo Financiero – SAF, aplicativo que permite la integralidad de la información financiera, mediante las interfaces entre las diferentes áreas: presupuesto, contabilidad, cartera, tesorería y nómina. De otro lado, utiliza una interface que realiza la comunicación entre el sistema administrativo financiero – SAF y el software de facturación (Factsalud). Aplicativo que permite el proceso de facturación de todas las actividades que realiza la ESE Hospital San Marcos.

Portafolio de Servicios. El Hospital ofrece el siguiente portafolio de servicios a sus usuarios:

- Apoyo diagnóstico e Imagenología
- Apoyo diagnóstico de laboratorio
- Consulta médica general y especializada
- Odontología
- Urgencias
- Cirugía
- Cirugía Plástica
- Partos

- Hospitalización
- Central de Citas
- Sistema de información y atención al usuario – SIAU
- Servicio farmacéutico
- Servicio de rehabilitación
- Transporte y Unidad Móvil

Estructura Organizacional. Establecida en el marco del convenio de desempeño 0188.

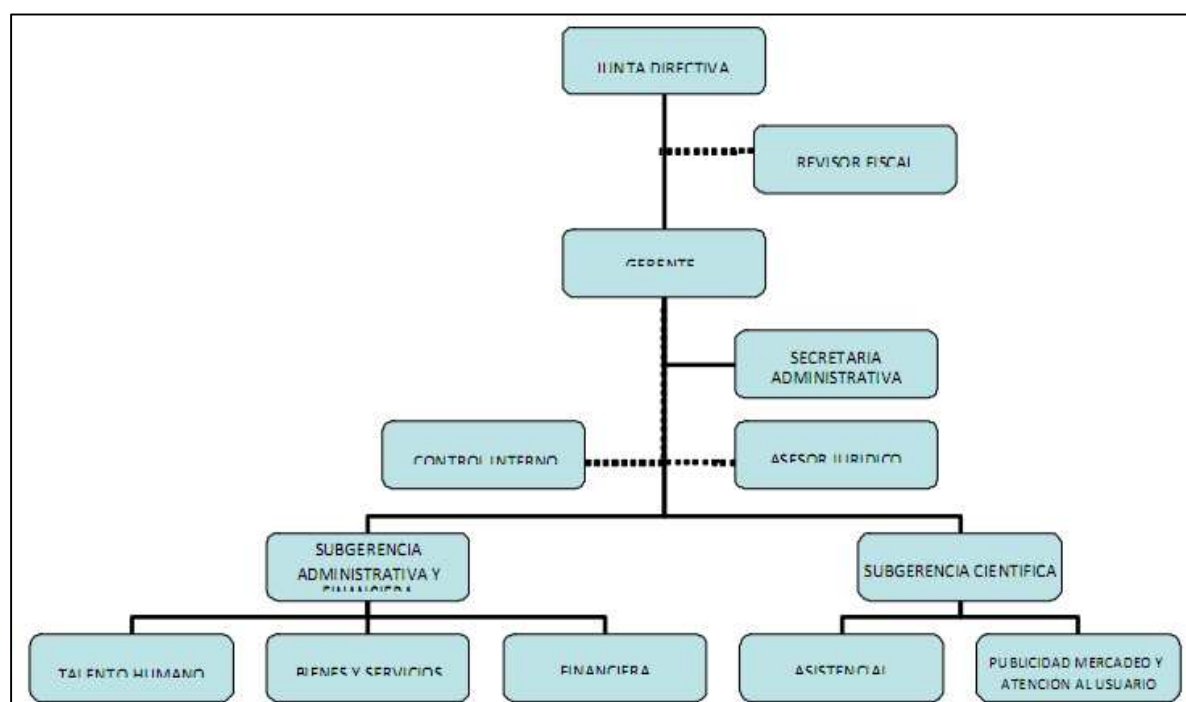


Figura 1. Organigrama ESE Hospital. San Marcos. Fuente: Plan de Desarrollo 2012-2016 Hospital San Marcos Chinchiná - caldas

Plan de Acción General. La Institución ha venido consolidando su plan hacia varios objetivos como el logro de una estructura administrativa flexible, la promoción de la identidad corporativa entre sus servidores públicos y los usuarios, el desarrollo de nuevos proyectos, así como la definición de estrategias y metas relacionadas con la operatividad financiera, la implementación del sistema de costos y, el afianzamiento de sus procesos. (Sobre estos últimos ver siguiente ilustración)

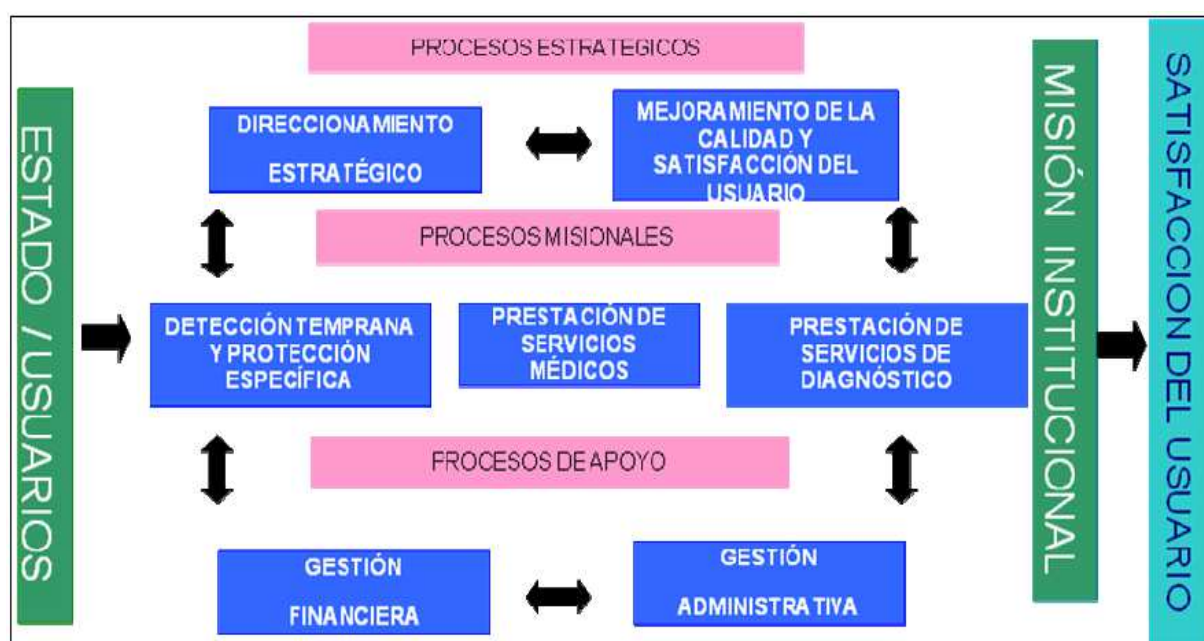


Figura 2. Mapa de Procesos ESE H. San Marcos. Plan de Desarrollo 2012-2016

Fuente: Plan de Desarrollo 2012-2016 Hospital San Marcos.



Figura 3. Mapa de procesos. ESE Hospital San Marcos. Fuente: Plan de Desarrollo Institucional 2012-2016 Hospital San Marcos.

4.2.1.2 ESE Hospital San Félix Municipio de La Dorada. En el área urbana del municipio de la Dorada, del departamento de Caldas se encuentra ubicada la Empresa Social del Estado Hospital San Félix, creada mediante ordenanza N° 116 del 28 de diciembre de 1994 de la Asamblea Departamental. El hospital presta servicios de baja y mediana complejidad, sin que sea monopolio ante la presencia de otros prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados, además, de consultorios de profesionales independientes que ejercen en diversas áreas de la salud.

Estructura Organizacional. La estructura del hospital se revela de manera simple y muestra dos grandes áreas que contienen todos los servicios que presta. Ver la siguiente ilustración

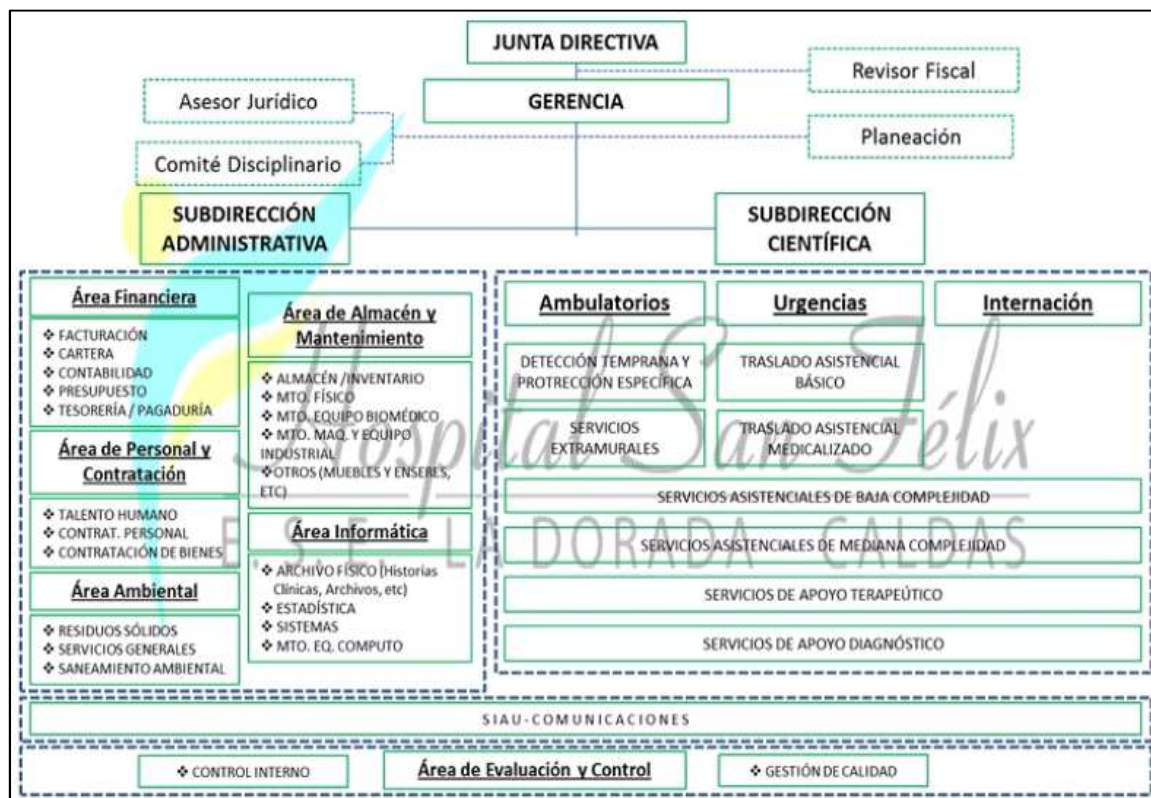


Figura 4. Organigrama ESE Hospital. San Félix. Fuente: Plan de Desarrollo 2012-2016 Hospital San Félix

Portafolio de Servicios. El Hospital ofrece el siguiente portafolio de servicios a sus usuarios:

- Apoyo diagnóstico e Imagenología
- Apoyo diagnóstico de laboratorio
- Consulta médica general y especializada
- Odontología
- Urgencias

- Cirugía
- Cirugía Plástica
- Partos
- Hospitalización
- Central de Citas
- Sistema de información y atención al usuario – SIAU
- Servicio farmacéutico
- Servicio de rehabilitación
- Transporte y Unidad Móvil

Ver la figura siguiente.

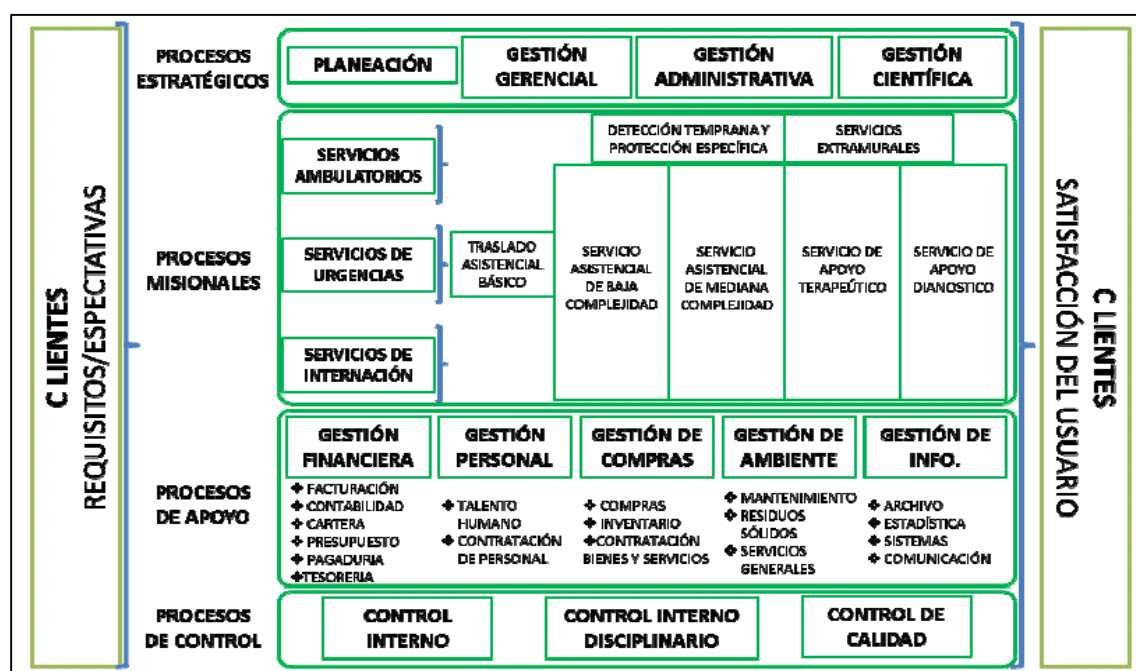


Figura 5. Mapa de Procesos ESE Hospital San Félix La Dorada. Plan de Desarrollo Institucional 2012-2016. Hospital San Félix.

4.2.1.3 Hospital Felipe Suárez municipio de Salamina. El hospital departamental Felipe Suárez ESE, presta servicios de salud de baja y mediana complejidad, ofrece servicios en las especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, ortopedia y anestesiología. Es el hospital de mayor desarrollo técnico, tecnológico y científico de la región norte del departamento de Caldas, llegando a ser Centro de referencia, de Mediana complejidad para los municipios de Filadelfia, Aránzazu, Marulanda, La Merced, Pacora y Aguadas, con una población aproximada de atención 92.000 habitantes.

Estructura Organizacional y Funcional: (ver figura siguiente)

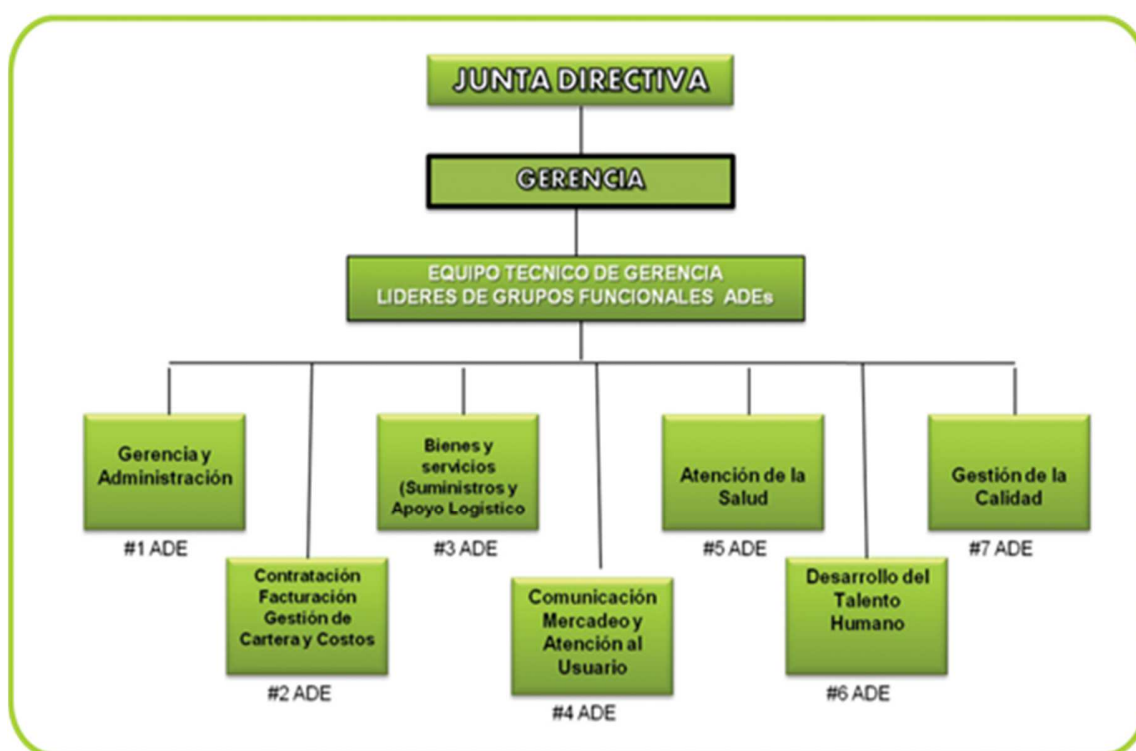


Figura 6. Organigrama ESE Hospital Felipe Suárez, Salamina. Fuente: Plan de Desarrollo Institucional 2012-2016 ESE.

Portafolio de Servicios. El Hospital ofrece el siguiente portafolio de servicios a sus usuarios:

- Apoyo diagnóstico e Imagenología
- Apoyo diagnóstico de laboratorio
- Consulta médica general y especializada
- Odontología
- Urgencias
- Cirugía
- Cirugía Plástica
- Partos
- Hospitalización
- Central de Citas
- Sistema de información y atención al usuario – SIAU
- Servicio farmacéutico
- Servicio de rehabilitación
- Transporte y Unidad Móvil

4.3 Marco Conceptual

No hay duda lo limitado de la información sobre sistemas de costos aplicados al sector salud en Colombia. En este acápite se presenta la revisión teórica que sustenta el presente ejercicio académico-investigativo y que se soporta en la literatura hallada en términos generales sobre sistemas de costos, el sistema de seguridad en Salud y las relaciones de los costos y la toma de decisiones en entidades hospitalarias.

4.3.1 Sistemas de Costos. Los sistemas de costos se refieren a las diferentes formas de costear la producción o los servicios generados por una organización, con el fin de ofrecer a la

dirección información eficiente, real y oportuna para la toma de decisiones respecto al futuro de la misma tal como lo afirma Cuevas (2009) “La estimación de los costos se hace con propósitos de planeación y control, más que para informes financieros” (p.3).

Una de las definiciones de sistemas de costos es “el conjunto de metodologías, modelos o procedimientos contables y administrativos que se llevan a cabo con el objetivo de determinar el costo de los diferentes objetos de costo” (Contaduría General de la Nación, 2010, p.38). Estas metodologías tienen diferentes grados de complejidad y utilizan diferentes enfoques frente a lo que se incluye dentro del cálculo.

Cuervo & Osorio (2006) definen los sistemas de costos como “un sistema de información que establece el procedimiento administrativo y contable para identificar los datos que permiten determinar el costo de las actividades, los procesos, los productos o los servicios” (p.17). Sin embargo, el término actividad se encuentra específicamente y en concreto en el sistema de costeo ABC, en el que la definición de las actividades es el punto clave para implementar dicho sistema en una empresa.

En palabras de Sinisterra (2006) el Sistema de Costos se refiere al “conjunto de normas contables, técnicas y procedimientos de acumulación de datos de costos con el objeto de determinar el costo unitario del producto fabricado, planear los costos de producción y contribuir con la toma de decisiones” (p.34).

La administración en conjunto con la contabilidad ofrece un amplio abanico de clasificaciones

de los sistemas de costos dependiendo del punto de vista con que se determinen; estas clasificaciones están estrechamente relacionadas con la naturaleza de las empresas en las que se aplique cada uno de ellos, según el mismo Sinisterra (2006) “las características de la producción en cada empresa son factores determinantes claves del sistema de costos a utilizar, debido a que el sistema de costos va a depender del tipo de operación” (p.34). De allí su amplitud.

De acuerdo a las principales y más usadas clasificaciones de los Sistemas de Costos comúnmente utilizados en el sector de la Salud se tienen dos categorías: a) las características de la producción y b) la filosofía sobre el costo. Desde una primera perspectiva, existe una clasificación de los costos de acuerdo con las características de la producción, según Torres (1996) se clasifican en “Sistemas de Costos por Órdenes y Sistemas de Costos por Procesos” (p.20). Esta clasificación se basa principalmente si la producción de la empresa es relativamente homogénea o heterogénea.

Para el primer caso, Cuevas (2009) define el sistema de costos por órdenes como aquel en el cual “los costos pueden asignarse separadamente a cada orden de trabajo de manera independiente, o por grupos de productos y con costos unitarios distintos determinados para cada ítem separado” (p.152). Este es el caso de las empresas litográficas, fábricas de muebles y algunas empresas de servicios, entre otros.

Para el segundo caso, el mismo autor Cuevas (2009) define el sistema de costos por procesos como “productos similares son producidos masivamente, sobre bases más o menos continuas; la atención se dirige a los procesos (departamentos productivos), período de tiempo y costos

unitarios” (p.62). Como el caso de las fábricas de gaseosas, la industria metalmeccánica de las puntillas y tornillos, entre otros.

4.3.1.1 Costos por procesos. El sistema de costos por proceso se encarga de consolidar y acumular todos los costos de producción que se realiza en un departamento o en un centro de costos en un determinado periodo. En el sector de la producción es muy utilizado cuando se fabrican masivamente y en forma continua e ininterrumpida a través de una serie de etapas de producción llamadas procesos productos con similares características.

Un departamento es una división logística, operativa o funcional de la entidad donde se ejecutan procesos. Cuando dos o más procesos se realizan en un departamento, puede ser conveniente dividir la unidad departamental en varios centros de costos, por lo tanto cada proceso conforma un centro de costo, cada departamento es responsable por los costos incurridos dentro del área.

En el sistema de costos por procesos, todos los costos de un producto se agregan a una cadena de producción corriente. Los costos del producto se obtienen por la sumatoria de los costos promedios para cada operación periódica, lo cual me permite medir el costo-beneficio, valorar los inventarios y la mano de obra directa aplicada, que se ha acumulado en el período de tiempo en una secuencia ordenada de actividades que conforman el proceso.

Tal como lo menciona Dueñas (1996) un proceso de negocio es “un conjunto de puestos de trabajo o tareas relacionadas, correspondientes normalmente a varias funciones, realizadas por un

equipo de personas polivalentes, para producir un resultado preciso y cuantificable, que tiene como destino un cliente o mercado específico” (p.37).

El sistema de costos por procesos no solo aporta valor por cada uno de los elementos del costo, también por ser un sistema de gestión permite mejorar la programación de los recursos que consumen los procesos hospitalarios como: a) rediseñar las rutas de atención a los pacientes, b) mejorar la disposición física de los diversos, c) servicios para aumentar su integración y disminuir los desplazamientos internos, tanto de los pacientes como del personal de salud.

La principal desventaja que presenta este sistema es que la entidad debe organizar toda su estructura de costos con base en los procesos, los cuales deben estar debidamente diseñados y documentados identificando las tareas y procesos innecesarios, igualmente se deben desarrollar procedimientos administrativos de verificación *in situ* (en cada uno de los procesos) en tiempo real, con el fin de establecer parámetros que garanticen las mejores prácticas médicas y administrativas a fin de descartar actividades innecesarias que se convierte en costos irreales del proceso aumentando el precio de los procedimientos.

4.3.1.2 Costo por órdenes. La orden de producción es el documento más importante del sistema y es una autorización escrita para que cada centro de costos realice una tarea determinada. La emite el departamento de programación y control de la producción, el cual prevé los materiales y la mano de obra necesaria. También indica qué se hará, quien lo hará y para cuando es necesario que el trabajo esté terminado. El número de la orden de producción es el que centralizará toda la información de la tarea.

La orden de producción genera la hoja de costos.

Los costos por órdenes pueden ser adoptados en las empresas donde el trabajo será individualmente identificado a lo largo de toda su elaboración o desarrollo, desde que se emite la orden de producción hasta que se cierra la misma. También en el caso de un hospital desde que se abre la historia clínica hasta que se cierra; o en el caso de un tour turístico, desde su inicio hasta que termina (Antón & Giovannini, 2001 p.125)

El énfasis de dicho sistema está puesto en la asignación de los costos a la orden, el tiempo y quien realiza los gastos tienen una importancia secundaria. En las órdenes de producción que tengan un desarrollo extenso en el tiempo, será necesario un cuidadoso seguimiento de la asignación de los costos de los materiales empleados, como así también el valor de la mano de obra si en el período se producen variaciones en el costo de la misma.

Para trabajar con costos históricos por órdenes será necesario:

- Que la empresa esté organizada por centros de costos, esto se entiende en empresas de magnitud y con procesos de producción complejos.
- Cada centro de costos deberá tener su propio costo, así como las reglas de cómo será asignado el trabajo a los distintos centros de costos.
- Deberá haber un número que identifique este trabajo y al cual se le asignarán en cada centro de costos los costos que corresponden a esa orden.

Ventajas. Las principales ventajas que se pueden indicar son:

- Se conoce con facilidad el resultado económico de cada trabajo.

- Los datos físicos se pueden utilizar para presupuestos futuros.
- Sirve para fijar precios de venta.
- Se conoce el costo de cada trabajo a cada momento.
- Es un sistema sencillo y fácil de comprender.

Desventajas. Como desventajas se tienen las siguientes:

- El costo histórico puede incluir cargas que no son costos sino ineficiencia. Esto hace que trabajos idénticos tengan costos distintos.
- No sirve para medir la eficiencia o ineficiencia de una planta.
- El sistema no es ágil.

Existe también una clasificación de acuerdo a la filosofía sobre el costo; esta clasificación propuesta por Cuervo & Osorio (2006) incluye el “coste total o absorbente, el costeo directo o variable, y el costeo basado en la teoría de las restricciones” (p.45).

4.3.1.3 Costeo Absorbente. Este método incluye en el costo del producto todos los costos de la función productiva independientemente de su comportamiento fijo o variable. Los sistemas de costeo absorbente son los que consideran y acumulan todos los costos de producción, tanto costos fijos como costos variables, éstos son considerados como parte del valor de los productos elaborados, bajo la premisa que todos los costos son necesarios para fabricar un producto.

El costeo por absorción o costeo tradicional es también utilizado en el sector salud y se caracteriza porque la acumulación de costos de los procedimientos médicos incluye todos los

costos de la atención tanto los fijos como los variables directos e indirectos.

Muchas otras entidades de salud optan por el sistema de costeo directo en el cual la acumulación de costos incluye solo las partidas variables, dejando los costos fijos junto a las partidas de gastos de administración y ventas de manera independiente. Actualmente, la tendencia de las entidades de salud es usar el costeo directo ya que es más útil a la hora de tomar decisiones que el costeo por absorción, debido a que cualquier entidad puede determinar fácilmente cuáles son sus costos fijos en un periodo de tiempo e incluso cuantificar como fijos muchos costos que por su naturaleza puede ser variables.

Ventajas.

- Facilita la planeación.
- Facilita la rápida valuación de los inventarios, al considerar solo los costos variables, los cuales se pueden medir.
- Es un instrumento de apoyo para determinar estrategias para optimizar la capacidad instalada.
- Elimina el problema de elegir bases para prorratear los costos fijos ya que su distribución es subjetiva.

Desventajas. La separación de costos fijos de variables es una actividad muy compleja, si no se realiza con mucho cuidado genera errores y por consiguiente valores irreales en la determinación de la utilidad.

4.3.1.4 Sistema de Costeo Variable. De acuerdo a lo postulado, el sistema de costeo variable

Es un sistema en el cual solamente los costos variables de producción se cargan a los inventarios y constituyen el costo de los productos fabricados. Los costos fijos de producción no se capitalizan en los inventarios, sino que se consideran gastos del período en el cual se incurren, al igual que los gastos de venta y administración. (Hargadon & Munera, 1985, p.55)

La principal característica del costeo variable es que solo se tienen en cuenta los costos de fabricación variables a la hora de calcular el costo medio, mientras que los costos fijos de fabricación se tratan como costos del período en el que se incurrió. Por lo tanto los costos de mano de obra directa fija y los costos indirectos de fabricación fijos se consideran como costos del periodo de tal manera que ningún costo fijo se trata como costo del producto; contablemente esto genera que el costo unitario no contenga ningún costo fijo dentro del inventario o en el costo de ventas.

El modelo de costo variable es muy utilizado en las diferentes empresas, lo que permite a los administradores diagnosticar fallas y debilidades fácilmente, debido a que considera como elementos integrantes del costo de un producto sólo los elementos variables, a los costos fijos los discrimina y los considera del periodo, a diferencia del costeo absorbente, que integra el costo de un producto por todos los costos de producción ya sean fijos o variables.

4.3.1.5 Teoría de Restricciones. La teoría de las restricciones o teoría de las limitaciones fue creada en el año 1984 por el israelí Eliyahu M Goldratt, doctor en física. Inició su investigación y el desarrollo de su teoría en forma de una novela, su best-seller (La Meta). Toda su teoría se basa sobre cinco puntos fundamentales interrelacionados entre si lo cual lo convierte en una potencial herramienta útil para el mejoramiento continuo de las organizaciones.

El argumento de la teoría contempla que en toda empresa hay por lo menos una restricción; de no ser así, generaría ganancias ilimitadas; en ella se utiliza la lógica de causa y efecto para entender lo que realmente está pasando en las empresas y así buscar la solución más acertada.

Goldratt (2004) afianza los conceptos desarrollados en la teoría de los sistemas y propone una visión sistémica en dónde una organización a pesar de considerarse un sistema complejo está compuesto por subsistemas que deben interactuar entre sí para lograr un objetivo común, tal como se ve en los eslabones de una cadena (p.27).

Las restricciones no son los recursos escasos, es imposible tener una cantidad infinita de recursos, generalmente las restricciones son decisiones erróneas ejecutadas por administradores o gerentes de las organizaciones. El modelo financiero planteado, se fundamenta en estas acertadas aseveraciones y da una idea de cómo combatir los cuellos de botella y otros problemas de las industrias, utilizando el sentido común y la simplificación de los procesos

Para Goldratt (2004) es necesario delimitar las funciones y responsabilidades de cada área, así como el flujo de información y recursos, con el objetivo de evitar desperdicios y sincronizar el flujo de operación en cada uno de los eslabones de la cadena de abastecimiento para implementar estrategias de mejora continua que optimicen el desempeño del sistema; además permite eliminar todo tipo de operaciones innecesarias y facilitar la implementación de la filosofía Kaizen o mejora continua en los procesos. Goldratt (2004) “esto se logra por medio de la identificación de los problemas y la selección de estrategias necesarias para solucionarlos, incrementando así la

eficiencia de los procesos que son indispensables para la compañía” (p.36).

En la actualidad existen otros modelos de costos que responde mejor a las necesidades entidades prestadoras de servicios de salud, estas metodologías ha sido aplicadas en otros hospitales de varios países incluyendo Colombia.

4.3.1.6 Costeo por Protocolos. Adicional a estos sistemas de costeo mencionados anteriormente, existen otros para la gestión y manejo de los costos que cumplen con los requisitos de información que requieren las empresas del sector de la salud, gracias a la mezcla de la asignación de recursos con el análisis de procesos y las actividades. En el modelo de costeo por protocolos, se define un protocolo desde el punto de vista clínico, como “una secuencia ordenada de procedimientos utilizables ante un individuo con un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un problema de salud” (Duque et al., 2009, p.152). Esta metodología le permite al médico o personal del área de la salud, realizar el tratamiento de manera efectiva y a un costo mínimo.

El sistema es muy utilizado en el sector salud pero más como una herramienta que permite calcular estándares de consumo ante un determinado procedimiento donde calcula el costo real de la prestación del servicio y proyecta el comportamiento de los servicios, tiene como principal función calcular el costo de cada uno de los procesos de la entidad ya sea misionales, operativos o de gestión y a partir de este tomar las decisiones necesarias. Utiliza varios conceptos de otros modelos sistemas de costos como el costeo basado en actividades (ABC) y el costeo absorbente. (Duque, et. al., 2009)

El protocolo permite al médico o al personal del área de salud realizar el tratamiento de manera efectiva, bajo un mismo estándar de atención y a un costo mínimo previo estudio de cada una de las fases en que se inicia el tratamiento el cual debe contener el número y detallado de los exámenes para clínicos, los medicamentos necesarios y el tiempo de tratamiento de la enfermedad para su evolución y recuperación.

Los protocolos para este modelo de costos son vitales para controlar los excesos y abusos a la hora de recetar estudios diagnósticos, laboratorios, medicamentos y otros procedimientos, por lo tanto se convierten en un instrumento de control y gestión administrativa.

Ventajas. Dentro de las ventajas que presentan este modelo es que cada entidad de salud independiente de su nivel de complejidad construye sus propios protocolos para atender las principales causas de consulta o aquellas que representan un alto costo para la entidad. El protocolo debe suministrar información completa de cómo, cuándo y quienes deben ejecutar las tareas, esta información permite establecer los tres elementos vitales del costo: Mano de obra, materiales y otros costos directos e indirectos necesarios para la atención.

Con la información del protocolo acerca del número de personas que participan en la actividad, el tiempo promedio de ejecución por cada persona, cada uno de los materiales empleados, equipo utilizado, ropería, alimentación, papelería, entre otros se cuantifican los elementos del costos tales como: costo de la mano de obra, costo del material, costo de la

depreciación de los equipos, costo de papelería empleada los cuales en conjunto permiten establecer el costo total por cada protocolo.

Desventajas. Las principales desventajas que presenta este sistema de costos por procesos es que requiere establecer un estándar muy ajustado para cada una de las actividades asistenciales y gran mayoría de los hospitales ejecutan un número muy elevado de dichas actividades esta es quizás la etapa más compleja en todo el montaje del sistema de costos por lo tanto se debe realizar de manera detallada acorde con la realidad y los precios de oferta del mercado en condiciones normales. Otra de las desventajas es que solo se cuantifican las tareas y actividades inherentes a cada protocolo desconociendo otras actividades transversales para la entidad como son la gestión administrativa y el componente de calidad entre otros.

4.3.1.7 Costeo por Paciente/Patología. Parte de una clasificación en dos grandes tipos de costos: variables y fijos; los primeros se calculan por paciente, y los segundos se calculan por utilización de los servicios del hospital. (Duque, et al., 2009)

Este modelo de costos aplica principalmente para todas aquellas enfermedades de alto precio, lo cual indirectamente nos ubica en entidades con un nivel de complejidad alto que son las que prestan estos servicios médicos especializados; en instituciones de atención primaria el paciente es el centro del costeo, dado que es éste quien precisa el servicio y consume el recurso.

El objetivo de este modelo de costos consiste en presentar y validar un procedimiento de costeo que permita determinar los costos por pacientes con enfermedades y patologías calificadas

como de alto costo. La información de costos obtenida se convierte en una herramienta clave e indispensable para desarrollar de forma precisa los procesos de planeación, control y toma de decisiones, debido a que los administradores deben contar con información relevante, precisa y oportuna que permita valorar los costos por pacientes y desarrollar de forma sistemática el tratamiento más adecuado.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud especializadas en enfermedades de alto costo, de alta complejidad o de cuarto nivel según el Sistema General de Seguridad Social en Salud, buscan establecer el valor del costo por cada patología por lo que se hace necesario que el cálculo de los costos refleje el comportamiento verdadero de los mismos que posibilite una acertada toma de decisiones, teniendo en cuenta además que en la actualidad el perfeccionamiento de los procesos que presta constituye en la actualidad una necesidad de las entidades para imponerse en el mercado como una estrategia de competitiva y de costos, hoy por hoy es muy normal ver entidades reconocidas por los servicios prestado en cardiología, unidad renal, oncología, cuidado intensivo entre otras.

En los costos por patologías, Montico & Velarde (2003) exponen que;

No se trata solo del cálculo de los costos por departamentos, salas, centros de costos o actividades, ni de lo gastado para atender una patología específica, sino que tienen que incluirse y tomarse en cuenta además las características específicas del paciente y los procesos, actividades y tareas por las que transita el mismo e ir acumulando toda esa información para que la contabilidad de costos refleje verdaderamente lo ocurrido en cada atención o servicio de salud (p.19).

Para poder aplicar el modelo de costos por paciente se requiere indiscutiblemente conocer la patología que se va a costear, el criterio de los expertos, presentar el protocolo que emplea la entidad para el manejo de la patología y los lineamientos generales estipulados para el manejo de enfermedades catalogadas como de alto costo, establecidas por el Ministerio de la Salud y Protección Social mediante legislación.

Para el estado colombiano las enfermedades de alto costo están incluidas en el plan obligatorio de salud, son aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo y tratamiento. Adicionalmente representan una gran carga emocional y económica derivadas, entre otros, de la selección adversa y de los sucesos contingentes graves.

Ventajas: El sistema de costos presenta diversas ventajas, permite el control, la especialización de la entidad de acuerdo a la patologías más rentables o sobre la cual se posee mayor conocimiento y cuantifica proceso costos de atención a los pacientes, en común con otros modelos de costos empleados en el sector salud utiliza varios elementos de los otros sistemas para dar cumplir y establecer el costo por paciente y patología.

Desventajas. Una de las principales dificultades es que se aparte de otros procesos que se ejecutan al interior de la entidad los cuales no están íntimamente ligados con la patología costada y aunque resulte demasiado obvio cada patología es diferente, cada paciente distinto, por lo tanto se debe cuantificar en un cuenta maestra todo los relacionado con el manejo medico de acuerdo a su patología.

4.3.1.8 Grupos relacionados de diagnóstico – GRD. Otra metodología utilizada en la clasificación de costos es el denominado Grupo Relacionados de Diagnóstico – GRD, el cual según (Duque, et al., 2009) consiste en un “método de agrupación de pacientes que se basa en las características significativas de los diagnósticos emitidos al momento del ingreso, las cuales permiten predecir el nivel de recursos que consumen los diagnósticos y tratamientos posteriores hasta el momento del alta” (p.502).

Los Grupos Relacionados de Diagnóstico - GRD, junto con la metodología de costos por protocolos son herramientas utilizadas para mejorar el cálculo del costo y llegar a niveles de detalle más profundos, sin embargo no podrían clasificarse como verdaderos sistemas de costeo. (Duque, et al., 2009), no obstante es la herramienta internacional de más amplia utilización para la planificación y gestión clínica de las organizaciones de salud.

Básicamente es un sistema de clasificación de pacientes que consumen recursos hospitalarios, basado en las características significativas de los diagnósticos emitidos principalmente al momento de ingreso las cuales permiten predecir el nivel de recursos que consumen el tratamiento y demás intervenciones clínicas y de apoyo diagnóstico hasta el momento del egreso del paciente.

Por tratarse de enfermedades clasificadas etimológicamente por su causa y sus manifestaciones dentro de un mismo nivel de atención permite medir el consumo en forma aproximada a través de la estancia media, debido a que cada tratamiento demanda en promedio los mismos productos hospitalarios, y medicamentos en iguales proporciones.

Este modelo de gestión tiene un fuerte vínculo con el modelo de costos por protocolos, juntos se complementan para establecer una de las metodologías de costeo más utilizadas por hospitales y clínicas, para clasificar diagnósticos tanto individuales como por grupos de enfermedades. En Estados Unidos y España, es muy común que las compañías de seguros tanto públicas como privadas utilizan esta metodología para el pago a los hospitales que les prestan los servicios a los asegurados.

Después de analizar diversos sistemas de costos, para este caso en particular, se profundiza en el costeo basado en actividades o costeo ABC, que es el sistema de costeo que mejor se adapta a las entidades hospitalarias, para poder dar cumplimiento a la normatividad vigente.

4.3.1.9 Costeo basado en Actividades – ABC. En la actualidad muchas de las empresas, luchan por sobrevivir en un mercado bastante competitivo, utilizando para ello el costeo tradicional, el cual ciertamente no produce los datos y la información suficiente y necesaria que requiere la dirección para poder tomar decisiones importantes.

Sin embargo, la asignación de los costos de materia prima directa o mano de obra directa no han sido nunca un problema para el sistema tradicional; las distorsiones e imprecisiones en la información se originan en las inadecuadas formas de distribución de los costos indirectos de fabricación, los cuales por conveniencia se han distribuido basados en el volumen.

Esta situación ha permanecido así durante décadas; hasta hace unos años en que, derivado de

las nuevas condiciones y exigencias del medio en el que interactúan las empresas, y que cada vez se hacía más evidente que las empresas requerían contar un sistema de información de costos más preciso, confiable y orientado a la gerencia y a la toma de decisiones, surgió como resultado de múltiples investigaciones el sistema de costeo basado en actividades o Costeo ABC, que inicialmente fue planteada por Kaplan y Cooper (1999).

Para Cuervo & Osorio (2006), el Sistema de Costeo ABC es aquel que:

Asigna los productos o servicios materiales directos y el costo de las actividades necesarias para producirlos o prestarlos y costea las actividades con base en los recursos necesarios para realizarlas; los costos y los gastos agrupados son los recursos del sistema. (p.18).

El sistema no sólo permite mayor exactitud y precisión en la determinación del costo unitario, sino que además es útil en la evaluación del desempeño de las áreas o procesos relacionados con las actividades en la empresa; como afirma Cuevas (2009) “es una metodología que mide el costo y el desempeño de actividades, recursos y objetos de costo; los recursos se asignan primero a las actividades, después los costos de las actividades se asignan a los objetos según su uso” (p.290).

No obstante los múltiples beneficios del sistema de costeo ABC, el porcentaje de implementación en las empresas a nivel nacional y mundial, no es la que se esperaría de un sistema que se postula como el que más beneficios ofrece para incrementar la exactitud en los cálculos del costo unitario. (Cuevas, 2009, p.89).

Este índice tan bajo lo determina el nivel de dificultad que requiere su implementación, frente a la implementación del sistema tradicional de costos. Mientras que los sistemas tradicionales de costeo se caracterizan por el uso exclusivo de medidas a nivel unitario como bases para asignar los costos indirectos de fabricación al producto, por otro lado, “el sistema de costeo ABC necesita usar múltiples grupos de costos, y bases de asignación, y requiere calcular las actividades de cada grupo de costos e identificar sus guías de asignación.” (Cuevas, 2009, p.267). Lo que hace más compleja y difícil su implementación.

Los beneficios, para las empresas que implementan el sistema de costeo ABC son muchos, entre ellos, poder contar con suficiente información para la toma de decisiones, el poder resolver el problema de los costos indirectos y el permitir la gestión adecuada de sus costos, lo que admite mejores desempeños con mejor calidad. Según Cuevas (2009) “la información proporcionada por el costeo ABC ofrece nuevos datos sobre la eficiencia de los procesos, y logra orientar las actividades al mejoramiento continuo.”(p.298).

Para una mayor explicación de las bondades del sistema de costeo ABC a continuación se enumeran una serie de ventajas y desventajas que promete dicho modelo en su fase de implementación.

Ventajas. Son varias las ventajas que aporta el modelo de costos ABC frente a los sistemas tradicionales, pero quizás la principal ventaja es que permite analizar los procesos de producción enfocados en las actividades, esto a su vez permite determinar los bienes o servicios que generan mayor contribución al negocio facilitando un mejor control y administración de los costos

indirectos de fabricación CIF, sin embargo son tantas las bondades del este modelo de gestión que se pueden incluir muchas otras ventajas, como:

- El ABC proporciona bases más lógicas y comprensibles para el cálculo de costos.
- Ayuda a rastrear, identificar, entender el comportamiento de los costos.
- Proporciona información sobre variables financieras (ratios de cost-drivers) y no financieras (volúmenes periódicos de cost-drivers) que son relevantes para la gestión de costos.
- Supone una mayor flexibilidad para analizar los costes por centros, proceso, áreas de responsabilidad, clientes, etc.
- Proporcionan una mayor información sobre los costes variables a largo plazo, que son relevantes para la planificación estratégica.
- Se apoya en una base lógica y aceptable, es que hace más comprensible el cálculo y gestión de los costos.
- Proporciona toda la información sobre las actividades que realiza la empresa y su relación entre ellas.
- Poderosa herramienta de planeación suministra información para decisiones estratégicas
- Mide el desempeño de los empleados y departamento e identifica realmente el personal requerido por la empresa.
- Establece cuáles las actividades que aportan valor agregado a la empresa.

Desventajas. Una vez visto el gran avance que supone el modelo de costos ABC; en la gestión estratégica de los costos, también es lógico describir las limitaciones con las que cuenta

este modelo; por ejemplo las pretensiones de calcular los costes de los productos de una manera más exacta no siempre se ven cumplidas y la asignación de costes sigue siendo arbitraria, sobre todo lo relativa a los costos comunes, ya que:

- Centran exageradamente la atención en la administración y optimización de los costos, descuidando la visión sistémica de la organización
- Requiere mayor esfuerzo y capacitación para lograr la implementación adecuada
- consume gran parte de recursos en las fases de diseño e implementación
- Requiere constantes ajustes y monitores para detectar a tiempo las posibles desviaciones que presenta el modelo.
- No existen evidencias fuertes de que su aplicación se traduzca en una mayor rentabilidad empresarial, en que el coste de implantación pueda ser rentabilizado.
- Se orienta a las actividades y no a los talleres, ignorando la existencia de organización tradicional de producción. Por lo tanto su enfoque excluye de manera significativa muchas empresas.

4.3.2 Sistema de Seguridad en Salud. La aparición del sistema de seguridad social en Colombia se remonta a 1945 y 1946, cuando se crearon la Caja Nacional de Previsión – CAJANAL - y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales – ICSS, hoy ya liquidado. Las bases conceptuales e ideológicas se apoyaron inicialmente en la Ley del seguro social obligatorio, emitida en la naciente Alemania por el célebre “Canciller de Hierro” Otto Von. Bismarck (Citado por Arias, 2006).

Desde esa época hasta la actualidad, los cambios en las condiciones socioeconómicas del país, es decir, algunas tales como la mayor concentración de población en las ciudades, la emergente industrialización y modernización de los sectores productivos, entre otros, han hecho que el sistema de seguridad social evolucione para afrontar tales cambios, desde una mayor cobertura, hasta una mayor participación en el presupuesto de la nación.

Entre otros cambios notables se pueden identificar la universalización de la salud, ampliando su cobertura a prácticamente toda la población, entre ella la que no tenía antes oportunidad de estar en el sistema, y que ahora el modelo de inclusión y cobertura le permite gozar de seguridad social a través del sistema de régimen subsidiado, para estratos 1 y 2. En este sentido expone Barón (2007)

Uno de los aspectos cruciales señalados desde el comienzo fue la financiación de la atención en salud, dado que la reforma introdujo cambios en la estructura y en los mecanismos de financiación y previó un aumento considerable de recursos, con el fin de garantizar el cumplimiento del objetivo primordial de acceso universal al aseguramiento, bajo condiciones de mayor equidad, eficiencia y calidad de los servicios, lo cual hacía prever también efectos importantes tanto en el tamaño y composición del gasto total de la atención de salud, como en las formas de contribución a ese gasto por parte de las distintas instituciones e individuos, y en la utilización de los fondos. (p.41)

De igual modo el sistema se modernizó y se ajustó a unas condiciones liberales del mercado, en las que desaparecieron las entidades públicas subsidiadas y que ofrecían atención gratuita y homogénea para todas las personas, por entidades públicas autofinanciadas y autogestionadas, y que deben competir con otros actores de naturaleza privada en igualdad de condiciones.

La reforma del sistema de salud en Colombia comenzó con la aprobación de la nueva Constitución Política en 1991. Los artículos 48 y 49 de la norma abrieron el espacio para emprender una reforma del sistema de seguridad social en salud señalando los criterios básicos sobre los cuales debería llevarse a cabo la reorganización del sistema: universalidad, solidaridad y eficiencia deben ser los pilares fundamentales del sistema. Sobre la base de dichos principios constitucionales, el Gobierno y los diferentes grupos del Congreso de la República y de la sociedad civil trabajaron durante dos años diversas propuestas que condujeron a la Ley 100 de 1993 de la Reforma de la Seguridad Social.

La creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la ley 100 de 1993, pretende conseguir la cobertura universal en salud de la población colombiana, bajo dos regímenes de aseguramiento: el contributivo, con aproximadamente un 70% de la población como máximo, y el subsidiado, para un 30% de la población como mínimo. El aseguramiento deberá garantizar la distribución equitativa de los subsidios y la accesibilidad efectiva a los servicios de salud, sobre la base de un plan obligatorio de salud, progresivamente igual para todos y ofrecido en condiciones de calidad y eficiencia, enfatizando servicios básicos de prevención y promoción y crear un ambiente desmonopolizado para la libre competencia y la libre elección.

Los siguientes apartes extraídos de la Ley 100 de 1993, explican los dos únicos regímenes de salud en nuestro país²:

² Dada la importancia de esta información se hace una cita en extenso

El régimen contributivo. El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias. Se hace a través del pago de una cotización individual y familiar, o de un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

La afiliación. Podrá ser individual o colectiva, a través de las empresas, de las agremiaciones o por asentamientos geográficos. El carácter colectivo de la afiliación es voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente a otras EPS.

Los beneficiarios. Los afiliados al sistema general de seguridad social en salud, mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas laboralmente a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago que devengan dos o más salarios mínimos.

La cotización obligatoria. La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados para contribuir específicamente al POS del sistema general de seguridad social en salud, según las normas del régimen contributivo, es del 12% sobre el salario base de cotización y no podrá ser inferior al salario mínimo donde el trabajador aporta 1/3 parte de la cotización y el empleador 2/3 partes de la cotización; para los pensionados y los trabajadores independientes la cotización del 12% está íntegramente a su cargo. El no pago de la cotización en el sistema contributivo produce la suspensión de la afiliación y del derecho a la atención del POS, sin causar deuda ni intereses de ninguna clase.

El régimen subsidiado. el Régimen subsidiado del SGSSS es el conjunto de normas que rigen la afiliación o vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una unidad de pago por capitación subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad. Así mismo, incluye el conjunto de normas que regulan la organización y el funcionamiento de las entidades que permiten la operación del sistema.

El objetivo del régimen subsidiado es financiar la atención en salud –sin incluir licencias- a las personas pobres y vulnerables y a los núcleos familiares que no tienen capacidad para cotizar el aporte mínimo que requiere el régimen contributivo del SGSSS.

Los beneficiarios. Son potenciales beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud mediante el régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. En consecuencia podría recibir subsidio total o parcial, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades aquellos habitantes no asalariados que no pueden pagar al menos el 12% sobre dos salarios mínimos, bien sea solos o en conjunto con otros miembros del núcleo familiar

No podrán ser beneficiarias de los subsidios en salud del régimen subsidiado las personas que tengan vínculo laboral vigente, o quienes perciban ingresos o renta suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, quienes estén pensionados, o quienes como beneficiarios de otra persona estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a cualquiera de los regímenes de excepción establecidos en la normatividad vigente. (Ley 100, 1993, p.20)

Existe un reglamento de focalización de los subsidios por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, donde se definen los criterios generales que deben aplicar las entidades territoriales para identificar los beneficiarios del sistema, según las normas del régimen subsidiado.

El carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la unidad de pago por capitación, se debe establecer según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, el nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda. (Ley 100, 1993, p.22)

De otro lado, la focalización se define como el proceso mediante el cual se garantiza que el gasto social se asigne a los grupos de población más pobre y vulnerable. (Ley 1122, 2007). La focalización no es, por tanto, la política social sino un instrumento básico para lograr que determinados programas destinados a grupos específicos lleguen efectivamente a estos grupos escogidos como objetivo.

Con el fin de crear instrumentos efectivos que permitan focalizar los subsidios, la misión social organizada por el Departamento Nacional de Planeación desarrolló un sistema de información para identificar con precisión al beneficiario de los subsidios, denominado el SISBEN: Sistema de identificación y clasificación de beneficiarios para programas sociales. El proceso de focalización requiere la actualización periódica de la base de datos y el uso de ésta por todas las entidades que operan los programas sociales del orden departamental, distrital y municipal.

Las permanentes reformas a la seguridad social en el país, han impulsado la necesidad de

crear y sostener ventajas competitivas en el sector, el hecho de incluir diversos actores opositores y defensores indirectamente permite que las empresas públicas y privadas compitan en el mismo mercado, bajo los esquemas normativos.

4.3.3 Relación de los costos y la toma de decisiones en entidades hospitalarias. En un mercado competitivo, estrictamente regulado y vigilado por el Estado, donde existen diversos oferentes y una fuerte presión por parte de todos los actores, las decisiones que tome la gerencia deben ser resultado de un análisis profundo y objetivo de cualquier situación, debido a que una mala decisión podría significar la salida del mercado, mientras que una buena decisión, significaría ahorro de tiempo esfuerzo y procesos.

Las teorías sobre toma de decisiones sugieren que “mientras mejor sea la información utilizada para tomar la decisión, mayor será la probabilidad de éxito” (Torres, 1996, p.10). Así por ejemplo, conociendo el rol de la misión humanitaria de una entidad hospitalaria, es innegable que como cualquier negocio debe buscar la maximización de la rentabilidad sobre los recursos invertidos.

La calidad de la información al igual que la veracidad, son factores importantes para la toma de decisiones; no se puede tener una visión clara de la situación si se tienen solamente datos parciales, como lo afirman Cuervo & Osorio (2006) “siempre será positivo contar con suficiente información cuando se requiere una buena base para tomar decisiones” (p.35). En especial cuando se trata de decisiones de tipo financiero en las que existen conceptos que parecen

insignificantes como algunos costos variables, pero que en la perspectiva de la empresa representan un costo importante.

De la misma forma que los datos parciales no ofrecen la posibilidad de tomar decisiones acertadas, así también una decisión que tome la dirección, tanto en el corto, como en el mediano y largo plazo, que no identifique lugares y escenarios de la institución con el ánimo de reducir los costos de la empresa, no podrá concentrar sus esfuerzos en la reducción de dichos costos, (Donnelly, et al. (1994). El poder contar con una visión de la empresa por actividades le permite a la dirección una posibilidad mayor de asegurar un uso racional de los recursos, Cuervo & Osorio (2006) “por ello es importante que las decisiones relacionadas con el costo se basen en un sistema de información” (p.57). Que permita relacionar dichas actividades con los costos asociados a ellas.

En términos financieros, existen muchas herramientas para que la gerencia realice el ejercicio de la toma de decisiones basada en indicadores, pero es la información de un adecuado sistema de costos, como afirma Mendoza (2010):

La que puede ayudar a la gerencia a tomar decisiones apropiadas para la fijación de precios, brindándole los costos anticipados de fabricación y los precios de venta de los productos, así como las utilidades estimadas que se puedan obtener de los precios de venta propuestos. (p.10)

No obstante, el sistema de información de costos debe resultar confiable y exacto, pues “si la calidad de la información usada para tomar la decisión es mala, muy probablemente la decisión tomada también lo será.” (Torres, 1996, p.10).

Si bien la contabilidad financiera en la empresa permite a la dirección tener un panorama de actividad financiera y monetaria de ella, así como la preparación de la información contable para socios y entidades de vigilancia y control, “es la contabilidad de costos una herramienta más importante para la toma de decisiones, pues permite observar los diferentes comportamientos de los costos, y esto es en últimas, lo que hace que éstas sea lo más útil posible” (Torres, 1996, p. 26).

El mismo Cuevas (2009) afirma que el proceso de tomar decisiones acertadas, es decir, “el proceso de investigar las condiciones del medio que requieran atención, desarrollando y analizando posibles respuestas y escogiendo un apropiado curso para la acción, es crucial para el éxito de cualquier empresa” (p.7). Hacer esto implica para la organización contar con suficiente información cuando se requiere una buena base para tomar decisiones. Cuervo & Osorio (2006).

La información que proporciona el sistema de costos “establece el procedimiento administrativo y contable para identificar los datos que permiten determinar el costo de las actividades, los procesos, los productos o los servicios” (Cuervo & Osorio, 2006, p.17). De tal forma que la dirección puede conocer con buena confianza qué productos o servicios son rentables y cuáles no, y conocer los costos para encontrar oportunidades de reducción del mismo y mejoras del rendimiento.

Para una empresa la información que ofrece el sistema de costos es una herramienta importante para la toma de decisiones, más que la información proporcionada por los estados financieros en los que “las clasificaciones de los costos utilizadas para su preparación no son la

mayoría de las veces las usadas por la gerencia para controlar las operaciones y planear el futuro” (Cuevas, 2009, p.21). Para el sector hospitalario, por ejemplo, el sistema de costos ABC, el cual es de obligatorio cumplimiento en Colombia por parte de las empresas de servicios públicos domiciliarios sujetas al control y vigilancia de la superintendencia de servicios públicos domiciliarios, cada vez toma más fuerza en el sector de la salud, en el que se ha utilizado en combinación con el costeo absorbente al momento de proponer herramientas para el cálculo de costos y la toma de decisiones. (Ministerio de Salud, 1999, programa de mejoramiento en salud). Algunas de las ventajas que ofrecen los sistemas de costos respecto a la toma de decisiones son las siguientes:

- Permiten establecer los costos indirectos. La relación de los costos y la toma de decisiones están íntimamente relacionadas en establecer el costo ideal de un procedimiento y trata de involucrar más conceptos para proporcionar un valor más acorde con realidad y con los costos indirectos que forman parte de la atención médica; en una entidad prestadora de servicios de salud son infinitos los costos indirectos que se presentan, los cuales no se evidencian en un procedimiento y pasan desapercibidos ante la administración, de ahí que una de las principales ventajas de los sistemas de costos y aporte a la toma de decisiones consiste en establecer una valoración más real de los factores que integran el costo de un procedimiento médico.

Los sistemas de costos mejoran la transparencia de los costos indirectos, la eficacia del empleo de los recursos y el cálculo de costos de los productos para evitar así decisiones estratégicas erróneas; enlaza la gestión estratégica con la gestión operativa lo que antes

era difícil, ahora se convierte en una herramienta administrativa, presupuestal y de costos enfocada en procedimiento lo cual facilita un mejor control y administración de los costos indirectos de fabricación CIF, los cuales son fundamentales para establecer condiciones financieras favorables para la entidad.

- Permiten analizar la mejora continua para lograr una mejor ejecución de las actividades a través de la prevención con el fin de contribuir a la reducción y control de los costos o de los recursos innecesarios lo cual es fundamental para maximizar la calidad, proporcionar más información de los procedimientos y establecer estrategias de corto y largo plazo para gestionar y tomar decisiones en las organizaciones.

Los indicadores de calidad y de mejora continua enmarcados dentro de un sistema de costos se convierte para la organización en un amplio conjunto de medidas de actuación, que proporcionan la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición estratégica a través de indicadores ligados a unos planes de acción que permiten alinear el comportamiento de los miembros de la organización con la estrategia de la empresa. Se trata de la herramienta de control de gestión, cuya función primordial es la implantación y comunicación de la estrategia a toda la empresa.

- Satisfacen las exigentes necesidades de los actuales consumidores, las organizaciones deben añadir valor a la producción, las actividades que añaden este valor y que generan costes adicionales están fuera del control de la contabilidad tradicional. Ante esta situación aparece la necesidad de contar con sistema de costos que responda a las nuevas

exigencias de las organizaciones, debido a que el contexto competitivo en el que se desarrolla la actividad económica y el proceso productivo indiscutiblemente obliga a contar con un proceso más integral donde los costos sean exactos, oportunos y razonables. Los sistemas de costos permiten medir y analiza el consumo de recursos generados en su transformación, permite calcular el costo de cada una de las actividades que se realizan al interior de la entidad así como los resultados de los objetivos del costo.

- Permiten una mejor planificación y gestión clínica de las organizaciones de salud, básicamente los sistemas de costos mejora la clasificación de los pacientes basado en las características significativas de los diagnósticos emitidos lo cual permiten establecer centros de costos de acuerdo a los recursos que consumen durante el tratamiento y demás intervenciones clínicas y de apoyo diagnóstico hasta el momento del egreso del paciente igualmente permite medir el consumo en forma aproximada a través de la estancia media, debido a que cada tratamiento demanda en promedio los mismos productos hospitalarios, y medicamentos en iguales proporciones.

- Permiten consolidar y acumular toda la información relacionada con los costos de producción en un departamento o en un centro de costos en un determinado periodo. En el sector de la salud es muy utilizado cuando se establecen diferentes servicios con similares características. Un departamento es una división logística, operativa o funcional de la entidad donde se ejecutan procesos. Cuando dos o más procesos se realizan en un departamento, puede ser conveniente dividir la unidad departamental en

varios centros de costos, por lo tanto cada proceso conforma un centro de costo, cada departamento es responsable por los costos incurridos dentro del área.

Los costos del producto se obtienen por la sumatoria de los costos incurridos para cada operación periódica, lo cual me permite medir el costo-beneficio, valorar los inventarios y la mano de obra directa aplicada, que se han acumulado en el período de tiempo en una secuencia ordenada de actividades que conforman el proceso.

Sin entrar en consideraciones, es necesario aclarar que solamente a través del análisis minucioso de las características y complejidades que tienen las organizaciones hospitalarias, observando tanto las bondades como las limitaciones de las mismas, y la información disponible desde todas las perspectivas, así como la proporcionada por los sistemas de costeo y técnicas de gestión existentes en cada una, que la dirección puede encarar el ejercicio de la toma de decisiones en cada entidad mejorando la eficiencia de los procesos y reduciendo los costos, impulsado la necesidad de crear y sostener ventajas competitivas en el sector.

4.4 Marco Legal

El siguiente es el marco legal que menciona, define y regula los sistemas de costos para las entidades hospitalarias en nuestro país:

Ley 10 de 1990. Es importante debido a que reorganiza el sistema nacional de salud y dicta otras disposiciones con relación al sistema de salud en Colombia; en su artículo 8° establece que

es responsabilidad de la dirección nacional del sistema de salud formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema.

La Constitución Política de Colombia en su artículo 49 determina que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.”

(Constitución Política de Colombia, 1991, p.18). Y por lo tanto:

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. (Constitución Política de Colombia, 1991, p.21).

Ley 100, 1993. Esta ley, específica los requerimientos en materia de costos en dos de sus artículos:

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley. Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera.

Parágrafo: Toda institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen

único de tarifas de que trata el artículo 241 de la presente ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema. (Ley 100, 1993. P.26).

Por otro lado la ley 100 de 1993 en su artículo 225 establece:

Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costos deberán tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados, utilizando para el efecto métodos sistematizados. (Ley 100, 1993. P.26).

Decreto 2423, 1996. Le corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, dentro de sus funciones, recomendar al Gobierno Nacional cual debe ser el régimen y los criterios que debe establecer para las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias. En virtud de lo anterior el gobierno nacional estableció mediante el presente decreto el manual tarifario, por medio del cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios y se dictan otras disposiciones.

El Decreto es de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas. Las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El anterior decreto, sirve de base para la definición de las tarifas que se aplican en el sector; además, cataloga y documenta todos los procedimientos que se realizan, por lo tanto fue un documento de consulta importante en todo este proceso de investigación. (Decreto 2423, 1996)

Decreto 3730, 2003. El mismo, reglamenta el artículo 94 de la ley 617/2000 que contempla entre otros aspectos lo siguiente:

Los Contadores Generales de los Departamentos, además de las funciones propias de su cargo, deberán cumplir las funciones relacionadas con los procesos de consolidación, asesoría y asistencia técnica, capacitación y divulgación y demás actividades que el Contador General de la Nación considere necesarias para el desarrollo del Sistema Nacional de Contabilidad Pública en las entidades departamentales y municipales, en sus sectores central y descentralizado; y describe en su artículo tercero como funciones del Contador General del departamento, además de las funciones propias de su cargo, una serie de actividades dentro de las cuales se destaca la siguiente: 8.

Propender por la implementación de sistemas de costos, en el sector central del departamento y en las entidades u organismos descentralizados territorialmente o por servicios, que lo integran.

(Decreto 3730, 2003, p 40).

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud emitió las instrucciones para el tratamiento contable de los costos de producción de las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS – Públicos, 2003. En ellas define el área de costos de la siguiente manera:

Esta área está soportada con la Ley 100 de 1993 que obliga a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a llevar una contabilidad de costos...Para efecto de la definición de los centros de costos a manejar en cada institución se debe expedir una resolución por parte de la

gerencia.

Se debe obtener el estudio de costos a través de una metodología de reconocido valor técnico.

El funcionario encargado de este proceso debe realizar una vez al mes, con contabilidad, una conciliación del resultado del estudio de costos del mes respectivo; en el entendido de que se trabaja simultáneamente y, por tanto, corresponden al mismo período, informe final de costos.

Decreto 2753, 1997. Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, plantea con fundamento en la mencionada Ley 100, la obligatoriedad de un sistema de costos teniendo en cuenta un monto mínimo de patrimonio, como se describe a continuación:

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo patrimonio exceda de 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes y que presten los servicios de urgencias, hospitalización o cirugía en cualquier grado de complejidad deben constituirse como persona jurídica con objeto social exclusivo relacionado con la prestación de servicios de salud. Los grupos de práctica profesional que para la prestación de los servicios que van a ofrecer requieran de una infraestructura propia deben constituirse como IPS. (Modificado Decreto 204 de 1998, artículo 2°, Decreto 2753, Artículo 7, Diario Oficial No. 43.175, Presidencia de la república de Colombia, 19 de noviembre de 1997).

Decreto 452, 2000. Esta norma módica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud, define sanciones que se deben imponer a las entidades que no implanten los sistemas de costos, como se describe a continuación:

Artículo 29. Sancionar con multas sucesivas hasta de mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía: a las entidades promotoras de salud que no adelanten los procesos para la implantación de sistemas de

costos y facturación o que no se sometían a las normas en materia de información pública a terceros, con el objeto de garantizar la transparencia y competencia necesaria dentro del sistema. (Decreto 452, 2000. p.15)

Es importante mencionar que los Decretos 2753 de 1997 y 204 de 1998 fueron derogados por el Decreto 2309 de 2002, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en este sentido el decreto en mención no retoma los sistemas de costos y facturación pero no deroga las multas por la no implantación de estos planteadas en el Decreto 47 de 2000.

El gobierno nacional a través de los diferentes organismos de control y supervisión considero que era necesario que los gerentes de los hospitales y el personal que administraban instituciones de salud, entendieran claramente los conceptos y clasificación de los costos, que les permitirá usar adecuadamente la información contenida en reportes de costos y realizar una buena toma de decisiones gerenciales. En tal sentido el Ministerio de Salud, a través del programa de mejoramiento de los Servicios de Salud, diseño una nueva metodología para el cálculo de costos hospitalarios, ésta mezcló elementos de costos de absorción con metodología ABC, buscando entregar a las instituciones hospitalarias una herramienta de fácil aplicación en cualquier nivel de atención y que cumpla integralmente con los requerimientos de información exigidos por los organismos de control, pero que fundamentalmente llene las expectativas de la alta gerencia y gerencia media, en relación con la información de costos de los servicios de salud que se prestan³.

³ Cfr., Sistema de costos hospitalarios, Manual de implementación, 1ª. Edición, 1999, Colombia, Programa de Mejoramiento Ministerio de Salud

Decreto 887, 2001. El gobierno nacional da la libertad a las empresas del sector para negociar con tarifas que pueden estar por debajo de las establecidas en el manual tarifario, siempre y cuando haya acuerdo entre las partes. “La prestación de otros servicios en IPS públicas o privadas se pagará de acuerdo a las tarifas acordadas, para lo cual se tendrán como referencia las establecidas en el decreto” (Decreto 2423,1996 p.12).

Por otro lado, la realidad Colombiana muestra que no existe un sistema ideal de contratación en Salud, debido a que el sistema que se emplee debe estar muy relacionado con el nivel de desarrollo de la organización y con las características de la población usuaria; todas las formas de contratación son posibles siempre y cuando existan buenos sistemas de información y control de costos.

Igualmente, en el año 2004, la Contaduría General de la Nación, mediante Instrucciones impartidas, determina el tratamiento contable de los costos de producción de las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS – Públicos.

Mediante este manual y por las razones antes mencionadas, la contaduría general de la nación establece que se hace necesario:

Contar con adecuados sistemas de información financiera y de costos preparados bajo unos estándares de contabilidad que partan de criterios homogéneos y que sean comprensibles en el entorno económico mundial, que garanticen a las entidades públicas permanecer en el mercado y suministrar un servicio de excelente calidad, permitiéndoles calcular de manera acertada el costo de desarrollar sus actividades, fabricar bienes o prestar servicios y medir e identificar la rentabilidad

alcanzada cuando corresponda. Marco de referencia para la implantación del sistema de costos en las entidades del sector público. (Contaduría General de la Nación, 2004 p.35).

4.5 Operacionalización de Variables

Tabla 1. Operacionalización de variables.

OBJETIVO	VARIABLES	SUB-VARIABLE	INDICADOR
Describir el Costo de la mano de obra	Costo de la mano de obra	Productividad	• Análisis de Productividad de MO
		Modelo de contratación	• Porcentaje modelo de contratación
Describir el Costo indirecto	Costo indirecto	s/Filosofía sobre el costo	• Absorbente • Directo-Variable • ABC
		Tasa distribución del costo indirecto	• Porcentaje de costos indirectos
Describir el Costo de las materias primas	Costo de las materias primas	Control del costo MP	• Sistema de formación • Manual
		Trazabilidad del costo MP	• Procedimiento para efectuar la trazabilidad
Determinar si la dirección toma decisiones basadas en la información de costos	Decisiones Adoptadas	Control del Presupuesto	• Porcentaje del Cumplimiento del plan operativo financiero

Fuente: Elaboración propia.

5. Estrategia metodológica

5.1 Diseño Metodológico

En este capítulo se describe la metodología utilizada para realizar el presente ejercicio investigativo, el cual optó por el estudio de caso, que según Yin (1994) “...trata una situación donde está involucrada más de una variable de interés; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia” (p.13).

5.1.1 Enfoque de Investigación. El enfoque de la investigación fue mixto, el cual se guía por la producción de datos cuantitativos como cualitativos, los cuales se integran en este caso tanto en el proceso de indagación como de análisis de resultados.

5.1.2 Diseño de Investigación. El diseño constituye la estructura de cualquier trabajo científico. Brinda dirección y sistematiza la investigación. Para el presente caso, el diseño es no experimental de corte transversal, ya que produjo información in-situ, es decir, la información se recolectó en un solo momento y en un único horizonte, pues su objetivo era indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables del sistema de costos.

En esa dirección los métodos que apoyan la investigación fueron los métodos tradicionales deductivo e inductivo, ya que se indagó acerca de las particularidades de un proceso global, para su posterior comprensión en el marco de otro proceso más macro o general como es la administración de unidad de servicios hospitalarios. (Dankhe, 1989)

5.1.3 Tipo de Estudio. El tipo de estudio es de carácter descriptivo ya que según Danhke (Citado por Sampieri, et al., 2007, p.102) “mide, evalúa, o recolecta datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.”

5.1.4 Unidad de Análisis. La unidad definida para esta investigación es cada uno de los hospitales departamentales nivel II de Caldas y su proceso de costeo.

5.1.5 Unidad de Trabajo. Como unidad de trabajo se establece las dependencias de contabilidad, finanzas y la gerencia de las tres entidades hospitalarias: San Marcos de Chinchiná, San Félix de La Dorada, y Felipe Suárez del municipio de Salamina.

5.1.6 Técnicas e instrumentos de recolección de información. El estudio acudió por su tipo, objeto y método a la técnica de entrevista, utilizándose la modalidad semiestructurada por la amplitud y opciones de preguntas relacionadas con un aspecto predominantemente específico como los Costos. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 30 minutos y fue aplicada una vez se consiguió la autorización de los entrevistados y se colocó a su disposición el instrumento guía de las preguntas⁴. Ver instrumento en Anexo A.

Se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas a los gerentes y directores financieros o sus equivalentes en los tres casos de estudio.

⁴ A cada uno de los participantes se les leyó un consentimiento informado, donde se establece que el origen de la entrevista y se aclara que esta posee un carácter netamente académico, también se explicaron de manera detallada las reglas, los procedimientos y el conjunto de condiciones en la que se desarrollaría la entrevista con el fin de lograr la correcta aplicación del instrumento, además se enfatizó sobre la facultad que posee el entrevistador para ampliar las preguntas y la libertad de introducir preguntas para profundizar en un concepto.

Igualmente precisó de una encuesta, la cual fue debidamente validada mediante una prueba piloto que se aplicó inicialmente en la ESE hospital San Marcos del municipio de Chinchiná, para efectos de lograr la validación de las preguntas seleccionadas. Esta validación previa, facilitó el rediseño de la batería de preguntas para su fácil diligenciamiento. Las entrevistas y encuestas realizadas buscaban proporcionar entre otras, la siguiente información:

- Existencia del sistema costos exigido por los entes reguladores a la luz de la normatividad vigente.
- Existencia de sistemas de costeo de reconocido valor técnico. Costos ABC.
- Inconvenientes encontrados en la implantación del sistema de costos y de la información contable relacionada con el mismo.
- Utilidad de la información de costos para la toma de decisiones.

La encuesta fue aplicada a 18 servidores públicos de las áreas financieras: Líderes, coordinadores y directivos encargados de tomar decisiones, presentar informes y de consolidar la información financiera de las entidades, lo cual permitió identificar en cada caso el sistema de costos, su estructura, los componentes, tipo de modelo, criterios de imputación de costos, centros de costos, entre otras variables, que utiliza cada entidad. (Ver Anexo B)

5.1.7 Etapas del Proceso de Investigación. El diseño de la investigación precisó las etapas correspondientes, primero, de formulación del problema, que incluyó consultar los antecedentes y el planteamiento y delimitación del problema a estudiar, la formulación de los objetivos o

logros a alcanzar, para luego estructurar los marcos referenciales (teórico, organizacional y legal). Una segunda etapa que concibió con base en el tipo de estudio el diseño metodológico propio de los estudios descriptivos; para finalmente, dar tratamiento a la información y producir los resultados cuyo contenido exponen los hallazgos generales.

5.1.8 Plan de Análisis. Mediante la información documental y bibliográfica recopilada durante la etapa inicial del proceso de investigación se fundamentó la base teórico-conceptual del tema y el problema, para luego dar razón y explicación del proceso operacional como tal en cada una de las unidades de trabajo de los hospitales referenciados; lo cual se realizó una vez se tuvo toda la información requerida o recolectada.

También el plan obligó a reconocer y recrear, por un lado, los procesos administrativos de cada uno de los hospitales y, por el otro lado, el sistema de costos como tal, esto es, se revisó a la luz de la técnica contable y financiera la operatividad del sistema de costos con base en la información proporcionada en cuanto a su funcionalidad y verificabilidad. Con los insumos de las entrevistas y las encuestas se procedió a su tabulación y posterior interpretación, para finalmente conseguir el análisis integral de los hallazgos provenientes de las diferentes fuentes de información utilizadas.

6. Resultados

Este capítulo contiene los resultados de la información recolectada entre el personal de las áreas administrativa y financiera de las entidades seleccionadas, encargados de manejar la información de costos y contabilidad, cuyo fin último era determinar sobre la utilización o uso de los sistemas de costos por las entidades de salud del nivel II y su consideración como herramienta útil para la toma de decisiones.

Los resultados indagados presentan datos globales en conjunto de las tres entidades, pero también se presentan individualmente, al igual que para cada uno de los objetivos planteados en la investigación.

6.1 Costos de las materias primas, insumos y medicamentos

6.1.1 Resultados pregunta No. 20: ¿Cuál es la participación de cada uno de estos rubros sobre el total de los costos de producción? Para analizar la presente pregunta se debió partir inicialmente del hecho que las materias primas, como son los medicamentos y demás insumos médicos corresponden a los elementos más importantes de la atención médica y por ende un factor decisivo en la determinación de los costos del servicio en las todas instituciones prestadoras de servicios de salud.

De acuerdo a los datos arrojados por la encuesta el 19% de los costos son destinados a la compra de medicamentos y el 18% a insumos médicos, estos dos grandes grupos de elementos

representan la materia prima fundamental y necesaria para la atención médica, sin los cuales literalmente el cumplimiento del objeto misional de las entidades sería imposible. (Ver siguiente Grafico)

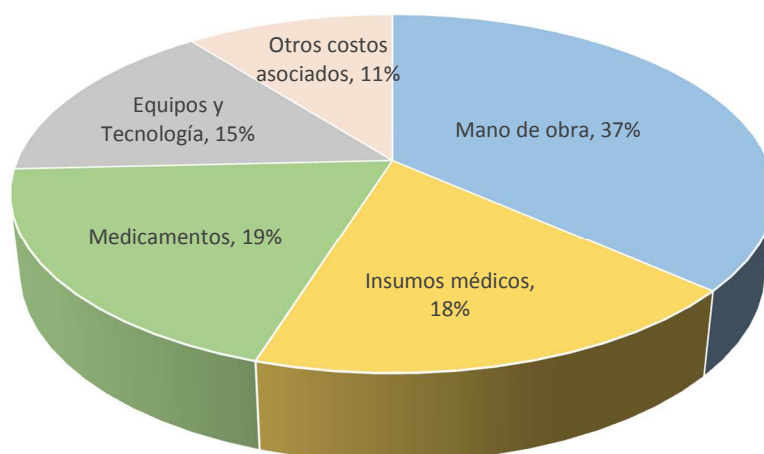


Grafico 1: resultados pregunta número 20, fuente: elaboración propia del autor.

6.2 Costos de Mano Obra

6.2.1 Resultados pregunta No. 5: ¿Elaboran análisis de productividad de la mano de obra a partir de la información de costos? En esta categoría se puede establecer que un alto porcentaje nunca y casi nunca tienen en cuenta índices para establecer relaciones de productividad, a pesar de que las principales actividades que desarrollan en los hospitales están relacionadas con la prestación de servicios profesionales que involucra la aplicación de recurso humano, conocimiento y dominio de una especialidad.

Por el contrario el 28% de los encuestados manifiesta que utiliza múltiples índices, bases e indicadores de asignación para el cálculo de los costos de las actividades que se realizan en las entidades especialmente el nivel profesional especializado que concentra los mayores costos de la mano de obra. Seguidamente el 17% de los encuestados afirma que casi siempre utiliza indicadores para medir los costos de la mano de obra, sin embargo, aunque aducen utilizar indicadores no registran variaciones mensuales dentro de la contabilidad o en algún sistemas de costos, esta misma particularidad sucede con el 11% restante que eventualmente utilizan los costos para establecer relaciones directas de contratación y seguimiento a la mano de obra.

Es importante mencionar que la pregunta 5 se encuentra correlacionada y debidamente estructura con la pregunta número 20 que consulta ¿Cuál es la participación de cada uno de estos rubros sobre el total de los costos de producción? De esta relación se puede concluir que el 37% de los costos totales de producción de las entidades analizadas son destinados a la mano de obra. Sin embargo a pesar de este porcentaje solo el 28% de los encuestados reconocen analizar la información de la mano de obra con relación a la producción, y el 72% restante eventualmente la utilizan, o nunca es tenida en cuenta, situación que demuestra que no existe una coherencia entre lo contratado, la productividad y los márgenes de utilidad que cada profesional aporta al total de los recursos de la entidad, a pesar de que el principal elemento del costo en este tipo de entidades es el capital humano que para efectos de costos está representada por la mano de obra. (Ver Gráfico siguiente)



Gráfico 2: resultados pregunta número 5, fuente: elaboración propia del autor.

6.3 Costos Indirectos de fabricación

6.3.1 Resultados pregunta No. 6: ¿El área financiera de la entidad tiene definido el porcentaje de costos indirectos para la distribución del costo? Sobre la pregunta, el 33% de los encuestados conoce el valor que se le asigna a los costos indirectos de fabricación al interior de la entidad, tal como lo ilustra el siguiente gráfico.

Considerando que los costos indirectos, es uno de los tres principales elementos del costo y quizás el más representativo, debido a las diversas dificultades para establecer la base de asignación, dado que muchos de los costos en que incurre la entidad no son fácilmente relacionado con el elemento generador, asignándolos por acomodación a los costos indirectos, los encuestados no dan explicaciones amplias ni fundamentadas sobre las bases de asignación o

los métodos utilizados para establecer dicho porcentaje, lo cual no da veracidad sobre si el porcentaje asignado representa el porcentaje real para la entidad. Mientras que el 67% no conoce el porcentaje asignado.

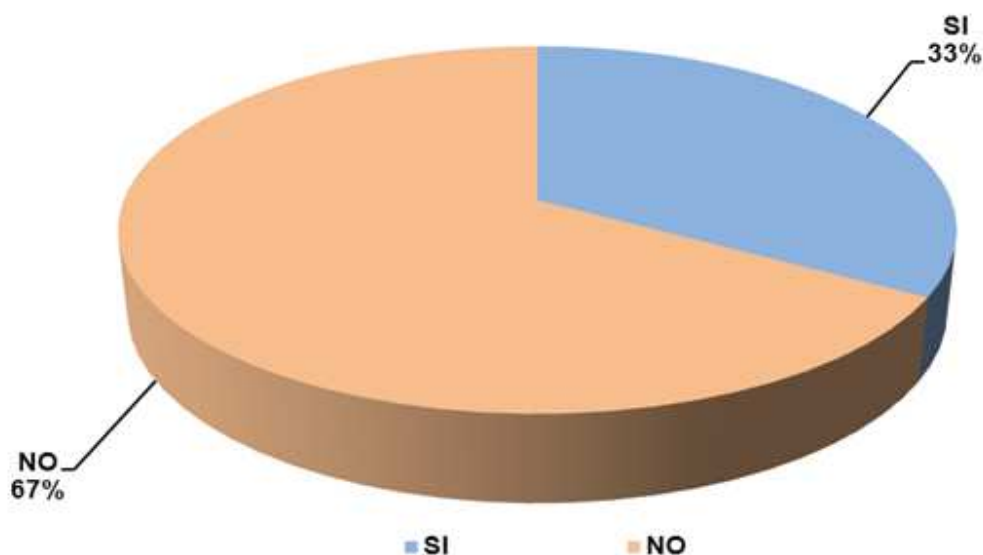


Gráfico 3: resultados pregunta número 6, fuente: elaboración propia del autor

6.3.2 Resultados pregunta No. 7: ¿Cuál es el porcentaje de costos indirectos definidos por la entidad? Si bien es cierto que los encuestados reconocen la importancia de los costos indirectos dentro de la actividad productiva de las entidades, es importante mencionar que existe cierto desconocimiento sobre la manera de adjudicar los porcentajes y establecer las bases reales y confiables para definir la aplicación de los costos indirectos. Consultar Gráfico siguiente.

Al analizar detalladamente las decisiones que se toman con base en la información de los costos indirectos, se puede concluir que no existe al interior de las entidades una verdadera

identificación de los costos indirectos, debido a que el 83% de los encuestados reconocen la importancia de los costos indirectos dentro del proceso misional de cada entidad, pero solo el 33% manifiestan conocer el porcentaje que destina la entidad para los costos indirectos.

El porcentaje definido por las tres entidades para los costos indirectos es del 10%. Dicho porcentaje obedece a que las entidades no logran establecer la totalidad de los costos directos para la prestación de los servicios por lo tanto asignan una base sin criterios para tal propósito.

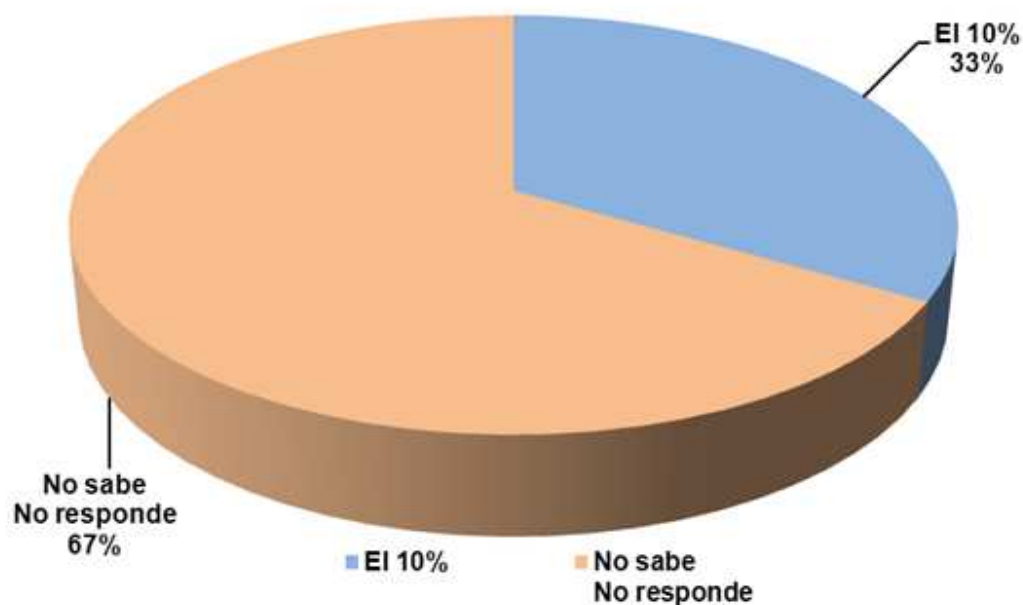


Gráfico 4: resultados pregunta número 7, fuente: elaboración propia del autor.

6.3.3 Resultados pregunta No. 14: ¿Los gastos de administración se distribuyen a las unidades funcionales? Para analizar esta pregunta es necesario definir primero qué es una unidad funcional: por ésta se entiende el conjunto de actividades que se desarrollan en torno a un mismo componente y que lleva inmerso un proceso administrativo de planeación, organización,

integración, dirección y control, bajo las directrices establecidas por la gerencia, por lo tanto la estructura funcional de cada entidad está conformada por distintos departamentos con sus respectivas funciones, cada entidad es diferente por la estructura organizacional y la forma como se articulan las demás áreas.

Al respecto se pudo establecer, como lo indica la Grafico, que el 61% de los encuestados manifiestan que los gastos de administración si se distribuyen en las unidades funcionales, lo cual equivale a decir que cada unidad conoce los gastos incurridos en un periodo de tiempo determinado; es decir, a nivel general facilita la identificación de los gastos incurridos y permite establecer un nivel de presupuesto para cada unidad funcional, al igual que políticas de control, austeridad y uso eficiente de los recursos.

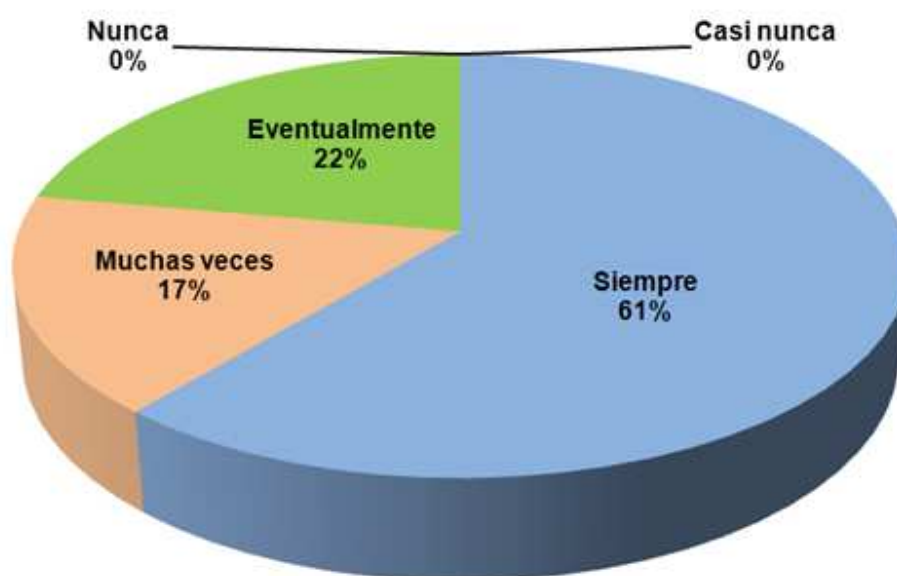


Grafico 5: resultados pregunta número 14, fuente: elaboración propia del autor.

6.3.4 Resultados pregunta No. 15: ¿Cómo se realiza la distribución de los gastos

administrativos? En la pregunta número catorce analizada anteriormente, se indagaba sobre si la entidad distribuye los gastos en unidades funcionales, ahora con la pregunta número quince se pretende complementar la manera cómo se realiza dicha distribución. Los datos que arroja el Gráfico aclaran estas situaciones.

Es contundente que entre el 39% de los entrevistados utilizan diferentes criterios de distribución, el 33% un solo criterio para lo administrativo y el 28% usan varios criterios de distribución; esta es la razón por la que los centros de costos varían de una entidad a otra entidad por cuanto los niveles de administración son diversos e incluso pueden variar a través del tiempo.



Gráfico 6: resultados pregunta número 15, fuente: elaboración propia del autor.

6.4 Relaciones entre los sistemas de costos y la toma de decisiones

6.4.1 Resultados pregunta No. 1: ¿Existe en la entidad un sistema de costeo

formalmente establecido? De las tres entidades analizadas el 67% de los funcionarios encuestados respondieron que en la entidad donde ellos laboran no existe formalmente un sistema de costos definido o establecido lo cual corresponde a mencionar que en dos entidades no aplican un modelo de costos como tal. Ver Grafico 7.

De otro lado, el hospital San Marcos de Chinchiná tiene en este momento un sistema de costos que le permite definir los costos por área de responsabilidad, esta es una tarea conjunta del área financiera, contable y las diferentes dependencias del hospital, quienes están desde hace varios años en el ejercicio de determinar y controlar los costos y gastos generados en cada área de responsabilidad.

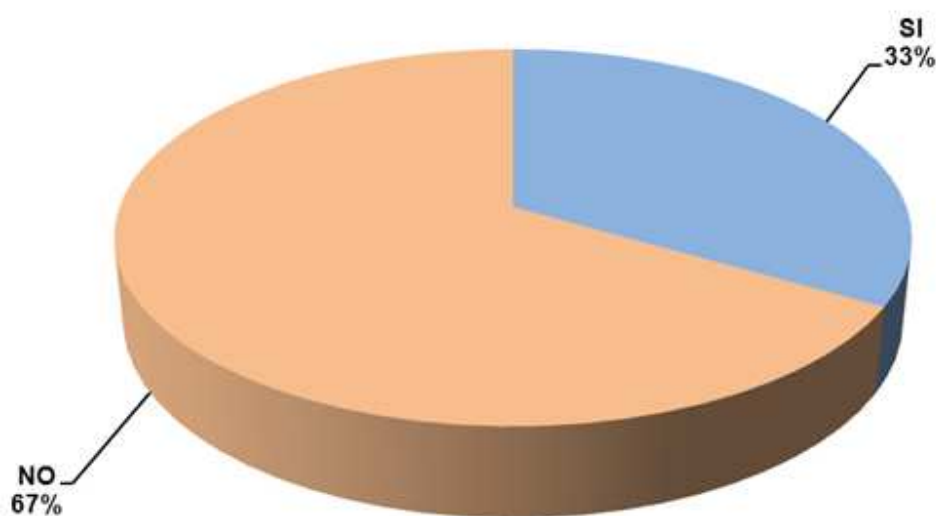


Grafico 7: resultados pregunta número 1, fuente, elaboración propia del autor.

6.4.2 Resultados pregunta No. 2: ¿El área financiera y contable de la entidad aplica el Plan de Cuentas tal y como está legalmente definido? El 50% de las entidades encuestadas no aplican el plan de cuentas tal y como lo ha definido las normas Colombianas en especial las establecidas por la Contaduría General de la Republica, El 28% restante aplica el plan de cuentas tal como está definido en la ley; el 22% de las entidades encuestadas aplican parcialmente el plan de cuentas que están obligadas a registrar.

Estos resultados demuestran que las empresas sociales del estado pertenecientes al sector público aunque deberían cumplir con el 100% de la normas por mandato legal, solo el 50% de las entidades encuestadas aplica de alguna forma el plan de cuentas de la Contaduría General de la Nación tal y como está definido. Lo cual es preocupante a la hora de generalizar un potencial sondeo. (Ver Grafico 8).

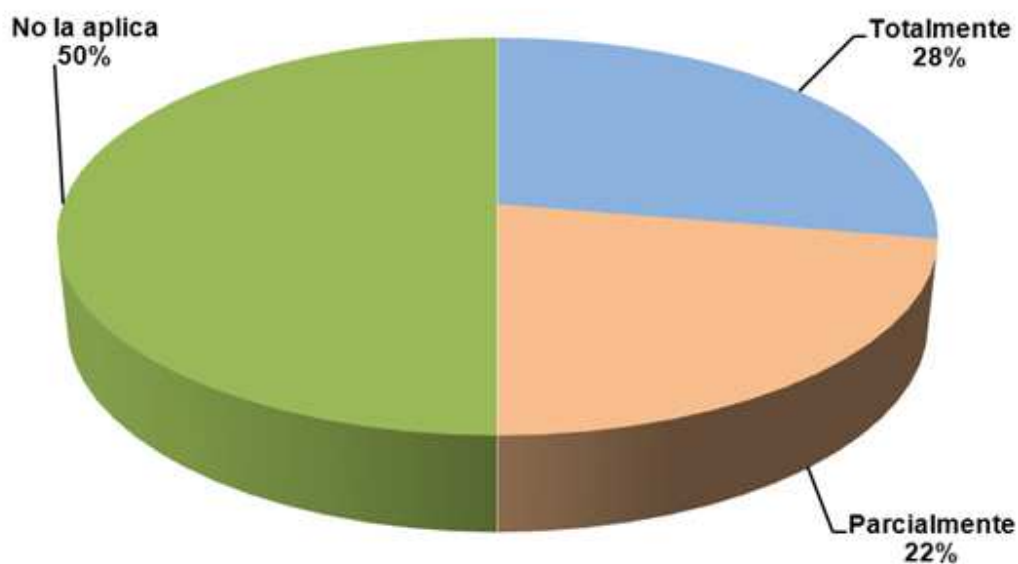


Grafico 8: resultados pregunta número 2, fuente, elaboración propia del autor.

6.4.3 Resultados pregunta No. 3: ¿El sistema contable de la entidad permite definir costos por áreas de responsabilidad? De las entidades de salud encuestadas, el 50% no maneja una estructura contable que le permita definir costos por áreas de responsables que componen la entidad, el 33% de las entidades tiene implementando este tipo de estructuras y el 17% restante reconocen que parcialmente cuenta con este tipo de clasificación interna de recursos, según los datos consolidados en la Grafico 9.

El objetivo de la pregunta es establecer si la entidad define áreas de responsabilidades y aplica un sistema de costos para mejorar la gestión y la toma de decisiones, determinando los costos unitarios de producción y el control en la prestación de servicios.

Es importante establecer que este primer bloque de preguntas se encuentra debidamente estructuradas y elaboradas de manera sistemática, con el fin de obtener conclusiones generales sobre si las entidades encuestadas presentan un perfil orientado hacia el manejo integral de los costos, tal como lo exigen las normas colombianas, en el marco de la Ley 100 de 1993 artículo 185.

Las preguntas 1 y 2 derivan en los resultados observados a la pregunta número 3 del cuestionario, a la que impactan como era de esperarse, pues si no se tiene un sistema de costos formalmente establecido pregunta número 1 y no se aplica el plan de cuentas legalmente definido pregunta dos 2, es difícil para la entidad poder definir costos por áreas de responsabilidad, pregunta 3.

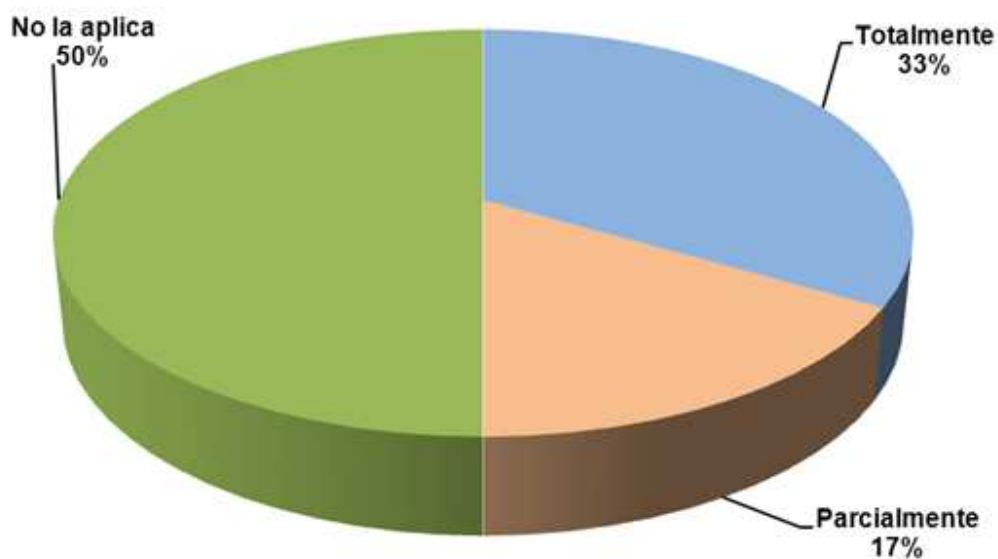


Gráfico 9: resultados pregunta número 3, fuente: elaboración propia del autor.

6.4.4 Resultados pregunta No. 4: ¿Qué información de costos de tipo legal o administrativa calculan? De las tres entidades de salud encuestadas, el 61% maneja una estructura donde calculan recursos de costos por centros de costos. El 28% de las entidades calculan o asignan recursos directos e indirectos a las diferentes áreas de responsabilidad que componen la entidad, el 11% restante no calculan ningún tipo de costos.

Domina estadísticamente entre los hospitales que un porcentaje alto de sus estructuras calculen los costos por centros de costos, lo cual es coherente con la facilidad de utilización del modelo; lo contrario obtener un porcentaje de cero, para calcular los costos por proyectos o actividades al interior de las entidades demuestra que los hospitales del departamento de Caldas del nivel II no han comenzado a incursionar en un modelo integral a base de actividades, a pesar de ser el modelo que mejor asigna los recursos. Véase la siguiente Gráfico.

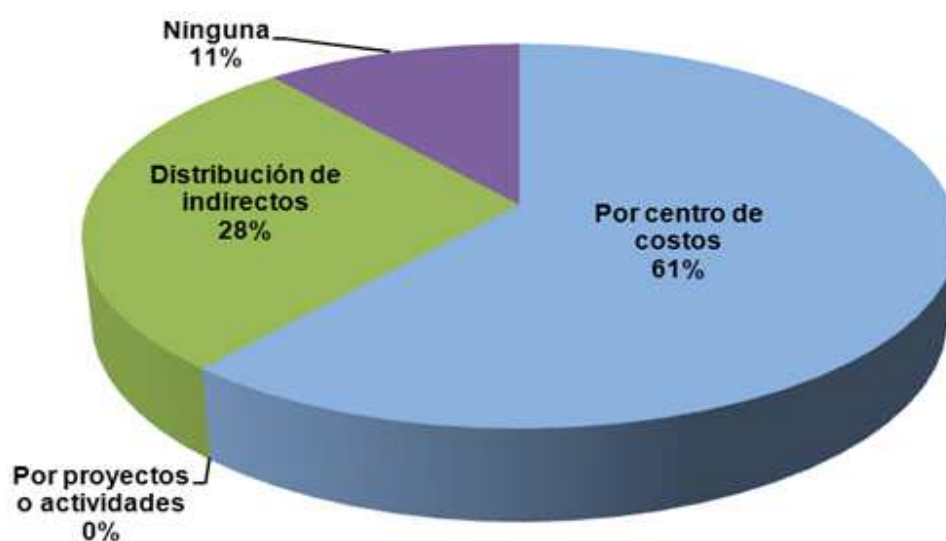


Gráfico 10: resultados pregunta número 4, fuente: procesamiento propio del autor.

6.4.5 Resultados pregunta No. 6: ¿Cuál de los siguientes sistemas de costeo considera que es el más utilizado en la entidad? Esta pregunta es importante porque permite reconocer el nivel de aplicación que tienen las entidades frente a las diversas metodologías de costos existentes ante lo cual se evidencia, que ninguna de las tres entidades aplican metodologías de costos comunes en otras entidades de salud a nivel nacional o internacional debido a que la base fundamental de distribución es la prestación de servicios médicos, como son grupos de diagnóstico, patologías y costeo ABC.

Las respuestas posibilitaron colegir que los sistemas de costos por procesos dominan en unos 72%, seguidos del sistema estándar con un 28% siendo estos cualitativamente los más comunes entre las entidades hospitalarias del departamento.

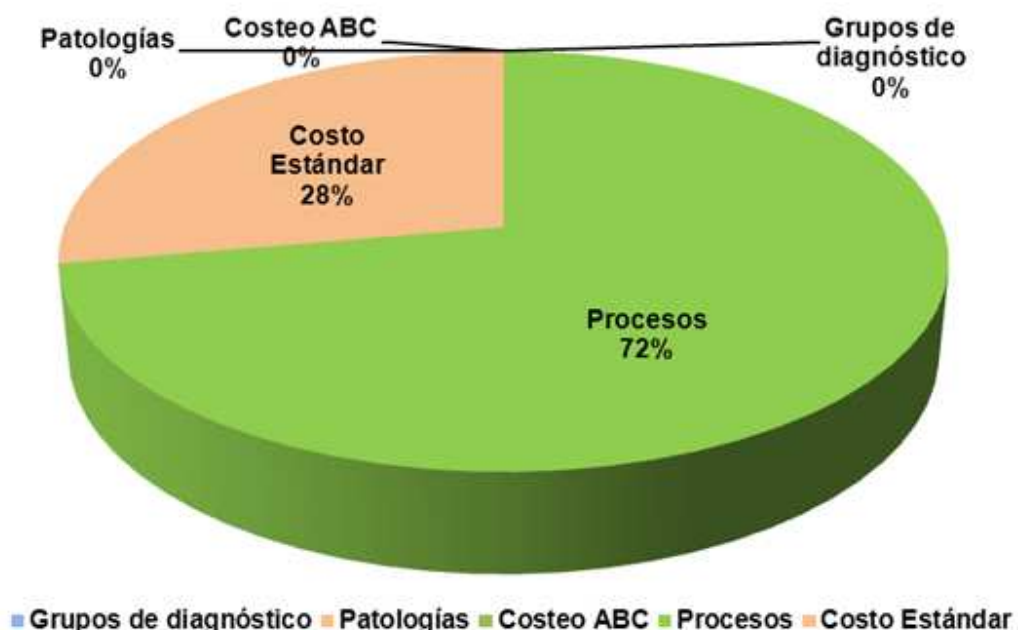


Gráfico 11: resultados pregunta número 6, fuente: elaboración propia del autor.

6.4.6 Resultados pregunta No. 9: ¿Cuáles han sido los principales obstáculos para la implementación del sistema de costos de la entidad? Unas de las principales dificultades que manifiestan los encuestados, coherentes con las afirmaciones pronunciadas por los gerentes de la entidades en las entrevistas realizadas permiten concluir que los principales obstáculos para la implementación de un sistema de costos (pregunta número 9), está directamente asociada a la falta de recursos económicos, debido a que reconocen que implementar un sistema de costos demanda tiempo, capacitación e inversión, porque al ser un sistema transversal a los demás procesos de la entidad, se requiere un mayor compromiso de toda la entidad y un cambio en la políticas de dirección y planeación.

Otro de los principales motivos de desinterés para invertir en sistemas de información de costos, obedece a que las entidades no visualizan una recuperación inmediata de la inversión, asociada a la falta de exigencias de carácter legal que obliguen a su implementación. Véase Gráfico 12.

Se puede corroborar entonces, que los hospitales del nivel II del departamento de Caldas han realizado mínimos esfuerzos por implementar un verdadero sistema de información de costos que agregue valor a los procesos, y permita establecer las nuevas cartas de navegación de la administración, teniendo como eje articulador una metodología basada en costos que contribuya a tener mejores condiciones económicas a partir del uso eficiente y eficaz de los recursos.

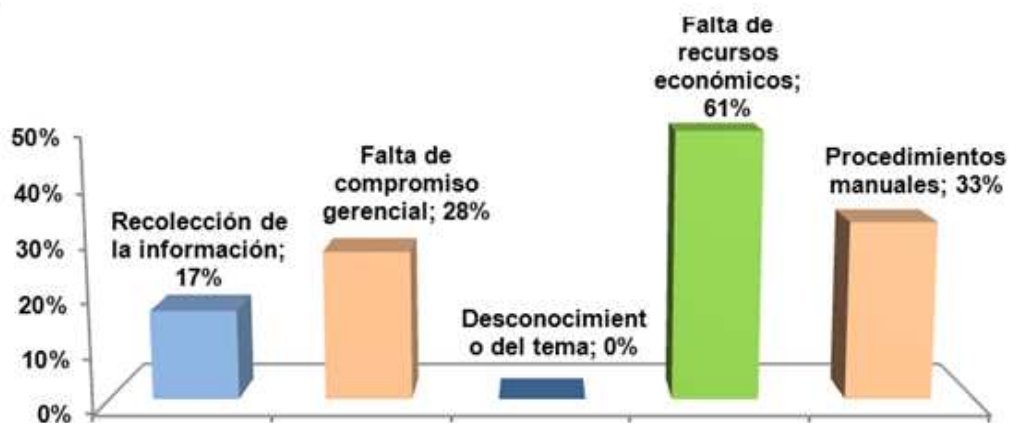


Gráfico 12: resultados pregunta número 9, fuente: elaboración propia del autor.

6.4.7 Resultados pregunta No. 10: ¿Cuáles son los principales usuarios de la información generada por el sistema de costos? De acuerdo a los datos arrojados por la encuesta, en relación a la pregunta 10 el área de contabilidad con un 39% es el principal usuario de la información de los costos, seguido de los jefes de área con el 28% y el subgerente financiero y la gerencia con el 17% respectivamente, lo cual demuestra que los fines esenciales de la información de costos posee un carácter netamente contable y de registro al interior de la entidad y no se encuentra debidamente articulada con la toma de decisiones a nivel estratégico de la administración.

Podríamos considerar que la información de costos, genera aportes a la contabilidad de las entidades, si esta es entendida desde el concepto amplio que proponen Sáez, Fernández y Gutiérrez (1994) lamentable la contabilidad desarrollada en las entidades analizadas es enfocada solamente al registro contable.

Sáez, et al., (1994) establece que:

La Contabilidad de Dirección Estratégica es la rama de la contabilidad de gestión, que suministra información financiera y no financiera, cualitativa y cuantitativa, dirigida a los distintos niveles jerárquicos de la organización, relativa a las variables internas de la empresa con contenido estratégico, así como a las de su entorno, con el fin de establecer un plan de actuación estratégico y su posterior control. (p.61)

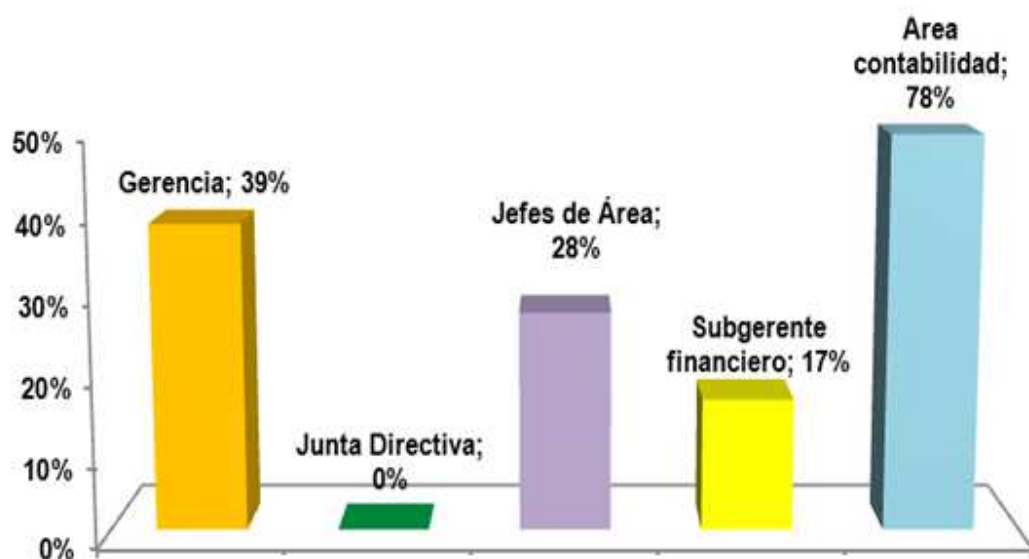


Gráfico 13: resultados pregunta número 10, fuente: Elaboración propia del autor.

6.4.8 Resultados pregunta No. 11: ¿En la entidad se toman las decisiones con base en la información de Costos? Sólo el 28% de los encuestados manifiesta que muchas veces en la entidad se toman decisiones con base en la información de costos, incluso que estas se discuten en las reuniones institucionales, pero el 72% restante no consideran relevante la toma de decisiones con base en los costos; el 17% manifiesta que nunca se tiene en cuenta los costos para aprobar alguna decisión al interior de la entidad.

Estas afirmaciones demuestran que la función principal de los costos cual es brindar información para la toma de decisiones no cumple los objetivos fundamentales para los cuales se prepara, la falta de socialización de los resultados obtenidos en cada periodo, demuestra la ausencia de una verdadera cultura de costos al interior de la entidad; pasos que son

fundamentales para alcanzar un manejo óptimo de los principales componentes del costo como son, la mano de obra, materia prima indirecta y los costos indirectos. Ver siguiente Grafico



Gráfico 14: resultados pregunta número 11, fuente: elaboración propia del autor.

6.4.9 Resultados pregunta No. 12: ¿Cuáles son las principales decisión en que se toman con la información de Costos? Como se ha venido expresando páginas atrás, muchas de las decisiones que afronta las entidades son tomadas si fundamento en los costos, la pregunta número 12 permitió establecer que el 39%, de los encuestados afirma que las principales decisiones que se toman con base en los costos, tienen que ver con la ampliación y reducción de servicios, por otro lado el 22% manifiestan que utilizan la información de costos para tomar decisiones relacionadas con el endeudamiento de las entidades, le sigue con un porcentaje igual del 17% respectivamente, para tomar decisiones relacionadas con adquisiciones de bienes y

contratación; por último solo uno de los encuestado manifiesta que los costos le sirven para tomar decisiones relacionadas con el cierre de servicios a las EPS. Véase Grafico 15.

Si se considera que un sistema integral de costos debe permitir consolidar la información de tal manera que esta sea útil y se convierta en un insumo fundamental al momento de tomar decisiones, es válido afirmar que cada encuestado responde la pregunta desde el nivel ocupacional que desempeña dentro de la organización, por lo tanto todas la respuestas consignadas poseen total validez dentro de la entidad, sin desconocer que cada empresa es un universo de información que difiere de las otras entidades, por la particularidad y la composición administrativa y financiera de cada una.

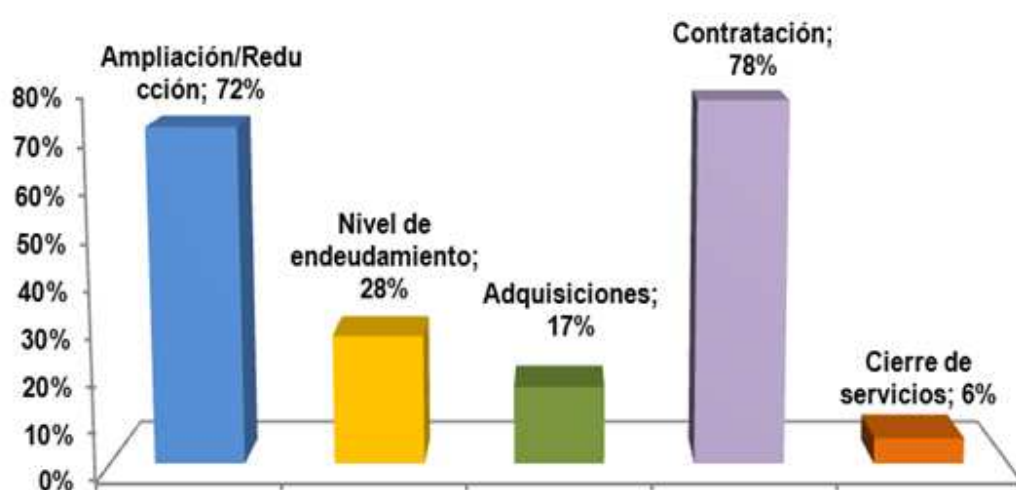


Grafico 15: resultados pregunta número 12, fuente: elaboración propia del autor.

6.4.10 Resultados pregunta No. 13: ¿La información contable se incluye para el cálculo de los costos? Esta pregunta presenta plena coherencia con la pregunta 10 descrita anteriormente, la cuales fueron diseñadas de tal forma que permita comprobar la validez y confiabilidad de la respuesta otorgadas.

Se puede resumir que más del 70% de los encuestados realizan una asociación directa de los costos con el área contable de la entidad, y consideran que la principal fuente de información, asignación y clasificación de costos está directamente vinculada con la información contable almacenada. Aún, siguen existiendo paradigmas por varios profesionales del área contable que consideran que los costos son parte fundamental de la contabilidad; pero ante la carencia de un sistema integral que permita registrar de manera independiente los costos, siempre será el departamento de contabilidad el encargado de brindar bien o mal una clasificación de los costos.

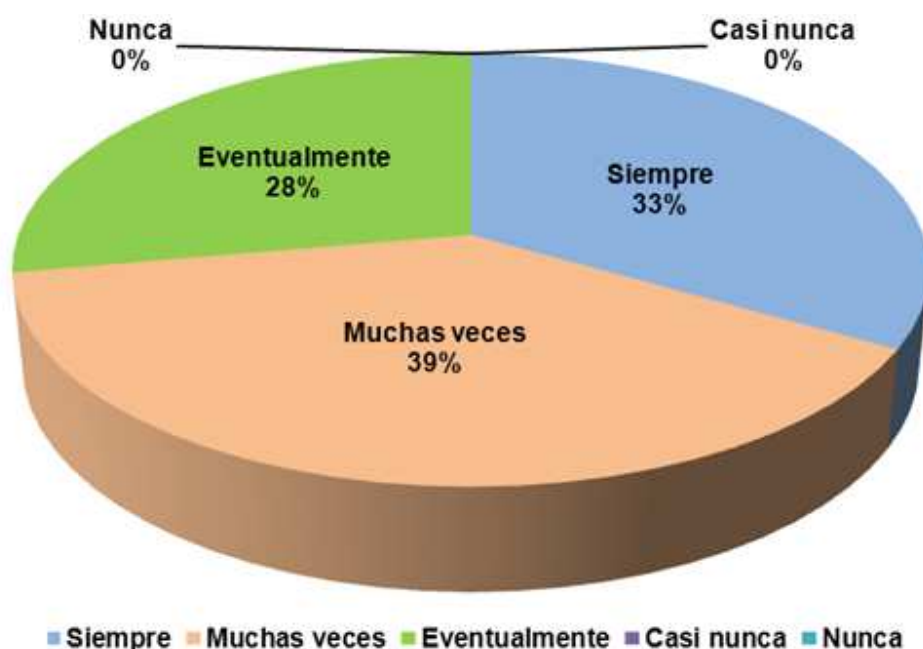


Gráfico 16: resultados pregunta número 13, fuente: elaboración propia del autor.

6.4.11 Resultados pregunta No. 16: ¿Los informes de costos se incluyen como tema a tratar en reuniones institucionales? Analizada la pregunta se puede concluir que el 39% manifiesta que nunca o casi nunca los informes de costos están presente en ninguna reunión formal de la entidad. De igual forma, los gerentes en la entrevistas reconocen que los costos no son tenidos en cuenta para debatir temas de interés en la reuniones. El 39% manifestó que eventualmente son tenidos en cuenta dependiendo del tema motivo de análisis, y el 22% que casi nunca son considerados importantes o relevantes dentro de los temas de discusión de las entidades. Por lo tanto para poder lograr que los objetivos derivados de la implantación de un sistema integral de costos se cumplan, se debe dar, indudablemente, un cambio de cultura en la entidad, en el que se permita y faculte a todo el personal expresar sus opiniones y criterios en materia de costos, y se concedan lo espacios respectivos para la divulgación y discusión con relación a los informe de costos. Para una mayor ilustración ver la siguiente Grafico.

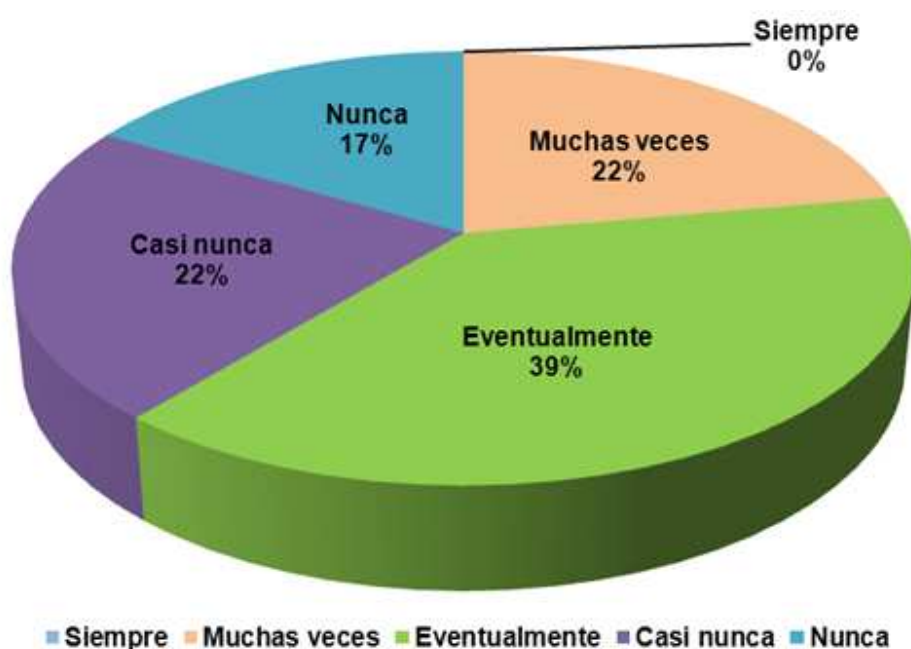


Grafico 17: resultados pregunta número 16, fuente: elaboración propia del autor.

6.4.12. Resultados pregunta No. 17: ¿La entidad cuenta con un software para la gestión de la información de costos? El 83% de los encuestados reconoce que en la entidad donde labora no existe un software de costos que permita el procesamiento y cálculo de los costos. El 17% restante manifiesta que la información es recolectada en hoja de cálculo Excel y posteriormente ingresada a los módulos de contabilidad para la determinación de los centros de costos. Véase siguiente Grafico.

Es importante mencionar que en el mercado no existen muchos software para el procesamiento de la información de costos en entidades de salud, lo cual dificultada su adquisición. Existen otros programas de costos de aplicación general pero no son muy recomendados debido a que no brinda posibilidades de acoplarse a las condiciones del sector salud. Adicionalmente se encuentra estructurados principales en los modelos de costos por procesos y estándar y no permite el manejo de modelos ABC con todo lo que ello implica.

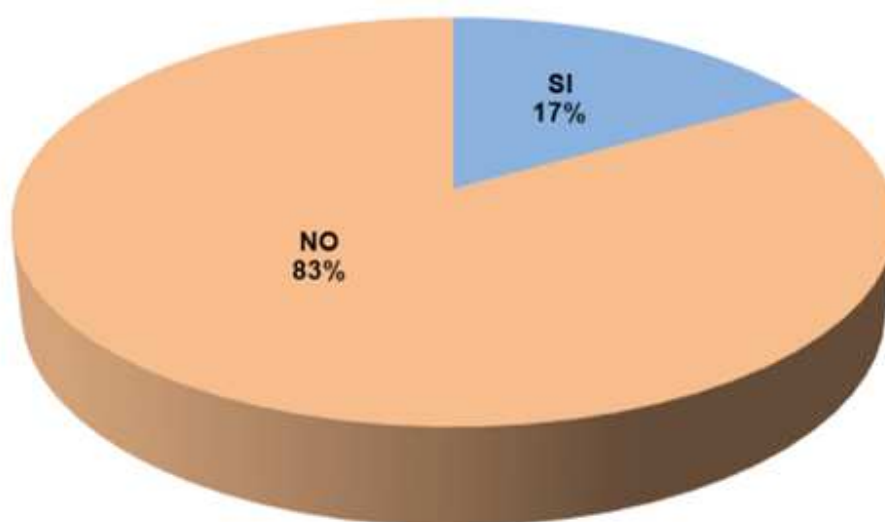


Grafico 18: resultados pregunta número 17, fuente: elaboración propia del autor.

6.4.13 Resultados pregunta No. 18: ¿Elaboran análisis de costos a partir de indicadores?

De acuerdo con la Grafico expuesta, el 45% de los encuestados afirmaron que no elaboran análisis de costos a partir de indicadores, el 39% lo hace eventualmente y solo el 17% reconoce que muchas veces utiliza indicadores. Esta relación permite establecer que la medición de los costos no se realiza con base en criterios de medición. La ventaja de implementar criterios de medición es que permite planificar con mayor certeza y confiabilidad y precisión las oportunidades de mejora de un proceso permitiendo analizar y explicar cómo han sucedido los hechos y su comportamiento histórico. Al no existir una medición con base en indicadores no se puede determinar si un proyecto o una entidad están siendo exitosos o si están cumpliendo con los objetivos.

La medición no solo puede entenderse como un proceso de recoger datos, sino que debe insertarse adecuadamente en el sistema de toma de decisiones; los indicadores son utilizados de manera frecuente para evaluar desempeño y resultados. Es decir así la entidades demuestre estar aplicando conceptos de costos es fundamental realizar indicadores de gestión que permitan determinar el nivel de cumplimiento de los objetivos y plantear acciones de recuperación y de mejora en el corto y largo plazo. Carecer de esta herramienta es estar vulnerable frente a sesgos al momento de determinar en qué medida la organización está logrando los objetivos estratégicos.

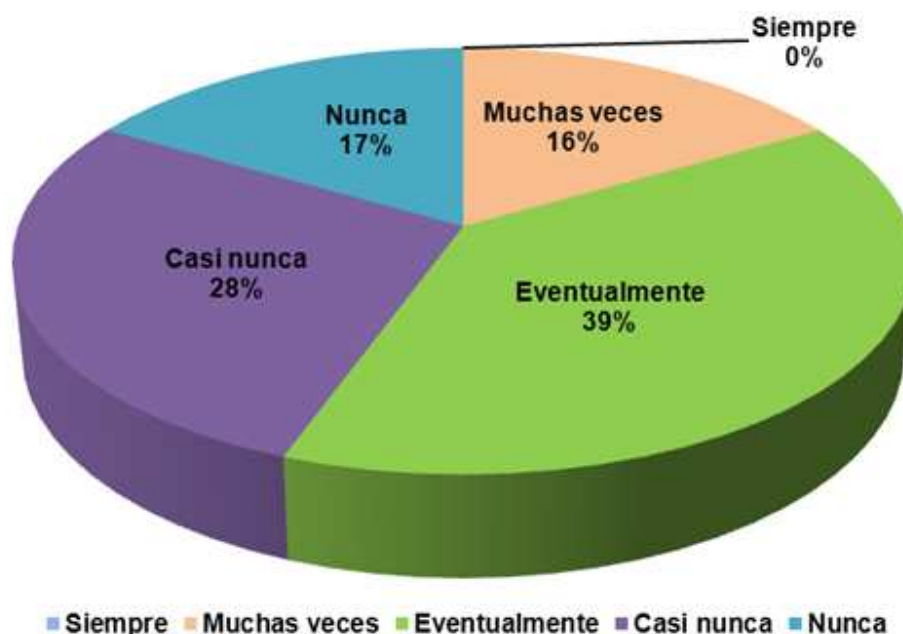


Gráfico 19: resultados pregunta número 18, fuente: elaboración propia del autor.

6.4.15 Resultados pregunta No. 19: ¿La entidad prepara información de costos para entes externos? Considerando que las entidades objeto de la presente investigación corresponde al mismo nivel de complejidad en atención, nivel II, y jurídicamente se encuentra ubicadas dentro del grupo de las Empresas Sociales del Estado y de territorialidad, les aplica la misma normatividad y condiciones de regulación y control. La Gráfico que sigue destaca básicamente la imprecisión de las respuestas debido a que el 56% manifiesta que si presentan informes para entes externos, mientras que el 44% manifiesta que la entidad no reporta ningún informe relacionado con costos.

No obstante a pesar de existir las normas y de estar en vigencia la aplicabilidad de los costos para el sector salud, no existe un organismo de control que de estricto cumplimiento a lo

encomendado en la ley; la información de costos que generan las entidades de salud no tiene ninguna utilidad para la toma de decisiones en las entidades encargadas de la vigilancia, regulación y control del sector salud en Colombia, esto resume en gran parte el resultado de las preguntas anteriores y el desconocimiento y falta de aplicabilidad de un sistema integral de costos. Los datos arrojados en la Grafico expresan cuantitativamente lo dicho hasta ahora.

Las entidades encuestadas eventualmente preparan informes de costos para otras entidades externas tales como entidades prestadoras de salud (EPS), alcaldías, contralorías y en algunos casos para la superintendencia de salud, pero dicha información es analizada de manera independiente y particular por cada entidad, no existe un análisis multisectorial que permita definir políticas y planes de acción a largo plazo tal y como se hace en otros países.

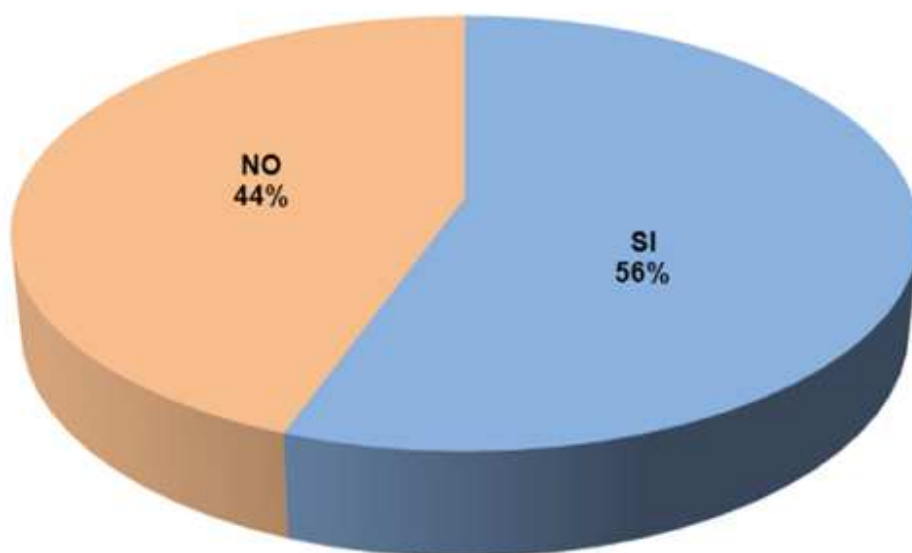


Grafico 20: resultados pregunta número 19, fuente: elaboración propia del autor.

6.5. Resultados por hospitales

6.5.1 ESE Hospital San Félix. El área financiera del hospital San Félix de la Dorada cuenta con un coordinador financiero, tesorero, líder de presupuesto, líder de contabilidad, líder de cartera y costos y revisoría fiscal. En términos generales el área se encarga de la elaboración de presupuestos, elaboración de informes para entidades de control, informes para gerencia y junta directiva del hospital, de la administración y la gestión de toda la información financiera de la entidad, causar controles sobre gastos y costos de cada área del hospital, elaborar análisis de cartera, informes de glosas y la administración y la gestión de toda la información contable.

Orgánicamente también concurren comités de compras, de presupuesto, de cartera y tesorería, empero, no existe un comité de costos como tal, el área responsable se encarga de elaborar los informes de costos pero no son discutidos en reuniones o comités con las otras áreas o dependencias. La información del área la centraliza el director financiero, el cual elabora los resúmenes y las presentaciones que se entregan a la gerencia, adicionalmente no se disponen de análisis detallado de costos compartidos y discutidos con la gerencia, a pesar de que ésta considera necesario o prioritario el tema de costos, otras prioridades son el área asistencial y de calidad.

Las comunicaciones se realizan periódicamente sin regularidad en el tiempo al no pautarse reglamentos establecidos para fechas de entrega o fechas de comités. La eventualidad en los informes y los comités no se ve como una amenaza por parte de la gerencia debido a que el director financiero posee el conocimiento de toda la información.

Una parte de la información contable no está validada por el área financiera debido a la carencia de un software apropiado que integre la información contable y financiera, relacionada con los costos. El no compartir una plataforma común distorsiona la información que posee contabilidad sobre los costos institucionales, la cual define los criterios de costos a partir de centros de costos y las bases de asignación para la distribución de costos que son utilizados por el área financiera pero que contabilidad no maneja.

6.5.2 ESE Hospital Felipe Suarez. El hospital Felipe Suárez de Salamina posee un área financiera compuesta por un director financiero, secretaria, tesorero, coordinador de presupuesto, contador, coordinador de cartera y un profesional de compras. El área financiera tiene en términos generales las responsabilidades de elaborar los presupuestos, los informes para entidades de control, para gerencia y la junta directiva, es responsable de la administración y la gestión de toda la información financiera y contable del hospital; efectúa los controles sobre los costos y gastos de las diferentes áreas de la entidad, y periódicamente elabora los análisis de cartera y de compras.

La entidad cuenta con un sistema de información integrado cuya plataforma le permite compartir información a las áreas contables y financieras, principalmente en el tema de costos y gastos que son los ítems más importantes para la gestión financiera del hospital. Sin embargo, los informes de costos no son elaborados de forma conjunta y no cuenta con un comité de costos que discuta y analice el tema periódicamente. La gerencia es informada acerca del tema de los costos y gastos por el director del área financiera, cuando ésta lo solicita. No hay regularidad en los informes pero son muy utilizados por la gerencia para la toma cotidiana de decisiones. Muchos

datos son tomados generalmente del departamento de calidad y del área asistencial, los cuales generalmente se priorizan para las tomas de decisiones.

El software que utiliza la entidad no obstante ofrecer la posibilidad de integración de las diferentes áreas en la plataforma, no está del totalmente actualizado y presenta obsolescencia en algunos módulos; esta situación se mantiene debido a que el hospital no cuenta con recursos para actualizar el software o comprar otro paquete informático más actualizado. Igualmente se observa que algunas operaciones y proceso compartidos deben ser realizados de manera manual, lo que conlleva tiempo y recursos, y genera la posibilidad de incurrir en riesgos por errores en la digitación y en la transferencia de datos.

En el reglamento de funciones del área financiera no se contempla la realización periódica en determinado tiempo de los comités existentes. Los comités fueron creados mediante resoluciones y aunque contiene las fechas de reunión, no se contemplaba la necesidad de efectuar comités de manera periódica tal como lo exigen las nuevas condiciones del mercado en el sector de la salud. Se mantiene una política abierta respecto a la actualización e información permanente del tema de costos y gastos, como medida de control, de gestión y para evitar volver a un posible riesgo financiero.

Existen comités de compras, de presupuesto, de cartera y tesorería, pero no existe un comité de costos como tal, el área responsable se encarga de elaborar los informes de costos pero solo algunos son discutidos en reuniones o comités con las otras áreas o dependencias. La información del área la centraliza el director financiero, el cual elabora los resúmenes y las

presentaciones que se entregan a la gerencia, no existe un análisis periódico de costos que sea compartido y discutido con la gerencia, a pesar de que considera necesario o prioritario el tema de costos, otras prioridades son el área asistencial y de calidad.

Las comunicaciones se realizan periódicamente sin regularidad en el tiempo, no existen pautas o reglamentos establecidos para fechas de entrega o fechas de comités, los cuales se reúnen en ciertos periodos de tiempo. La eventualidad en los informes y los comités no se ve como una amenaza por parte de la gerencia debido a que el director financiero posee el conocimiento de toda la información y hacen partes de las actividades cotidianas de la entidad las cuales se cumplen a cabalidad en los tiempos establecidos.

Una parte de la información contable no está homologada con el área financiera debido a la ausencia de un software apropiado que integre la información contable y financiera, especialmente en el tema de los costos. El no compartir una plataforma común desGrafico la información que posee contabilidad sobre los costos institucionales, la cual define los criterios de costos a partir de centros de costos y las bases de asignación para la distribución de costos que son utilizados por el área financiera pero que contabilidad no maneja.

6.5.3 ESE Hospital San Marcos. Cuenta con un área financiera conformada por los siguientes colaboradores: un coordinador financiero, un coordinador médico que se encarga de toda la parte asistencial, un tesorero, un líder de presupuesto, un líder de contabilidad, un líder de cartera y una revisora fiscal. Todos se ubican dentro de una misma área física lo que facilita y agiliza la gestión y el flujo de información que se genera en el departamento. Otras áreas hacen

parte de la estructura administrativa como son el departamento de compras y mantenimiento, con los que se comparte información.

El área financiera y contable se encarga de la elaboración de presupuestos, elaboración de informes para entidades de control, para gerencia, la junta directiva del hospital; la administración y la gestión de toda la información financiera de la entidad, lleva también el control sobre gastos y costos de cada área del hospital, elaborar análisis de cartera, informes de glosas y la administración y la gestión de toda la información contable.

El departamento de calidad del hospital tiene establecidos y conformados los comités de compras, tesorería, contabilidad, presupuesto, cartera y financiero, los cuales se reúnen de manera permanente y de ser necesario analizan los temas en conjunto con las áreas involucradas en cada caso. La finalidad de los comités es evaluar la información y los análisis de las situaciones que se presentan para rendir informe a la gerencia principalmente, y cuando la junta directiva lo solicite, por ejemplo en los casos de inversiones considerables y compromisos de activos importantes.

En la entidad existe un programa que permite la integración de las áreas financiera y contables desde una plataforma denominada SIFAS, el programa está adecuado de tal forma que cuando se genera una factura esta se registra automáticamente en contabilidad quien hace el registro y trasmite la información mediante interfaces a la parte financiera. La integración de la información le ha permitido a este hospital contar con información ágil, oportuna y efectiva para la toma de decisiones vitales para el funcionamiento adecuado de la entidad.

Los informes generados por el área financiera y contable se presentan de manera regular y permanente a la gerencia para que evalúe, y mediante el respectivo análisis efectúe la toma de decisiones de la manera más apropiada posible y garantizando un menor costo y una mayor rentabilidad para el hospital, sin menoscabo de la calidad o el servicio, ya que los informes son socializados con anterioridad con todas las áreas, antes de llevarse a la gerencia.

La gerencia constantemente está evaluando el comportamiento el área financiera a través de un plan operativo anual denominado POA, el cual es estructurado bajo indicadores y monitoreado mediante la aplicación un tablero de control por colores. (Balance Score Card). Esta herramienta permite realizar seguimiento al cumplimiento de metas y establecer acciones de mejora. Cada área debe construir los indicadores que por norma deben cumplir, además de los que la gerencia propone y cada área considere importante medir, con el fin de mejorar su nivel de eficiencia y satisfacción.

El área financiera es la responsable de elaborar la información para terceros y para las entidades de control, labor que se facilita y posee gran confiabilidad gracias al sistema de información y a la participación de las áreas involucradas en la elaboración de todos los informes. Los comités son coordinados generalmente por el área financiera y esto permite que los informes y los análisis resultantes de los comités estén articulados permanentemente con el tema de los costos y los gastos en la entidad, que en últimas es lo que define el comportamiento, la supervivencia y la viabilidad del hospital.

7. Discusión de los resultados

Según lo manifiestan los gerentes de las entidades a través de las entrevistas realizadas, el Ministerio de Salud y Protección Social busca garantizar, el aseguramiento y fácil acceso a los servicios de salud a todos los Colombianos, sin embargo, las exigencias que se presentan a partir de la puesta en marcha del programa de universalidad, demandan que se cuente con todos los insumos necesarios, medicamentos y profesionales disponibles para atender a la población.

En la actualidad, la principal dificultad para su implementación, radica en que el valor de los insumos, medicamentos y mano de obra profesional son altos, y los periodos de pagos relativamente cortos, la diferencia entre los tiempos de rotación del dinero por la demora en los pagos de las EPS y el pago oportuno a los proveedores genera desequilibrios económicos y sobrecostos adicionales por la pérdida de oportunidad para acceder a descuentos por pronto pago o compras de contado, lo cual termina incrementando el valor del precio final de las materias primas, que según la encuesta aplicada representan un valor significativo en la finanzas de la entidad y uno de los principales debates sobre el control de las materias primas en la toma acertada de decisiones.

A corto plazo, las reducciones en el consumo en la materia prima, presentan un ahorro principalmente en los costos variables de un hospital (guantes, insumos para el cuidado del paciente, medicamentos, catéteres intravenosos, reactivos de laboratorio entre otros), cuyo consumo está directamente ligado a la demanda en la prestación del servicio, por lo tanto es un

costo inherente a la productividad y al desempeño económico del hospital, de ahí la importancia en su clasificación y estimación como uno de los principales elementos del costo.

En concordancia con las entrevistas, los gerentes manifiestan diferentes estrategias relacionadas con la optimización de las materias primas que van desde el aprovechamiento de descuentos, promociones, compras escalonadas por lotes de producción, hasta la reducción o supresión de servicios debido a que los elementos necesarios para el procesamiento son superiores al precio final ofertados por las entidades compradoras, lo cual impide el libre desarrollo de la actividad económica, por lo tanto la materia prima es uno de los principales obstáculos para elevar el rendimiento de la entidades⁵.

Ofrecer servicios de salud con calidad aumenta la seguridad de los pacientes, pero también incrementa los costos asociados a la prestación: siempre existirán en el mercado materias primas, insumos y medicamentos de última generación y alta tecnología asociados a una mejor adhesión a los protocolos y guías médicas que garantizan un mejor tratamiento y efectividad en los resultados médicos; pero a unos costos superiores que el sistema general de salud en Colombia no garantiza además de los retrasos en la atención y la cantidad de trámites para recibir la autorización de un examen o un medicamento que según el plan obligatorio de salud (POS), solo contempla los medicamentos para enfermedades básicas.

⁵ En entrevista con el gerente del hospital de Salamina, manifiesta que las EPS, pretenden dar una cobertura adecuada a toda la población, lo cual implica la optimización de todos los recursos disponibles; es decir, más y mejores servicios a un menor costo.

Como es de conocimiento público cualquier hospital de carácter social está enfrentado a diversos problemas de gestión como los referidos al talento humano, debido a que la principal fuente para la obtención de los ingresos y la utilidad la genera justamente el capital humano. La empresa debe definir con claridad el personal idóneo en términos de habilidades, carácter y competencias que debe cumplir el profesional para desempeñar el cargo, por lo tanto se requiere fortalecer el clima laboral entre las entidades y los contratistas para que exista una mayor productividad y rentabilidad, en especial con la mano de obra de los médicos especialistas la cual tiene un peso representativo al interior de los hospitales, por la complejidad y el alto valor de cada procedimiento médico.

De todo esto se desprende que la mano de obra no es simplemente determinar el perfil que debe cumplir el contratista, su nivel de formación o experiencia laboral acreditada, se debe vincular con todo el esquema productivo del hospital y atarlos a unos niveles de eficiencia, rentabilidad y valor agregado.

De acuerdo con la pregunta sobre la elaboración de los análisis de productividad de la mano de obra a partir de la información de costos, examinada en el capítulo anterior, los costos de operación de la sola mano de obra abarca el 37% de los costos totales de un hospital, de los cuales el mayor porcentaje está conformado por el tiempo de médicos, enfermeras y especialistas que prestan sus servicios en el hospital convirtiéndose en mano de obra directa y en un costo fijo para el hospital. Por este motivo surge la importancia de estudiar los problemas del desempeño dentro de la empresa, con el fin de no comprometer la rentabilidad y sostenibilidad de la empresa.

Los resultados de las entrevistas develan también, que los costos fijos, representan un porcentaje alto en los hospitales; se deduce que el nivel de eficiencia que realmente necesita la entidad debe ser muy alto, ya que unos costos fijos elevados, asociados a niveles de improductividad generan efectos económicos negativos. Tautológicamente, sin mano de obra no hay prestación de servicios, y sin producción, no hay ventas de servicios y por ende no existirían recursos para respaldar los costos.

Otro análisis relacionado con la mano de obra, es que en Colombia la contratación formal tal como lo exige la normatividad es demasiado costosa, debido a que el Estado encarece la misma; trasladando obligaciones como son la seguridad social, los parafiscales y las prestaciones sociales anexas al salario. Es decir, todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio debe ser asumido por la entidad a través de la venta de servicios. Esto ha provocado que muchas organizaciones especialmente los hospitales utilicen modelos alternos de contratación como la prestación de servicios indirectos, las agremiaciones sindicales, cooperativas asociadas de trabajo y demás organizaciones con similitud de características con el fin de reducir los costos relacionados con los servicios personales.

Dentro del porcentaje que representa el talento humano en las entidades públicas, existen otros costos intrínsecos a la ejecución y realización de las actividades llamados costos ocultos de la calidad, los cuales son difíciles, sino imposible, a simple vista de valorarlos. Estos, se encuentran directamente relacionados con las fallas, y la ausencia de un programa efectivo de calidad, dichos costos son generados principalmente por las acciones y decisiones del factor humano afectando directamente a los pacientes que sufrirán reingresos, infecciones, re-consultas

y diagnósticos equivocados, entre otros. Una de las principales características de los costos ocultos de la calidad es que a largo plazo pueden convertirse en reclamaciones, pleitos, indemnizaciones, deterioro de la imagen del hospital, y reducción de las ventas, lo cual afectaría de manera directa la estructura funcional de la entidad.

Por tal motivo la entidad debe encaminar todos sus esfuerzos hacia la prevención de ineficiencias, ineficacias e ineffectividades y la mejora continuada de la calidad, buscando la minimización de los costos y la optimización del recurso humano lo cual representaría la condición más deseable para cualquier entidad de salud.

De acuerdo con el conjunto de los datos analizados se puede concluir que los encuestados no poseen claridad sobre la diferencia de términos entre lo que representa un recurso directamente vinculado a la prestación de un servicio y lo que se considera un gasto. Quizás por ser conceptualmente muy parecidos es frecuente la confusión entre los términos costo y gasto, debido a que los dos representan un egreso o salida de recursos con el fin de obtener un beneficio económico futuro; empero su principal diferencia radica que mientras el costo es un egreso para financiar un bien o servicio que generará un ingreso futuro, el gasto es un egreso que financia una actividad específica en beneficio de la entidad.

El no poseer criterios claramente definidos, previo un análisis para determinar e identificar las variables de distribución de costos, genera distorsiones al interior de la entidad. La fijación de un centro de costos implica, por norma general, que sea factible el registro de las acciones o actividades desarrolladas, que los recursos dedicados al servicio sean computables en la unidad y

finalmente que se disponga de un responsable del centro de costos. Las diferentes unidades funcionales, áreas o centro de costos se consolidan y se comparan a nivel interno con las demás y a nivel externo con otras entidades con el fin de establecer diferencias y niveles de producción y eficiencia.

Pero los hospitales no sólo necesitan recursos, también saber calcular bien su costos, se necesita un cambio de estructura organizacional y una verdadera cultura de alta gerencia, que permita interpretar la información financiera y de costos; se requieren líderes que sepan tomar decisiones adecuadas, que no movilicen la reducción ni la supresión de elementos del costo como única salida; se necesitan gerentes capaces de brindar alternativas de solución que vinculen todas la variables de calidad, oportunidad y eficacia en la prestación de servicios para garantizar la efectividad del tratamiento, la seguridad del paciente, al menor costo posible.

En cuanto a la confiabilidad de la información para la toma de decisiones es necesario aclarar un concepto importante “Por más que el sistema de costos utilizado sea conceptualmente el mejor, si la información recabada para el mismo no es fidedigna, los resultados no son confiables” (Montico & Laverde, 2003, p.13).

Los resultados obtenidos y analizados con la ayuda de las estadísticas discriminantes asintieron que de las tres entidades estudiadas el Hospital San Marcos de Chinchiná posee un avance y un sistema de costos parcialmente establecido, aunque presenta todavía debilidades en cuanto a la definición del costeo ABC, ya que no se encuentra implementado sistémicamente, adicionalmente utilizan dos modelos de costos simultáneamente por procesos y estándar. No

obstante, la mayoría de los empleados del área reconocen que existe un sistema de costos formal, aunque no se aplique y no sea totalmente operativo. Las demás entidades reconocen la existencia de un sistema de costos formalmente establecido, aunque muchos de los empleados no saben o no conocen de su existencia y la entidad no ha formalizado como tal el sistema de costos.

8. Conclusiones

Poder crear una perspectiva de la realidad de las instituciones hospitalarias del nivel II del departamento de Caldas, implicaba necesariamente llevar a cabo un trabajo de campo en el que se incluyera despejar inquietudes acerca de la existencia o no en las entidades de salud de sistemas de costeo y qué modelo de costos utilizan. Además de indagar sobre la percepción que poseen los colaboradores sobre la regulación contable y sobre la importancia de los costos, su registro, discriminación, y aplicación.

A partir de los resultados obtenidos se pudo concluir que las entidades hospitalarias objeto de estudio, no cuentan con un sistema de costos formalmente establecido, tal y como las normas lo determina, sino que además, esta situación deriva en que las áreas financieras de las entidades no ofrecen información confiable y periódica que le permita a la gerencia conocer los costos relacionados con los productos y servicios que ofrece.

Como puede observarse en el contenido de este trabajo, de acuerdo con los planteamientos de los directivos y administradores financieros de las entidades hospitalarias analizadas, se puede extractar que aunque existen sistemas de costos implementados y funcionales estos no se relacionan con la toma de decisiones basada en la calidad del servicio o la gestión de la salud, y si bien sus justificaciones concuerdan con lo dicho por los autores que toman la maximización del recurso y la minimización del costo como una consideración económica fundamental de las organizaciones, tales justificaciones no pueden leerse desde una sola perspectiva, en ninguno de los contextos, tanto del servicio como de la eficiencia económica.

Si bien, en los tres casos analizados, cada una de estas entidades enfatizan en los procesos más críticos a juicio de sus administradores, es importante anotar que todas tienen una preocupación común relacionada con la disminución de los costos, el uso racional de los insumos y la calidad en la atención que les garantice la continuidad en un mercado altamente competitivo y limitado por diversos factores de orden legal que restringe y condiciona la prestación de los servicios de salud en el país.

Los inconvenientes encontrados en la implantación del sistema de costos y de la información contable relacionada con el mismo, no permite establecer una unificación de criterios, para un análisis multisectorial de la información, lo cual significa que cada entidad posee una estructura de costos diferente y debe ser analizada de manera separada e independiente, sustentada en la fuerza del discurso y no por un concepto unificado de parametrización entre las entidades, esto indirectamente genera una desventaja frente a las decisiones que debe adoptar la entidad al desconocer las cifras y las tendencias del mercado a nivel regional y nacional e impide la toma de decisiones sectoriales frente a problemáticas generales como las tarifas, la demanda de servicios especializados, los costos de honorarios profesionales y el porcentaje de utilidad por procedimiento, entre otros.

En este sentido la investigación desarrollada, permitió establecer que a pesar de la importancia de tener un sistema de costos al interior de la entidad y del requerimiento normativo; ninguna de las tres entidades posee un sistema como tal que responda a las exigencias del mismo modelo, y la información proporcionada por cada entidad debe ser analizada de manera individual e independiente.

Al profundizar sobre las respuestas otorgadas por los encuestados de acuerdo al instrumento formulado, se puede concluir que las personas encargadas de calcular los costos en estas entidades poseen fuertes vacíos, sobre cuáles son las metodologías de costeo aplicadas al sector salud y las normas que establecen su implementación, igualmente se observan a nivel general inconsistencias y disparidades entre lo que deben hacer y lo que realmente se hace con relación al registro, control y seguimiento de los costos y gastos de la entidad, así como también existe un fuerte desconocimiento de la metodología de costos que la entidad debería aplicar de acuerdo a las normas establecidas.

La información acopiada y procesada mediante el análisis documental y encuestas aplicadas a los gerentes y personal del área administrativa y financiera de las entidades seleccionadas, encargados de manejar la información de costos y contabilidad y de tomar decisiones de carácter económico en los hospitales de Nivel II del departamento de Caldas, permiten concluir que existe una brecha entre la aplicación de metodologías de costeo de reconocido valor técnico y el modelo contable y de costos exigido por los entes reguladores y de control (Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de la Protección Social, Contaduría General de la Nación) entre otros.

La diversa información distorsionada, recopilada en las entidades analizadas permite concluir que los costos no hacen parte fundamental, dentro del proceso misional de las entidades y que existen diferencias y concepciones sustanciales entre los encargados del registro contable y los resultados que aspiran obtener.

Varios profesionales encuestados del área administrativa y financiera destacan que el papel fundamental del proceso de costos en las entidades es lograr la eficiencia de los servicios, lo cual se traduce en bajar los costos de producción con relación a la competencia, manteniendo unos estándares de calidad y un control administrativo; mientras que para los gerentes y los miembros de la junta directiva encargados por lo general de la toma de decisiones al interior de la entidad, un sistema de costos debe facilitar cumplir mejor con las necesidades de la población, prestando servicios a bajo costo, con la mayor oportunidad posible.

También se puede concluir que los gerentes y demás personal encargado de la administración de los recursos les preocupan factores asociados a problemáticas propias del sector como son por ejemplo: satisfacer las necesidades de salud en una población altamente demandante de servicios por la frecuencia de utilización y por los tratamientos requeridos, lo cual se convierte para la entidad hospitalaria en potencial riesgo administrativo y financiero, tal como lo establece (Cortes et al., 2002).

Se debe tener en cuenta que la reducción en la prestación de servicios o el ingreso de pacientes puede aumentar significativamente los costos por estancia hospitalaria al ser menos los pacientes que deben absorber los costos fijos. Igual efecto puede darse si se pretende reducir el número total de días de hospitalización (estancia) especialmente cuando ésta disminuye más rápidamente que el número total de camas hospitalarias. De tal manera que, la ocupación reducida en esta situación de altos costos fijos incrementa los costos del día de hospitalización por paciente.

También se evidencia en el estudio que no existe un solo modelo o sistema de costos implementado en su totalidad en ninguna de las entidades encuestadas, es decir no existe una selección o inclinación única por un modelo, ni la adopción total de este por parte de la administración.

En los tres hospitales auscultados se utilizan los sistemas tradicionales, por órdenes de trabajo y por procesos, pero no en su totalidad. De cada sistema se extrae la parte más funcional y operativa que mejor se adapte y responda a las necesidades de la organización. Esto evidencia que no existe una claridad a nivel nacional o regional sobre el modelo que mejor se adapte a los hospitales, igualmente tampoco se encuentra definido en la normatividad qué tipo de modelo debe utilizar las entidades de salud y las entidades de la vigilancia y control no exigen un modelo en particular.

Aunque existen modelos más eficientes, complejos y funcionales, como es el caso del sistema de costos ABC (Costos Basados en Actividades), el cual responde de manera integral a las expectativas de la entidad, los directivos y demás personal administrativo sólo extraen los conceptos más importantes del modelo para su aplicación, basados en la principal función que es responder a las necesidades de la entidad y cumplir con los requisitos y objetivos de los entes de control. Esto también obedece a que los responsables de la toma de decisiones no utilizan modelos de predicción como mecanismos de soporte en el proceso de toma de decisiones, si no que extraen la información directamente de cada área cada vez que lo requiere.

Teniendo presente que la empresa es una unidad compuesta por la interrelación sistémica de todas sus secciones, áreas y dependencias, y que el éxito de esta depende de una sincronización total entre cada una de esas partes, y considerando como se dijo que no existe al interior de la entidad unificación de la información bajo un enfoque conceptual de gestión integral, toda vez que los costos permean la totalidad de los procesos misionales de la organización, cuyo fin es prestar los servicios de salud con calidad, bajo criterios de racionalidad y sostenibilidad de los recursos; el presente estudio permitió demostrar que no existe una metodología de costos para las tres Empresas Sociales del Estado que asienta determinar si la prestación de servicios se está ejecutando de una forma óptima, correcta y adecuada, al no existir parámetros unificados de medición, que como se sabe dificulta e impide el análisis multisectorial.

Se puede apreciar de acuerdo con las entrevistas realizadas que existe interés por parte de los gerentes de implementar un sistema de costos en la entidad que dirigen, pero a su vez se percibe que el solo modelo de costos como tal, genera enormes compromisos administrativos desde la parte de dirección e inversiones financiera, lo cual limita su aplicación y operatividad.

Reconocen que no basta con las buenas intenciones de implementación, se requiere de organización, planeación y una evaluación permanente para cumplir con su verdadero objetivo, que es brindar información veraz y útil.

Una vez se tiene el proceso de costos debidamente definido y estructurado son diversos los resultados que se pueden obtener, dentro de los que se destacan: contar con una única clasificación de costos para unidades de negocio y centros de costos, asignación de unidades

básicas para la toma de decisiones, valores agregados para la distribución de presupuestos, identificación de los costos de no calidad, negociaciones con prestadores de servicios, racionalización de los recursos y optimización de la utilización de la capacidad instalada, y lo más importante homogenización de criterios para la aplicación conceptual de un único método para las empresas sociales, que permitan tomar decisiones en beneficio de todo el sector de la salud del departamento.

Los resultados del presente ejercicio deja en evidencia la necesidad que tiene los hospitales del nivel II en el departamento de Caldas de implementar un sistema de costos como una herramienta de múltiples beneficios tal como se ha establecido a lo largo de sus capítulos.

Adicionalmente las ventajas de contar con software de costos unificado para todo el departamento son múltiples: La unificación de la información para la toma de decisiones multisectoriales; el reconocimiento de las principales dificultades de los hospitales; la determinación de los costos más altos asociados a la prestación de los servicios de salud; la estandarización de las tarifas, la determinación bases reales de comparación entre varias entidades.

La falta de integración de la información debe ser considerada como el punto de partida para futuros cambios en los hospitales, debido a que la determinación de los costos no se utiliza como una herramienta para evaluar los resultados, en cuanto que su principal finalidad como sabemos es el registro contable.

En este mismo orden y dirección la investigación determina que las entidades hospitalarias, requiere de información, temprana, confiable, efectiva y puntual para llevar a cabo sus procesos de manera ordenada y sistemática.

Directores financieros y gerentes comparten la urgente necesidad de adoptar un sistema integral de costos que les permita avanzar al mismo nivel que la demanda de servicios lo exige, como soporte para la toma de decisiones de manera ágil y oportuna, en un sector altamente competido.

9. Recomendaciones

Estimular y generar el espíritu investigativo entre los actores principales de cada una de las entidades, buscando el mejoramiento de los procesos y la adopción e implementación del modelo de costos basado en actividades (ABC), que permita integrar las decisiones financieras con la optimización de los costos de producción en cada hospital.

Construir espacios de organización e intercambios entre los actores a través de procesos de capacitación formal y reuniones regulares para compartir información y objetivos a corto y mediano plazo sobre la implementación del modelo de costos.

Generar alianzas académicas con universidades de la región para ofertar programas interinstitucionales de formación que permitan aplicar el conocimiento y la teórica, alrededor de la implementación y puesta en marcha del modelo de costos basado por actividades (ABC).

Motivar e incentivar la conformación de mesas de trabajo con entidades del mismo nivel de atención para abordar temas relacionados con el manejo de los costos en cada hospital, con el fin de consolidar las experiencias generadas en cada entidad, unificar criterios, estandarizar acciones, mejorar los canales de comunicación que beneficie a todo el departamento de Caldas.

Proponer a la asociación de hospitales del departamento de Caldas, para que lidere un proceso de acompañamiento y de financiación teniendo a la implementación del modelo de costos en los hospitales del segundo nivel de atención

Proponer a la Dirección Territorial de Salud, un mecanismo de divulgación y control de normas contables y de costos de obligatoria aplicación para las entidades del sector salud, que responda a las necesidades de los hospitales, la gerencia pública y garanticen el manejo de la información bajo los principios técnicos y contables de oportunidad, veracidad y revelación de la información. En la medida que los entes de control asuman con prioridad y responsabilidad las funciones que le han sido encomendadas por mandato legal, se empieza la construcción de un camino de unidad y acompañamiento.

Enviar concepto a la Dirección Territorial de Salud de Caldas en torno a la unificación de un modelo de costos de obligatorio cumplimiento para todas las IPS del departamento, que permita el fortalecimiento de las instituciones y el desarrollo de políticas de salud a nivel nacional.

Estructurar dentro del plan de gestión de cada entidad la implementación de un sistema de costos a corto plazo que le permita a la empresa tomar decisiones más adecuadas, evaluar los controles internos para optimizar los recursos, mejorar la productividad de los diferentes servicios que integran el hospital y consolidar los indicadores de gestión.

Efectuar control a los costos de los medicamentos e insumos, debido a la fuerte incidencia en los precios de venta de los servicios médicos, dado que sin el enfoque adecuado puede generar desequilibrios financieros a corto y mediano plazo.

Incluir dentro de los informes contables, indicadores financieros útiles como por ejemplo: los costos por actividad, los inductores del costo, el margen de utilidad, el valor agregado, la tasa de retorno, el punto de equilibrio entre otros, y realizar análisis y notas aclaratorias a cada indicador, que permita visualizar un panorama más amplio por parte de las directivas del hospital, debido a que incurrir en inversiones y compras adicionales sin un previo análisis, puede generar sobre costos importantes o incrementos injustificados.

Por último recomendar a la Dirección Territorial de Salud de Caldas como órgano rector y de control, adscrita a la Gobernación de Caldas, para que lidere la segunda fase de esta investigación y se logre en conjunto para los hospitales del departamento de Caldas la adquisición e implantación de un sistema de costos unificado convirtiendo a éste departamento en pionero.

Referencias

Antón, F. E., Giovannini O. F. (2002). *Costos industriales*. Nueva Córdoba, España: Editorial Científica Universitaria.

Arias P, R. (1994). *Colsubsidios: la dimensión humana de la seguridad social*. Colombia: Veritas

Barón L, G. (2007). *Cuentas de Salud de Colombia 1993 - 2003. El Gasto Nacional en Salud y su Financiamiento*. Bogotá D.C: Impresol Ediciones Ltda.

Chiavenato, I. (2002). *Administración en los tiempos modernos*. Colombia: Mc-Graw-Hill

Contaduría General de la Nación. (2004). *Marco de referencia para la implantación del sistema de costos en las entidades del sector público*. Recuperado de <https://www.contaduria.gov.co>

Correa M, P. N. (2015). *Aprende en linea.udea*. Medellín, Antioquia; Glosario, Definiciones. Recuperado de http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/482/Modulo_0

Cortés, A. Flor, E. y Duque, G. (2002). Análisis de costos de la atención médica hospitalaria. *Revista Colombia Médica*, Vol. 33 (2), 45-51.

Cuervo T, J., Osorio A, J. A. (2006). *Costeo basado en actividades ABC: gestión basada en actividades ABM*. Bogotá: Ecoe Ediciones

Cuevas V, C. F. (2009). *Contabilidad de Costos: Enfoque Gerencial y de Gestión*. Bogotá - Colombia: Pearson Educación de Colombia Ltda.

Dankhe, G. L. (1989). *Investigación y comunicación*. México D.F.: McGraw-Hill de México

Donnelly, J. H., Gibson, J. L., Ivancevich J. M. (1994). *Fundamentos de dirección y administración de empresas*. Santiago de Chile: McGraw-Hill

Duque R, M. I., Gómez M, L. F., Osorio A, J. A. (Julio/Diciembre 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 del Instituto Nacional de Costos ISSN 1646-6896- Numero 5*

Dueñas R, G. (1996). *La Dirección De Empresas Ante La Nueva complejidad*, Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, España.

Flórez, P. K. (2011). La competencia regulada en el sistema de salud colombiano. *Revista Le Bret. Volumen 2. 74-99*.

Goldratt, E. M. (2004). *La Meta, un proceso de mejora continúa*. México D.F.: Ediciones Castillo

Hargadon B. J., Munera A. (1985). *Contabilidad de Costos*. Colombia: Editorial Norma.

Hansen, Don R., Mowen, M. (2006). *Administración de Costos: Contabilidad y Control*. México D.F.: Cengage Learning.

Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1999). *La Tarjeta de Valoración Equilibrada: Medidas que impulsan el rendimiento*. Bilbao, España: Deustos S.A.

Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1997). *Cuadro de Mando Integral*. Barcelona, España: Gestión 2000 S.A.

Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1999). *Coste y Efecto: cómo usar el ABC, el ABM y el ABB para mejorar la gestión, los procesos y la rentabilidad*. Barcelona, España: Ediciones Gestión 2000

Mendoza T, A. M. (2010). La importancia de los sistemas de costos para la toma de decisiones gerenciales. *Revista propuesta, Universidad Ricardo palma. Escuela de Administración de Negocios Globales*, 10.

Ministerio de salud y protección social. (2014). *Resolución 2090/2014*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/>

Ministerio de salud y protección social. (1999). *Programa para el mejoramiento en salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/>

Morales, A. (1997). Cuadernos de Economía, No 26. Universidad Nacional. *Revistas electrónicas UN*. 20 - 25

Montico, E.; Velarde M., Kaplan R. (2005). *Los costos en instituciones de salud II*, Montevideo, Chile: McGraw-Hill,

Presidencia de la Republica (1997). *Decreto 2753 de 1997*. Diario Oficial 43.175

Presidencia de la Republica (2000). *Decreto 452 de 2000*. Diario Oficial 43.944

Presidencia de la Republica (2000). *Decreto 47 de 2000*. Diario Oficial 43.882

Presidencia de la Republica (2001). *Decreto 887 de 2001*. Diario Oficial 44.425

Presidencia de la Republica (2001). *Decreto 2423 de 2001*. Diario Oficial 42.961

Presidencia de la Republica (2002). *Decreto 2309 de 2002*. Diario Oficial 44.967

Presidencia de la Republica (2003). *Decreto 3730 de 2003*, Diario Oficial 45.410

Presidencia de la Republica (1990). *Ley 10 de 1990*. Diario Oficial 39.137

Presidencia de la Republica (1993). *Ley 100 de 1993*. Diario Oficial 41.148

Presidencia de la Republica (2001). *Ley 715 de 2001*. Diario Oficial 44.654

República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Recuperado de

<http://www.constitucioncolombia.com/>

Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw Hill.

Sáez, A., Fernández, A., Gutiérrez, G. (1994). *Contabilidad De Costos Y Contabilidad De Gestión* Madrid, España: Mc Graw Hill.

Sinisterra V, G. (2006). *Contabilidad de Costos*. Bogotá: Ecoe Ediciones Ltda.

Superintendencia Nacional de Salud Colombia. (2003). *Manual de Costos Hospitalarios*. Recuperado de [https:// www.supersalud.gov.co/](https://www.supersalud.gov.co/)

Torres S, A. S. (1996). *Contabilidad de Costos: Análisis para la Toma de Decisiones*. México: McGraw Hill.

Yin, R. K. (1994), *Investigación sobre estudio de casos diseño y métodos*. London: Sage Publications.

Yin, R. K. (2003). *Aplicaciones de la investigación de estudios de caso*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Yin, R. K. (2009). *Caso de estudio de investigación: Diseño y métodos*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Anexo a.**Guía entrevista semiestructurada**

1. ¿La determinación de los costos es una práctica habitual en su ESE y desde que época?
2. ¿Qué relación existe entre la gestión de la Gerencia y la gestión de costos a nivel institucional?
3. ¿Puede establecer que factores conllevan a que su entidad se encuentre o no en Riesgo Fiscal y Financiero?
4. ¿Cómo identifica y cuantifica la Gerencia los costos en la Entidad?
5. ¿La Gerencia, según los conceptos básicos de la contabilidad, registra los costos de producción de los servicios en centros de costos?
6. ¿Conoce la Gerencia cuáles son los costos más representativos en la entidad y se logra establecer una clara relación con el nivel productivo del hospital?
7. ¿Utiliza la gerencia los indicadores de la información de costos en la toma de decisiones administrativas; principalmente para que tipo de procesos?
8. ¿Comprende la gerencia de qué forma los elementos del costo contribuyen a detectar situaciones de ineficiencia operativa, ineficiencia administrativa, pérdida de la calidad en el servicio?

9. ¿Qué mecanismos utiliza la gerencia para medir la rentabilidad de las inversiones, disminuir costos y mejorar la eficiencia operativa?

10. ¿Existe en su entidad una relación entre los ingresos por venta de servicios y los costos incurridos en producción que le permitan tener claridad sobre los resultados que espera obtener?

Anexo b.**Instrumento – análisis sistema de costos**

Universidad Autónoma de Manizales

Facultad de Estudios Sociales y Empresariales

Maestría en Administración de Negocios

Objetivo: Consultar sobre la percepción que tienen las entidades Hospitalarias Nivel del Departamento de Caldas, sobre la regulación contable y de costos existentes en este sector, cómo la aplican, qué tanto han avanzado en la implantación de sistemas de costos y la utilidad que se le da a esta información en el proceso de toma de decisiones tanto institucionales como sectoriales.

No necesita colocar su nombre. Información confidencial con fines académicos

Encuesta

1. ¿Existe en la entidad un sistema de costeo formalmente establecido?

Sí No

2. ¿El área financiera y contable de la entidad aplica el Plan de Cuentas tal y como está legalmente definido?

Totalmente Parcialmente No la aplica

3. ¿El sistema contable de la Entidad permite definir costos por áreas de responsabilidad?

Totalmente Parcialmente No la aplica

4. ¿Qué información de costos de tipo legal o administrativa calculan?

- a. Por centro de costos
- b. Por proyectos o actividades
- c. Distribución de indirectos
(Contabilidad)
- d. Ninguna

5. ¿Elaboran análisis de productividad de la mano de obra a partir de la información de costos?

- a. Siempre
- b. Muchas Veces
- c. Eventualmente
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

6. ¿El área financiera de la entidad tiene definido el porcentaje de costos indirectos para la distribución del costo?

Sí No

Si su respuesta en negativa por favor pase a la pregunta 8.

7. ¿Cuál es el porcentaje de costos indirectos definidos por la entidad?

_____%

8. ¿Cuál de los siguientes sistemas de costeo considera que es el más utilizado en la entidad?

- a. Grupos de diagnostico
- b. Patologías
- c. ABC
- d. Procesos
- e. Costo Estándar

9. ¿Cuáles han sido los principales obstáculos para la implementación del sistema de costos de la entidad?

- a. Recolección de la información
- b. Falta de Compromiso Gerencial
- c. Desconocimiento del tema
- d. Falta de Recursos Económicos
- e. Procedimientos Manuales

10. ¿Cuáles son los principales usuarios de la información generada por el sistema de costos?

- a. Gerencia
- b. Junta Directiva
- c. Jefes de Área
- d. Subgerente Financiero
- e. Área de Contabilidad

11. ¿En la entidad se toman las decisiones con base en la información de Costos?

- a. Siempre
- b. Muchas Veces
- c. Eventualmente
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

12. ¿Cuáles son las principales decisiones que se toman con la información de Costos?

- a. Ampliación/Reducción
- b. Nivel de endeudamiento
- c. Adquisiciones
- d. Contratación
- e. Cierre de servicios

13. ¿La información contable se incluye para el cálculo de los costos?

- a. Siempre
- b. Muchas Veces
- c. Eventualmente
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

14. ¿Los gastos de administración se distribuyen a las unidades funcionales?

- a. Siempre
- b. Muchas Veces
- c. Eventualmente
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

15. ¿Cómo se realiza la distribución de los gastos administrativos?

- a. Para cada centro de costos se utiliza un criterio
- b. Un solo criterio para todo lo administrativo
- c. Varios criterios de distribución

16. ¿Los informes de costos se incluyen como tema a tratar en reuniones institucionales?

- a. Siempre
- b. Muchas Veces
- c. Eventualmente
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

17. ¿La entidad cuenta con un software para la gestión de la información de costos?

- Sí No

18. ¿Elaboran análisis de costos a partir de indicadores?

- a. Siempre
- b. Muchas Veces
- c. Eventualmente
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

19. ¿La entidad prepara información de costos para entes externos?

- Sí No

20. ¿Cuál es la participación de cada uno de estos rubros sobre el total de los costos de producción?

- a. Mano de Obra _____%
- b. Insumos Médicos _____%
- c. Medicamentos _____%
- d. Equipos y tecnología _____%
- e. Otros costos asociados _____%

Muchas gracias por su valiosa colaboración

Anexo c.
Presupuesto

Presupuesto global

Rubros	Valor
Descripción de los gastos de personal	\$ 9.340.000
Materiales, suministros y bibliografía	\$ 1.470.000
Descripción y justificación de los viajes	\$ 355.000
TOTAL	\$ 11.025.000

Descripción de los gastos de personal

Grupo Investigador	Formación Académica	Dedicación	Valor Unitario	Total
Investigador Principal	Especialista	480 Horas	\$ 16.500	\$ 7.920.000
Asesoría	Doctorado	20 Horas	\$ 110.000	\$ 220.000
Revisión Evaluación Proyecto	Magister	20 Horas	\$ 60.000	\$ 1.200.000
Total grupo investigador				\$ 9.340.000

Materiales, suministros y bibliografía

Materiales	Cantidad	Valor U	Total
Fotocopias	300	\$ 100	\$30.000
Hojas impresas	500	\$ 200	\$ 100.000
Hojas Digitadas	120	\$ 1.000	\$ 120.000
Uso Computador Horas	480	\$ 1.500	\$ 720.000
Internet	240	\$ 1.500	\$ 360.000
Papelería y Útiles de Oficina	1	\$ 35.000	\$ 35.000
Argollados / Empastado	1	\$ 80.000	\$ 80.000
Memoria USB	1	\$ 25.000	\$ 25.000
Total materiales			\$ 1.470.000

Descripción y justificación de los viajes

Lugar	Justificación	Pasajes	Nro. viajes	Total
Manizales – Caldas	Presentación y corrección	\$ 17.750	10	\$ 177.500
Chinchiná – Dorada	Aplicación de instrumentos	\$ 82.500	1	\$ 82.500
Chinchiná – Salamina	Aplicación de instrumentos	\$ 95.000	1	\$ 95.000
Total viajes				\$ 355.000

Glosario

Activos: “son todas aquellas cosas o bienes de propiedad de un ente económico y que tienen un valor positivo para éste” (Correa, 2015, p.2).

Asignación del costo: la distribución de unos costos generales en centros de responsabilidad específicos.

Balance general: estado financiero básico que muestra la situación financiera de una empresa (composición financiera), bienes propios, deudas y derechos de los dueños, en una fecha determinada

Base de actividad: factor que expresa o mide con la mayor exactitud la actividad total de un centro de responsabilidad.

Bases para la asignación del costo: una manera sistemática para relacionar unos costos determinados con un objetivo específico.

Costo: recursos invertidos que se capitalizan con el fin de lograr un objetivo específico.

Costo controlable: cualquier costo o gasto que esté principalmente sujeto a la influencia de un determinado centro de responsabilidad por una duración determinada de tiempo.

Costo directo: es el que se identifica plenamente con una actividad, departamento o producto.

Costo de administración: son los que se originan en el área administrativa.

Costo de conversión o transformación: está compuesto por la mano de obra directa y los costos generales de fabricación.

Costo de distribución o venta: son los que se incurren en el área que se encarga de llevar el producto desde la empresa hasta el consumidor final

Costo de oportunidad: alternativa de inversión que se desecha, pierde o sacrifica con el objeto de tomar una diferente

Costo de producción: son los que se generan durante el proceso de transformar la materia prima en un producto final

Costos del producto: son los que se identifican directa e indirectamente con el producto y tienen la particularidad de tenerse en inventarios hasta cuando se vende.

Costos del período: son los que no están ni directa ni indirectamente relacionados con el producto, no son inventariados. Se caracterizan por ser cancelados inmediatamente estos se originan, ya que no puede determinarse ninguna relación con el costo de producción.

Costo estándar: los costos estándar son estimaciones que se desean alcanzar si se logran ciertos objetivos.

Costos fijos: son aquellos que permanecen constantes dentro de un período determinado, sin importar si cambia el volumen de producción.

Costos históricos: son los que se incurren en un determinado período

Costo incremental: también conocido como costo diferencial. Es la diferencia de costos entre dos opciones en una decisión.

Costo indirecto: es el que no se puede identificar con una actividad determinada.

Costos indirectos de fabricación: denominados también carga fabril, gastos generales de fábrica o gastos de fabricación. Son aquellos costos que intervienen dentro del proceso de transformar la materia prima en un producto final y que son distintos a material directo y mano de obra directa.

Costos predeterminados: son los que se establecen antes del hecho físico de la producción y pueden ser: estimados o estándar.

Costo primo: lo constituyen los materiales directos y la mano de obra directa.

Costo promedio: aquel que se calcula dividiendo el total de costos por el número de unidades producidas u otro denominador específico.

Costos reales: costos históricos, costos en los que se incurre realmente, a diferencia de los costos estándar o predeterminados.

Costo semivariable: conocido también como costo semifijo o costo mixto. Son Costos o gastos que tienen al mismo tiempo elementos de costos fijos y de variables

Costo total: La suma de los tres elementos del costo: Materiales directos, mano de obra directa y costos generales de fabricación.

Costos variables: son aquellos que cambian o fluctúan en relación directa a una actividad o volumen dado.

Departamento de producción: sección de la planta fabril de la empresa que tiene por objeto principal elaborar bienes o partes de los bienes que produce la empresa.

Departamento de servicio: departamento en el cual la razón principal es la de brindar servicios a otros departamentos de la empresa.

Depreciación: gasto o desgaste de algunos bienes por causa del uso durante el tiempo.

Descentralización: libertad para tomar decisiones. La descentralización total significa el mínimo de limitaciones y el máximo de libertad para tomar decisiones a los niveles más bajos.

Devaluación: pérdida del poder adquisitivo de la moneda con respecto a otra que se tiene como patrón.

Egreso: contablemente representa el valor de los bienes o servicios utilizados en el proceso de generar ingresos.

Estado de resultados: estado financiero básico que muestra las utilidades o pérdidas de una empresa en un período específico. Se le conoce también como estado de ingresos, estado de pérdidas y ganancias, estado de ingresos y egresos entre otros nombres.

Flujo de caja: conocido también como Flujo de Efectivo. Estado financiero sobre base real o proyectada con el fin de mostrar las entradas y salidas de efectivo, en lapsos de tiempo sucesivas y específicas, y poder observar las necesidades de efectivo al final de cada período.

Fundamentos presupuestales: se relacionan con la implementación o base eficaz del proceso presupuestal.

Gastos: recursos que se utilizan con el fin de lograr un objetivo específico o un beneficio y no se capitalizan.

Gastos de administración: gastos utilizados en el área administrativa de una organización o empresa.

Gastos de ventas: gastos utilizados en el área de ventas de una organización.

Ingreso: contablemente se define como el valor de la venta de un bien o servicio, bien sea de contado o a crédito.

Interés: hace referencia al costo del dinero, es decir lo que se espera recibir o pagar cuando se efectúa una inversión en un lapso de tiempo o se toma una financiación o préstamo.

Inventarios: mercancías, materiales o suministros para ser utilizados en la operación de la empresa.

Inventario de materiales directos: los materiales directos o materias primas que se tienen disponibles en una fecha determinada.

Inventario de productos en proceso: bienes que se encuentran en el proceso de producción pero que no están aun completamente terminados. Se les conoce como productos en proceso.

Inventario de productos terminados: mercancías completamente terminadas pero aún no vendidas.

Inversión: es la aplicación de los recursos económicos. En el sentido bursátil significa comprar acciones o títulos valores para recibir un ingreso, para efectuar una ganancia mediante el gradual aumento de los precios o para lograr ambas finalidades.

Materia prima directa: son todos los materiales que pueden identificarse cuantitativamente dentro del producto y cuyo importe es considerable.

Mano de obra directa: es la remuneración en salario o en especie, que se ofrece al personal que interviene directamente para la transformación de la materia prima en un producto final.

Materiales indirectos: materiales necesarios en la producción pero no fácilmente identificables con el producto, o de valor despreciable (de poco valor relativo).

Orden de producción: documento básico utilizado en el sistema de costos por órdenes de producción para aplicar los costos de un producto. También se conoce como órdenes de trabajo o como hoja de costos por órdenes de producción.

Organización: ente económico o empresa. Función administrativa diseñada para lograr objetivos y metas mediante tareas estructurales con individuos específicos (cargos) delimitados por la autoridad y la responsabilidad.

Pasivo: deudas o acreencias del ente económico.

Patrimonio: es el derecho que poseen los accionistas sobre una empresa.

Planeación: función administrativa que se ha definido como el diseño de un estado futuro deseado para una entidad y de las maneras eficaces de alcanzarlo.

Presupuesto: desarrollo y aceptación de una serie de objetivos y metas, así como de la movilización eficiente de una organización para alcanzarlos.

Sistema de contabilidad: grupo de registros, procedimientos y equipos que atienden, en forma rutinaria, los acontecimientos que afectan el desempeño financiero y la situación de la organización.

Utilidad: valor que tiene un resultado específico para toma de decisiones particulares.

Siglas y abreviaturas

ACEMI: Asociación de entidades de medicina integral.

ARS: Administradora del Régimen Subsidiado (entidad aseguradora en el Régimen Subsidiado, pública o privada).

CAJANAL: Caja de Prevención Nacional

CIF: Costos indirectos de Fabricación

CCF: Cajas de Compensación Familiar.

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, máximo organismo rector del Sistema.

ECAT: Reaseguro para casos de alta frecuencia que se declaran catastróficos. Tradicionalmente se destinan a los hospitales públicos

EPS: Entidad Promotora de Salud (empresa aseguradora en el Régimen Contributivo, pública o privada).

ESE: Empresa Social del Estado (figura para el hospital público autónomo).

ESS: Empresa Solidaria de Salud (administradora del Régimen Subsidiado de origen comunitario o solidario).

ERC: Enfermedades ruinosas o catastróficas.

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía; fondo financiero en el que se administran los diferentes recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.

HC: Historia clínica Expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención de un paciente.

ICN: Ingresos Corrientes de la Nación.

ICSS: Instituto Colombiano de los Seguros Sociales.

ISS: Instituto de los Seguros Sociales.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud (pública o privada).

PAB: Plan de Atención Básica (incluye todas las intervenciones individuales o colectivas que sean de interés para la Salud Pública).

Participaciones municipales: Transferencias de los ICN a los municipios.

PILA: Planilla Integral de Autoliquidación de Aportes al Sistema General de Seguridad Social y es el medio legal para reportar las novedades de retiro de los afiliados al régimen contributivo

POS: Plan Obligatorio de Salud (plan de beneficios que, en la actualidad, rige para el Régimen Contributivo).

POS-S: Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado (es un plan de beneficios de carácter transitorio, menor en contenidos que el POS).

RIPS: Registro Individual de prestación de servicios de salud. Es el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se practican a las personas y que hace parte integral de la factura de venta de servicios de salud.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISBEN: Sistema de identificación y clasificación de beneficiarios para programas sociales

Situado fiscal: Transferencias de los ICN a los departamentos.

SOAT: Seguro obligatorio de accidentes de tránsito. Es un Seguro obligatorio para todos los vehículos automotores que transiten por el territorio colombiano, que ampara los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito ya sean peatones, pasajeros o conductores.

UPC: Unidad de pago por Capitalización; valor que reconoce el Sistema por persona afiliada.

UPC-C para el Régimen Contributivo y **UPC-S** para el Régimen Subsidiado.