

# ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE COSTOS UTILIZADOS EN LAS ENTIDADES DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA Y SU UTILIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES

---

MARIA ISABEL DUQUE ROLDÁN

LUIS FERNANDO GÓMEZ MONTOYA

JAIR ALBEIRO OSORIO AGUDELO

Universidad de Antioquia (Colombia)

---

## RESUMEN

La salud hace parte de uno de los más grandes e importantes sectores de la economía colombiana, por ello viene sufriendo una serie de transformaciones en las que se ha pretendido incluir una mejora en la información financiera y de costos que se genera. Sin embargo, las entidades encargadas de la vigilancia, regulación y control no han logrado aplicar con rigor la normatividad vigente en la materia, la cual obliga desde el año 1993 a que todas las entidades prestadoras de servicios de salud en Colombia tengan un sistema de costos. En este escrito se presentan los resultados de la investigación realizada por el Grupo de Investigaciones y Consultorías en Ciencias Contables de la Universidad de Antioquia, en la cual se comprueba a través de un estudio en el cual se tomó una muestra representativa de hospitales públicos y clínicas privadas de la ciudad de Medellín y su Área metropolitana (se escogió esta ciudad porque es una de las que más entidades de este sector tiene), y en el cual se encontró una gran discrepancia entre las metodologías (sistemas de costos) empleadas, los niveles de información costeados, los criterios o bases de distribución utilizadas y los objetos de costo finales (productos/servicios), lo que hace imposible que la información de costos sea comparable y útil para la toma de decisiones sectoriales y en ocasiones ni siquiera sirva para tomar decisiones al interior de las organizaciones.

## INTRODUCCIÓN

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>1</sup>. Es claro dentro de las políticas públicas de los estados que los pilares básicos del desarrollo son la salud y la educación. En Colombia el sistema general de salud ha sido ampliamente cuestionado y por ello viene sufriendo una serie de transformaciones tanto estructurales como procedimentales. Sin embargo, dentro de las reestructuraciones planteadas poca importancia se le ha otorgado al tema de la incorporación de adecuados sistemas de información financiera y de costos dentro de este tipo de entidades; lo que explicaría en parte el poco éxito que han tenido las reformas introducidas al sistema, y que constantemente los hospitales y clínicas presenten crisis económicas. Las entidades encargadas de la vigilancia, regulación y control del sector tienen gran responsabilidad en esta problemática pues no han sabido aplicar con rigor la normatividad vigente en la cual se exige a todas las entidades prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, contar con sistemas de información completos y confiables que permitan la oportuna toma de decisiones. Prueba de ello, son los múltiples planes de cuentas vigentes en el sector, que impiden la comparación y la uniformidad de criterios en materia contable y la falta de definición de sistemas unificados para el manejo de costos y gastos en este tipo de empresas como lo ha hecho, por ejemplo, el sector de servicios públicos domiciliarios.

El objetivo central planteado en el desarrollo de este trabajo investigativo es el de 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, verificar si la información suministrada por éstos sistemas es utilizada para la toma de decisiones; razón por la cual, en las siguientes líneas, se analizará la problemática a la cual se enfrentan las entidades de este sector, comenzando por una caracterización del sistema de seguridad social que actualmente opera en Colombia, para luego realizar un pequeño análisis de la normatividad emitida en materia de costos y finalmente, hacer una revisión de las metodologías de costeo que pueden aplicarse en el sector y como 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. Posteriormente, se explicará a través del instrumento diseñado y aplicado en una muestra de entidades de salud públicas y privadas de la ciudad de Medellín y su Área metropolitana, el gran rezago que tiene el sector en la preparación de información de costos que sea útil para la toma de decisiones.

---

<sup>1</sup> WHO. Constitución de la Organización mundial de la salud.

## 1. EL SECTOR SALUD Y SU INFORMACIÓN ¿QUÉ HA PASADO?

### 1.1. El sistema de salud en Colombia

Razones como el aumento poblacional, el mayor gasto per capita en salud, la aparición de una mayor cantidad de personas con enfermedades de alto costo, o simplemente por la premisa de que a mayor inversión en salud, mayor grado de desarrollo y bienestar se logrará, hacen que muchos países, conscientes de la importancia de este tema, cada vez inviertan un porcentaje más alto de los presupuestos estatales en este sector.

Para el caso colombiano, el gasto nacional en salud como proporción del PIB viene aumentando progresivamente, pasando del 6,2% en 1993 al 7,8% en 2003, tendiendo a estabilizarse en ese nivel durante los cuatro últimos años, y luego de haber alcanzado 9,6% en 1997. (Barón, 2007).

Este incremento se justifica en parte, en el cambio que sufrió el sistema de salud en nuestro país. Colombia pasó de un modelo que brindaba subsidios a la oferta, en el cual se manejaba un esquema centralizado, basado en hospitales públicos donde se prestaba un servicio igual para todos y con tratamientos homogéneos, a un modelo que brinda subsidios a la demanda, el cual se basa en la descentralización, la autonomía y responsabilidad de los prestadores de servicios de salud, donde se llega a sectores de la población que se encontraban excluidos y se prestan servicios de carácter heterogéneo. Anteriormente, el servicio de salud era suministrado por el Estado, ahora contamos con un modelo de libre competencia donde participan agentes públicos y privados en igualdad de condiciones y donde se le exige a los hospitales y clínicas autofinanciación y autosostenibilidad. La salud pasó de ser un mercado de pocos competidores y clientes cautivos, a un mercado de operadores privados y clientes abiertos.

El cambio de modelo trajo profundas crisis en muchas de las entidades públicas encargadas de prestar servicios de salud. Algunas de las causas de esta crisis han sido:

- El incremento en el número de usuarios en el sistema, pues se pasa de atender a las personas con capacidad de pago (cotizantes), a la atención de todo su grupo familiar (beneficiarios).
- Las Políticas estatales que plantean la cobertura universal en salud (la cual se espera obtener en el año 2009) y de la cual, gran parte se hace a través del régimen subsidiado.
- Algunas de las entidades que prestan servicios de salud tenían, y aún mantienen estructuras complejas, en las cuales los requerimientos de utilización de tecnología costosa, la alta proporción

de personal de múltiples profesiones y oficios requerido para la operación, los altos costos de personal, la antigüedad del mismo y las cargas de las convenciones colectivas pactadas a través de los años, son algunos de los factores que representan los más altos costos de operación (Henao, 1999).

- El control sobre el consumo de recursos o la racionalización en su utilización no es una decisión que repose sobre la dirección de la entidad, pues el personal que presta los servicios (médicos, enfermeras, etc.) y que en la estructura jerárquica de estas entidades se encuentran en la base, son los que tienen el poder sobre esta decisión tan trascendental, pues como lo expresa Fresneda (1998), al ser los prescriptores se convierten en los principales generadores de costos y, en consecuencia, son las figuras que en gran medida pueden proceder a la racionalización o contención del gasto hospitalario, la relevancia de este personal los convierte en la parte fundamental de la organización, rompiendo así con la lógica jerárquica.
- La estructura financiera de este tipo de entidades es compleja: costos fijos altos, capacidad ociosa (pues en ocasiones no se utiliza toda la capacidad instalada), niveles de rentabilidad relativamente bajos para el riesgo que involucra y altos requerimientos de liquidez que no son posibles de obtener, pues quien administra los recursos del sistema, que en el caso colombiano es el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA-, no gira oportunamente los recursos y reiteradamente incumple con los acuerdos de pago.
- El principal elemento del costo en este tipo de entidades –la mano de obra- hace que en muchas de ellas, este rubro alcance un 75% e incluso hasta un 80% de los costos totales.
- La falta de sistemas de información integrados, con procesamiento de información en tiempo real, hace que en muchas de estas entidades se presenten fenómenos como: dobles afiliaciones, reclamo de medicamentos en varios puntos de atención, atención de personas que no están afiliadas al sistema (suplantaciones), robo de medicamentos para ser vendidos en el mercado negro, entre otros.
- Los manuales tarifarios que rigen el sector y mediante los cuales se definen los valores máximos a cobrar en cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones, no fueron construidos teniendo como base estudios de costos rigurosos, lo que hace que muchas entidades del sector al aplicar dicha estructura tarifaria definida por ley, no alcancen ni siquiera a cubrir sus costos, por ende no generan rentabilidad y mucho menos pueden invertir sus excedentes en modernización de equipos, actualización de los sistemas de información, capacitación del personal y demás acciones necesarias para hacer más eficientes los procesos.

Como consecuencia de la problemática planteada aparece la denominada “crisis hospitalaria” o “crisis del sistema de salud colombiano” la cual se ve reflejada en situaciones como:

- Las entidades encargadas de contratar los servicios con las clínicas y hospitales optan por otorgar los contratos a aquellas que ofrecen mejores tarifas; por lo que muchas entidades, especialmente públicas, han perdido contratos que históricamente habían tenido, simplemente por no tener la certeza de si pueden o no bajar sus tarifas; o en el caso contrario, aceptan las nuevas condiciones y negocian con tarifas que no corresponden con su estructura financiera, lo que lleva a una reiterada iliquidez que impide cubrir las obligaciones laborales, se presenta escasez de insumos, demandas de usuarios y proveedores. Por lo que al finalizar cada año se realizan paros y posibles cierres de hospitales por problemas presupuestarios, entonces el gobierno debe tomar una decisión: girar nuevos recursos, cerrar el hospital o entregarlo a un operador privado. (Franco, 2004).
- Disminución en la calidad de los servicios prestados. Parece increíble pero muchas de las entidades de salud privadas y algunas públicas buscan generar excedentes en detrimento de la calidad en la atención: acortamiento de los tiempos de consulta, disminución en la prescripción de medicamentos, en la remisión a especialistas y en la práctica de pruebas de laboratorio, imagenología, etc. Como consecuencia de lo anterior, los usuarios deben recurrir a demandas para que se les garanticen sus derechos, por lo que cada año se tramitan cientos de miles de éstas.

Las crisis que ha presentado el sector, ha obligado a los entes encargados de la vigilancia, regulación, inspección y control a tomar decisiones en cuanto a la forma como las entidades deben manejar su información y reportarla, a continuación se analizarán algunas de las principales normas emitidas.

## 1.2 Revisión de la normatividad en materia de costos para el sector

Al revisar la normatividad que aplica el sector salud en Colombia, se encuentra evidencia documental que permite concluir que al menos en el papel los entes encargados de la vigilancia, regulación y control de sector han pretendido establecer metodologías para la preparación y presentación de la información contable y de costos:

- **Ley 100 de 1993.** Con la expedición de esta ley, se exige de manera clara y explícita que toda entidad prestadora de servicios de salud tanto pública como privada debe contar con adecuados sistemas contables y de costos, tal y como se expresa en el artículo 185:

*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*

Este párrafo es un poco confuso en su definición pues habla de un *sistema contable que registre los costos de los servicios*, no se habla específicamente de contar con un sistema de costos, sin embargo el artículo 225 aclara esta situación:

*Información requerida. 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. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que este conserve una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

Este artículo aclara que las instituciones, tanto públicas como privadas, que presten servicios de salud deben contar con un sistema de costos, independiente de la contabilidad financiera, pero interrelacionado con ella, aunque no especifica la metodología a aplicar ni los procedimientos necesarios para implementarlo.

### 1.3 Sistemas o metodologías de costeo

Es importante ahora referirnos al tema de metodologías o sistemas de costeo, y aunque en la literatura se pueden encontrar múltiples opciones mediante las cuales se puede obtener el costo de un producto o servicio, realizando un análisis más detallado de la teoría general de costos aplicada al sector salud, se encuentran herramientas para la gestión y manejo de los costos que pueden cumplir con los requisitos de información que se requieren en él, las cuales combinan las técnicas más acertadas en la asignación de recursos con el análisis de procesos y actividades. Es por ello que cada vez toma más fuerza en este sector la utilización de metodologías tales como:

- a. Costeo Basado en Actividades ABC:** el ABC (Activity Based Costing) es una metodología de costeo que surge con la finalidad de mejorar la asignación de recursos a cualquier objeto de costo (producto, servicio, cliente, mercado, dependencia, proveedor, etc.) y tiene como objetivo medir el desempeño de las actividades que se ejecutan en una empresa y la adecuada asignación de costos a los productos o servicios a través del consumo de las actividades; lo cual permite mayor exactitud en la asignación de los costos y permite la visión de la empresa por actividad. El ABC pone de

manifiesto la necesidad de gestionar las actividades, en lugar de gestionar los costos (Duque - Osorio, 2003). Esta es una de las metodologías más utilizadas en la actualidad por su amplia aceptación y mayor credibilidad para el cálculo, la gestión de los costos y su estrecha relación con el direccionamiento estratégico, la cual genera mejor información para la toma de decisiones y la gestión empresarial; de hecho en Colombia, existe regulación específica según la cual esta metodología debe ser aplicada en todas las empresas prestadoras de Servicios Públicos Domiciliarios; en el sector de la salud, se ha utilizado en combinación con el costeo absorbente al momento de proponer herramientas para el cálculo de costos (Programa de Mejoramiento, Ministerio de Salud, 1999).

Asimismo, la Federación Internacional de Contadores IFAC en su *Estudio 12 "Perspectivas de la Contabilidad de costos en el sector público"*, sugieren el ABC como una de las metodologías de costeo que deben utilizar los entes públicos incluido el sector salud, por sus grandes bondades.

- b. Costeo por Protocolos:** un protocolo desde el punto de vista clínico, es 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. El protocolo permite al médico o personal del área de la salud encargado del procedimiento, realizar el tratamiento de manera efectiva y con el *costo mínimo* (Candia, 1997). El costeo por protocolos aunque es muy utilizado en el área de la salud, más que una metodología de costeo, es una herramienta que permite calcular estándares de consumo ante determinado procedimiento, los cuales son utilizados por el Costeo Basado en Actividades o el Costeo Absorbente al momento de calcular el costo real de la prestación del servicio y por el costeo estándar para proyectar el comportamiento de los servicios. (Duque y Osorio, 2003).
- c. Costos por procesos:** el enfoque sistémico o por procesos, parte del principio de que el Proceso es la forma natural de organización del trabajo y surge en contraposición de las organizaciones piramidales o verticales, estructuradas con base en las funciones (enfoque funcional). Todo proceso hace parte de un Sistema y es uno de los elementos importante de él. Un Sistema es cualquier conjunto de elementos interconectados por una configuración de relaciones que constituyen la organización que lo define y especifica su identidad (Maturana, 1995).

Esta metodología tiene como objetivo calcular el costo de cada uno los procesos misionales u operativos que componen el negocio, para a partir de él, tomar las decisiones necesarias. Esta metodología es muy utilizada en el sector salud, dado que los procesos pueden definirse y separarse de una forma relativamente fácil, sin embargo al pretender costear sólo procesos misionales, deja de lado los procesos administrativos que representan un valor importante dentro

de la estructura de este tipo de entidades, así como el costeo de otros niveles de información relevantes: procedimientos, pacientes, productos, etc.

- d. Costo por paciente/patología:** esta metodología de la cual se encuentra bibliografía y referencias de aplicación en Uruguay y Argentina, parte de una clasificación en dos grandes tipos de costos: variables y fijos; es decir, por un lado el sistema deberá calcular los costos variables por paciente que serán todos aquellos gastos que se originan por la atención al paciente, por ejemplo, medicamentos, material de uso médico, análisis, honorarios específicamente para ese paciente, etc. Por otro lado, se deben calcular los costos fijos o costos por utilización de los servicios del hospital, como pueden ser el costo del día/cama en cada tipo de sala (convencional, intermedio, intensivo, etc.), el costo de utilización del quirófano, el costo de la consulta por especialidad, etc. (Montico y Velarde, 2003). Este método exige sistemas de información muy complejos que permitan registrar los costos para cada uno de los pacientes, además no tiene en cuenta la asignación de un grupo grande de costos indirectos asociados a los servicios.
- e. Grupos Relacionados de Diagnóstico – GRD:** el GRD 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. Las características significativas del diagnóstico provienen:
- Del paciente
  - De la enfermedad

Un Grupo de Diagnóstico Relacionado es el conjunto de pacientes con una enfermedad clasificada etiológicamente (por su causa y sus manifestaciones), que demanda diagnósticos y tratamientos similares y consume cantidades similares de recursos. (Gomero, 1997). En consecuencia, los pacientes se agrupan en categorías homogéneas en función de las características clínicas que presenten y de los procesos a los que tendrán que ser sometidos, formándose así grupos de “iso-consumo” de recursos (Fresneda, 1998).

Los Grupos Relacionados de Diagnóstico al igual que los protocolos son herramientas que le sirven a las metodologías de costeo para mejorar el cálculo del costo y llegar a niveles de detalle más profundos, sin embargo no podrían clasificarse como metodologías de costeo. Sobre el tema de los GRD's existe amplia bibliografía y referentes de aplicación en los Estados Unidos y España. Para el caso Colombiano el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín utiliza esta herramienta y cuenta con documentación clara sobre su aplicación.



Las diferentes herramientas mencionadas en los párrafos anteriores, son aplicables en el área de la salud; sin embargo, es necesario realizar estudios que a través del análisis detallado tanto de las características y complejidades que tienen los servicios de salud como de las bondades y limitaciones de cada uno de los sistemas de costeo y técnicas de gestión existentes, propongan la metodología o combinación de metodologías que mejor se acomodan a las necesidades de información del sector.

Otro aspecto sobre el que hay que trabajar fuertemente es la promoción de la cultura de costos al interior de las empresas, para que los diferentes niveles de dirección comprendan la importancia de hacer un monitoreo permanente al comportamiento de los costos de su unidad y con ello mejorar la gestión y los resultados. Nada se lograría con que las entidades encargadas de la vigilancia y control en el sector definan claramente el sistema de costos a aplicar y que las empresas inviertan una cantidad considerable de recursos en su implementación, si finalmente ésta información no es utilizada de forma adecuada. En los párrafos siguientes profundizaremos sobre este tema.

#### **1.4 Cultura gerencial**

Otro de los factores importantes para superar la crisis que afecta este sector y que viene de la mano de un buen sistema de información financiero y de costos es la creación de una cultura de alta gerencia en estas instituciones. Los hospitales no sólo se logran mejorar con dinero: se necesita gerencia, se necesita mejorar tecnología y cambiar la cultura organizacional. (Gamarra, 1999).

Se requieren líderes que sepan interpretar la información financiera y tomar decisiones adecuadas, que no piensen en la minimización del consumo de recursos como única salida, pues es importante tener en cuenta que en la atención en salud lo primordial es salvar vidas, independientemente de lo que cueste; lo que se busca es determinar a través de la información de costos que se genera y las decisiones gerenciales que se toman en la entidad, lo eficientes que son en la utilización de los recursos, los planes de racionalización –sin desmejorar la calidad- que se ejecutan, ya que lo ideal no es disminuir costos sino prestar un servicio con la mayor calidad al menor costo posible. (Arcila, 2003).

La llegada de teorías económicas al sector de la salud y su aplicación en él, hacen que se dé un enfoque exclusivamente técnico a problemas sociales, que haya confusión entre la cobertura y el servicio, es decir, entre derecho y atención, dos aspectos que no siempre están correlacionados, puesto que se puede tener cobertura, pero nunca alcanzar el servicio. Igualmente se corre el peligro de creer que dando cantidad se atiende con calidad (Toro, 2003).

En suma, se requieren líderes que sepan interpretar la información financiera y de costos y que a partir de ella diseñen la plataforma para implantar un modelo de gestión estratégica, la cual involucra entre otras herramientas:

- Análisis de capacidad ociosa: Para mejorar niveles de productividad haciendo un mejor uso de la infraestructura disponible y en general de los costos fijos que tiene la entidad.
- Cálculo de puntos de equilibrio: Con el fin de establecer los niveles mínimos de actividad que se requieren para recuperar los costos y con ello establecer las actividades que se deben estimular y aquellas que se deben eliminar o replantear.
- Fijación de tarifas: contar con información confiable y completa a la hora de enfrentar procesos de negociación con las entidades contratantes.
- Análisis de valor agregado y eficiencia de las actividades: lo que le permitirá a la empresa determinar en cuales de ellas se deben tomar decisiones como la subcontratación o contratación con terceros, la reestructuración, la centralización de actividades repetitivas, o la eliminación.
- La comparación (Benchmarking): este procedimiento permite mediante la comparación con empresas consideradas líderes o que cuentan con las mejores prácticas en determinados aspectos, que la empresa mejore sus procesos tanto asistenciales como administrativos. Este procedimiento es muy utilizado en otros países y en el caso británico, por ejemplo, todos los hospitales están incluidos en un proceso de Benchmarking obligatorio impulsado por el Gobierno y que culmina con la publicación anual de un ranking de los hospitales en función de sus costos. (García, 2006).
- Presupuestación: si se cuenta con adecuada información de costos se puede mejorar significativamente el proceso de presupuestación, aplicando técnicas como el presupuesto basado en actividades o el presupuesto basado en la demanda esperada.
- Sistemas de Calidad: que permitan combinar la racionalización de recursos con una adecuada prestación del servicio, y mediante el cual se controlen los índices de demanda insatisfecha, los tiempos de espera, los reclamos de usuarios por mala atención, entre otros aspectos.

## 2. TRABAJO DE CAMPO: VERIFICACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA INFORMACIÓN DE COSTOS EN LAS ENTIDADES DEL SECTOR SALUD

Para tomar una radiografía de la situación real del sector era necesario realizar un trabajo de campo en el cual se indagara sobre la percepción que tienen las entidades que prestan servicios de salud sobre la regulación contable y de costos existente 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.

Para determinar el número de observaciones a realizar en esta investigación se aplicó un muestreo no probabilístico, el método escogido para determinar el tamaño de la muestra, fue el muestreo por criterios o fines especiales, ya que es una muestra por conveniencia en las que se escogen los miembros de la muestra, es decir, el investigador elige el número y los elementos que van a conformar la muestra. A pesar de que es un método que puede presentar sesgo, es el que más se acomoda a los objetivos de este trabajo, pues el objetivo era visitar las principales clínicas y hospitales de la ciudad de Medellín y su área metropolitana y medir en ellas las variables importantes del estudio: estado de implementación de una metodología de costeo y utilización de la misma en la toma de decisiones institucionales y sectoriales.

**El instrumento utilizado.** Se diseñó un formato de encuesta para ser aplicado en las entidades de salud que hicieron parte de la muestra. A continuación se presentan los resultados del trabajo de campo realizado:

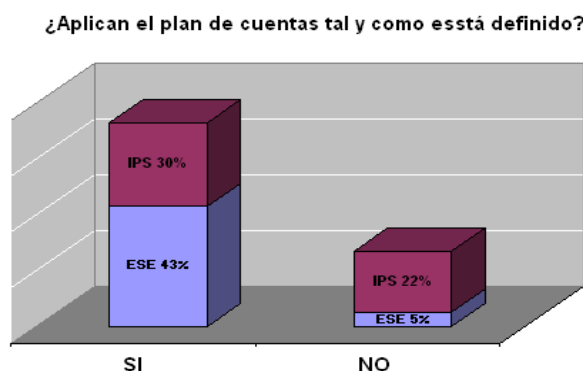
1. **Tipo de entidad encuestada:** De la muestra seleccionada el 48% de las entidades fueron



Hospitales Públicos y el 52% clínicas privadas. Aunque en el área metropolitana se puede encontrar un número un poco mayor de clínicas privadas sobre el de hospitales públicos, se trató de establecer una muestra equilibrada que nos permitiera tener conclusiones claras sobre la

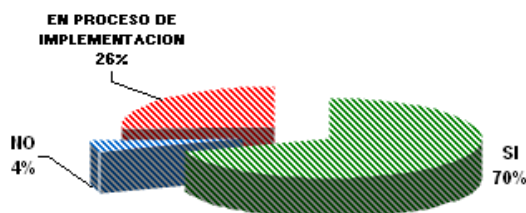
aplicación de la normatividad vigente en materia contable y de costos en cada uno de los sectores.

2. **Aplicación del plan de cuentas tal y como está legalmente definido:** El 73% de las entidades encuestadas aplican el plan de cuentas tal y como ha sido definido por el ente regulador, de este porcentaje el 43% corresponde a entidades públicas y el 30% restante a entidades privadas. El 27% restante no aplica el plan de cuentas tal y como está definido en la ley, de este grupo el mayor porcentaje corresponde a entidades privadas y una pequeña parte a entidades públicas; con lo cual se puede concluir que el 42% de las entidades privadas encuestadas no aplican el plan de cuentas que están obligadas a aplicar tal y como lo deberían hacer, mientras, situación diferente se presenta en el sector público donde el 90% de las entidades encuestadas aplica el plan de cuentas de la Contaduría General de la Nación tal y como está definido y sólo el 10% no lo hace.



3. **Utilización de un sistema de costos:** Sólo el 70% de las entidades encuestadas cuentan con un

**La entidad cuenta con una metodología de costeo formalmente establecida**

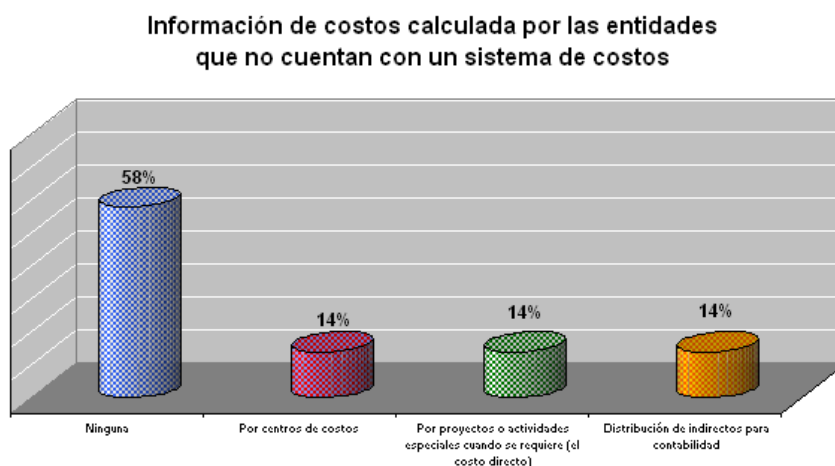


sistema de costos en operación, del 30% restante el 26% de las entidades se encuentran adelantando un proceso de implementación de este sistema y el 4% no lo tienen. Es muy preocupante que si hay una norma de 1993 que obliga a todas las entidades del sector tanto públicas como privadas a establecer

sistemas de costos, pasados 15 años, muchas clínicas y hospitales que se consideran “grandes” no lo hayan implementado; y peor aún, que las entidades de regulación y control no detecten este tipo de incumplimientos y tomen las medidas correctivas que permitan que las entidades comprendan la importancia de desarrollar sistemas de información de costos para apoyar su proceso de toma de decisiones.

#### 4. De no tener un sistema de costos formalmente establecido, ¿qué información de costos de tipo legal o administrativa calculan?

De las entidades tanto públicas como privadas incluidas en la investigación que no cuentan con un sistema de costos o están en proceso de implementación (30% del total de empresas encuestadas), el 58% no calcula ninguna

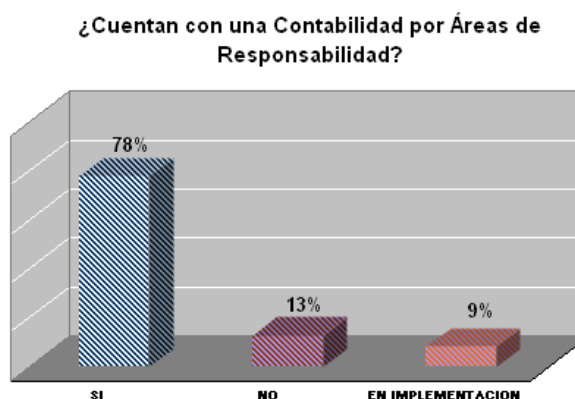


información de costos, el 14% sólo calcula los costos y gastos consumidos por cada centro de costo, el 14% realiza cálculos de costos puntuales para productos o servicios, casi siempre nuevos, o que se quieran evaluar y el 14% restante realiza algún tipo de distribución de costos pero sólo para remitir el dato a la contabilidad y que ésta pueda realizar los registros contables.

Se podría concluir que en este grupo de empresas además de no contar con un sistema de costos, tal y como obliga la ley, no se prepara información confiable y periódica que permita a la administración conocer los costos asociados a sus productos y servicios y apoyar la toma de decisiones.

5. **Contabilidad por áreas de responsabilidad:** De las entidades de salud encuestadas, el 78% maneja una estructura donde asignan recursos directos e indirectos a las diferentes áreas de responsabilidad que componen la entidad, el 13% de las entidades se encuentran implementando este tipo de estructuras y el 9% restante no cuenta con este tipo de división interna de recursos.

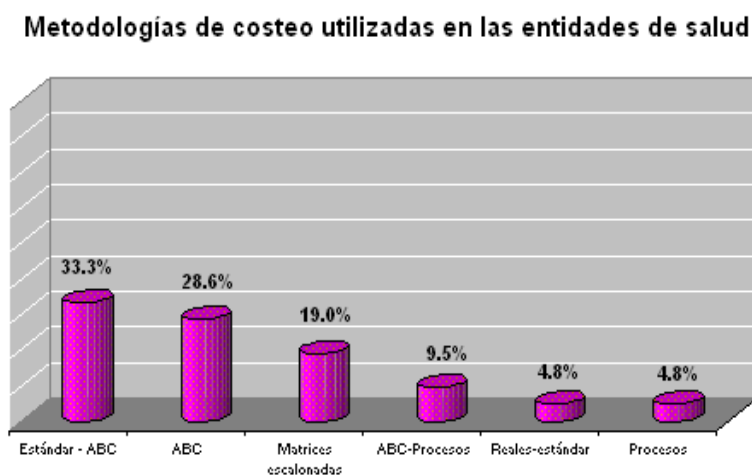
Dada la importancia que tiene la adecuada separación de costos y gastos por centros de costos, se percibe positivo el que un porcentaje tan alto de entidades tengan o estén implementado este tipo de metodologías, sin embargo, dado que la pregunta no profundiza mucho sobre el adecuado manejo de las mismas, es de esperarse que ese 71% de entidades esté



haciendo un uso adecuado de esta herramienta y realice adecuadas distribuciones utilizando las bases de asignación que mejor se identifiquen con los recursos a distribuir.

## 6. Metodología de costeo:

El tema de metodologías de costeo, es tal vez la pregunta que más luces nos pueda brindar sobre el conocimiento que tienen las entidades sobre el tema. Esta es una pregunta que sólo se práctico a las entidades que ya tienen o están implementando el sistema de costos y de las respuestas otorgadas haremos el siguiente análisis



- El 33.3% de las entidades utiliza una combinación ABC – Estándar, el mecanismo de operación de dicha combinación es que las entidades utilizan, múltiples bases de asignación para la distribución de los costos y entre ellas utilizan los “protocolos de costos” o lo que se podría denominar las hojas de costos estándar de cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo, como base de asignación de los costos reales, sin embargo aunque dicen utilizar costos estándar no registran variaciones dentro de la contabilidad. En esta categoría se encuentra una mala utilización de la metodología ABC, pues sólo se concibe como la que utiliza múltiples bases de asignación y no se utiliza para el cálculo del costo de las actividades, ni para hacer gestión sobre las mismas.
- En segundo lugar se encuentra el sistema de costos ABC con el 28.6% de las entidades. El manejar este sistema de costeo permitiría pensar que las entidades están optando por metodologías relativamente modernas para el cálculo de sus costos, sin embargo, al profundizar sobre el manejo de dicha metodología encontramos que la mayoría de las entidades denominan ABC a la utilización de múltiples bases de asignación para la distribución de costos y gastos y no porque calculen el costo de las actividades y procesos administrativos y operativos, lo que denota un desconocimiento total de la metodología y su forma de operación.
- En tercer lugar aparece una metodología denominada Matrices escalonadas con un 19% de las entidades encuestadas. Las matrices escalonadas no son más que la distribución de los costos y en

ocasiones de los gastos reales consumidos por la entidad entre centros de costos y unidades funcionales (procesos), por lo que no puede denominarse metodología de costeo, simplemente es el nombre que un proveedor de software le ha dado a este tipo de distribuciones absolutamente tradicionales de costos.

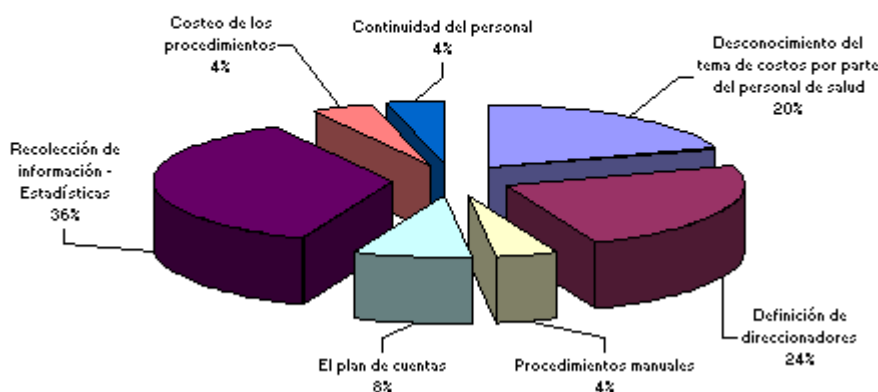
- En cuarto lugar aparece una combinación entre ABC y procesos, la cual se utiliza en el 9.5% de las entidades encuestadas, pero al analizar la información calculada se encuentra que lo que hacen es una distribución multinivel hasta llegar al costeo de las unidades de servicio, unidades funcionales o procesos asistenciales llevados a cabo, que es lo mismo realizado por las matrices escalonadas, es decir una distribución tradicional de costos en varios niveles.
- En quinto lugar aparece una combinación de metodologías realizada por el 4.8% de las entidades encuestadas y que denominan reales-estándar, pero que sigue siendo la misma distribución multinivel de costos y gastos utilizando múltiples bases de asignación entre ellas los protocolos de costos para calcular el costo de cada procedimiento. Se debe aclarar en la denominación utilizada por este grupo de entidades que no hay una metodología llamada “real”, en realidad se refieren a la distribución de costos reales a diferentes niveles de información y que aunque dicen utilizar la metodología estándar lo único que hacen es utilizar la hoja de costos estándar de los procedimientos para distribuir costos reales, pues no se registran en la contabilidad no el costo estándar ni las variaciones.
- El 4.8% de las entidades encuestadas denomina la metodología de costeo que utiliza bajo la categoría tradicional, sin especificar dentro del grupo de tradicionales cual utiliza, pero al indagar sobre el funcionamiento de la misma se encuentra que sigue siendo una distribución multinivel de costos reales, llegando sólo hasta el costeo por unidad de servicios o funcional
- El 4.8% restante dice utilizar el costeo por procesos, dado que calculan el costo de cada unidad funcional o unidad de servicio.

Al analizar detalladamente las respuestas otorgadas a esta pregunta, se puede concluir que hay un desconocimiento por parte de las entidades de salud y de quienes se encargan en ellas de calcular los costos, sobre cuáles son las metodologías de costeo que han sido definidas como tal por la teoría de costos, pues se encuentra muchas inconsistencias entre lo que dicen hacer y lo que realmente hacen, por ejemplo, aunque la mayoría de las entidades encuestadas dice utilizar ABC como metodología de costeo base, es decir, ya sea sola en combinación con otras, muy pocas realmente la utilizan tal y como se debería, lo que se encuentra es que las entidades llaman ABC a la distribución de costos y algunas veces de gastos entre los diferentes niveles de información, sin

embargo no hacen énfasis en el costeo y gestión de las actividades tanto de apoyo como asistenciales, así mismo aunque muchas dicen utilizar el costeo estándar, lo único que hacen es preparar una hoja de costos para cada uno de los procedimientos ejecutados sin hacer cálculo de variaciones ni registrar las mismas en la contabilidad. Se concluye, por tanto, que la mayoría de entidades encuestadas lo que hace es una distribución de costos reales entre los niveles centros de costos (administrativos, logísticos y asistenciales) – procesos asistenciales – en algunos casos se llega a procedimientos y en muy pocos casos se costean otros niveles de información tales como paciente, patología o grupos relacionados de diagnóstico que son de verdad niveles necesarios en este tipo de entidades y que servirían en el proceso de toma de decisiones, así mismo la mayoría de las entidades centra la metodología en el cálculo del costo y no en el análisis de los resultados, por lo que se conserva una visión tradicional de los costos.

#### 7. Principales obstáculos para el sistema de costos:

##### Principales obstáculos en la implementación del sistema de costos



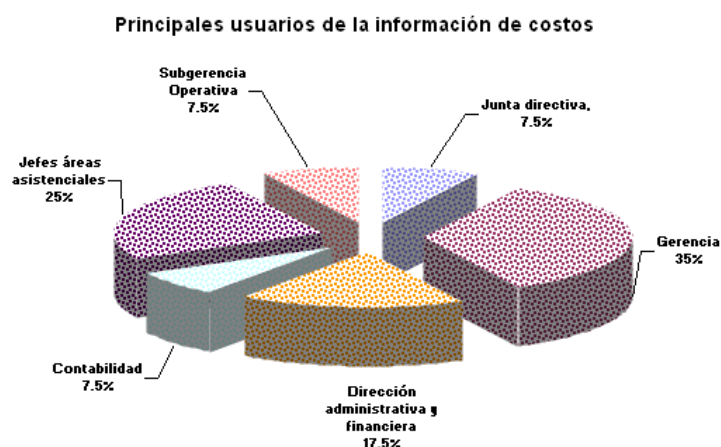
Dentro de los principales problemas que tienen o han tenido las entidades de salud tanto en el montaje como en el sostenimiento del sistema de costos se encuentran: el 36% considera que la recolección de la información estadística para la construcción de las bases de asignación es el principal problema, el 24% considera que la definición de las bases de asignación son el principal obstáculo, por la subjetividad que éstas puedan tener, el 20% considera que el principal obstáculo ha sido la falta de formación del personal del área de la salud en el manejo de la información de costos y por ello la dificultad en la recolección de la información y en la utilización de los informes de costos, el 8% de las entidades considera que el principal inconveniente que tienen es el plan de cuentas y su forma de codificación, el 4% considera que el principal inconveniente es la cantidad de procesos manuales que deben realizarse en el área de costos. Otras razones que fueron



dadas por el 4% de las entidades son la falta de continuidad en el personal que procesa la información de costos, y el costeo al nivel de detalle de procedimientos pues es un nivel muy importante pero se requiere mucha información para costearlo.

Se puede concluir que la mayoría de las entidades encuestadas identifican obstáculos o problemas relacionados con la información necesaria para el cálculo de los direccionadores y la posterior distribución de costos, y teniendo en cuenta que la adecuada distribución de costos y por ende los direccionadores utilizados, son uno de los principales elementos para que la información sea confiable y útil para la toma de decisiones, queda la inquietud sobre la confiabilidad que pueden tener y el grado de actualización al que son sometidos.

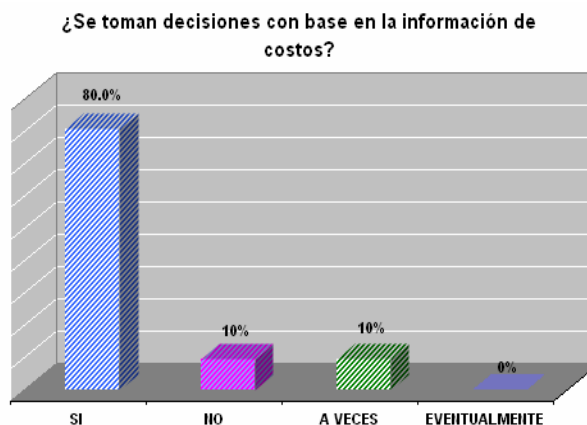
8. **Principales usuarios de la información generada por el sistema de costos:** Los principales usuarios de la información generada por el sistema de costos son: la gerencia con el 35%, los jefes



de las diferentes áreas asistenciales con el 25%, la dirección administrativa y financiera con un 17.5%, la junta directiva con un 7.5%, el área contable con un 7.5%, la subgerencia operativa con un 7.5%. Analizando las respuestas asignadas a esta pregunta, desde la óptica de la utilidad de la

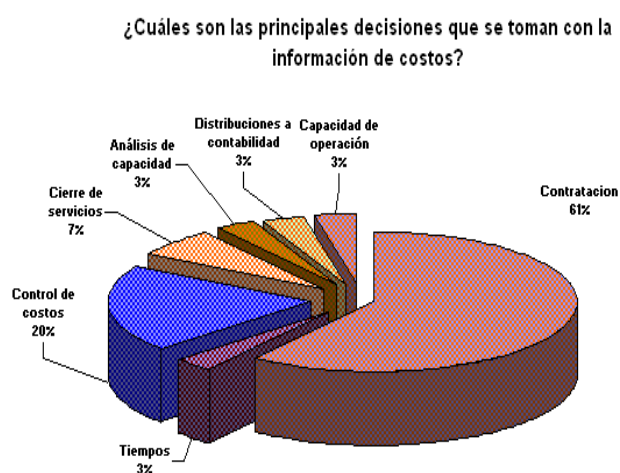
información para la toma de decisiones, se podría concluir que las áreas de la empresa que mayor ingerencia tienen en la toma de decisiones son quienes mayores porcentajes de utilización tienen. Sin embargo se observa que en algunas entidades la información de costos no se le está dando el uso adecuado, pues por ejemplo se encuentra que el usuario principal es el área contable para la realización de los registros contables.

9. **¿Se toman decisiones con base en la información de costos?:** El 80% de las entidades encuestadas toman decisiones con base en información de costos, por lo que se podría concluir que aquellas entidades que ya tienen consolidada una metodología de



costeo, la cual procesa información de costos de manera periódica y genera informes para las diferentes dependencias, utilizan dicha información para la toma de decisiones, el 10% de las entidades no toma decisiones con base en la información de costos y el 10% restante en ocasiones utiliza la información. Estos dos últimos porcentajes corresponden a las entidades que aun no cuentan con un sistema de costos o se encuentran en proceso de implementación. Sin entrar aun a analizar qué tipo de decisiones se toman, es importante destacar la importancia que le dan las entidades a la información de costos como un elemento necesario en el proceso administrativo.

10. **¿Cuáles son las principales decisiones que se toma con esta información?:** Al analizar detalladamente las decisiones que se toman con base en la información de costos, se observa que las entidades están dando una mayor importancia a decisiones relacionadas con la vena de servicios, pues el 61% de las entidades toman decisiones tienen que ver con la rentabilidad

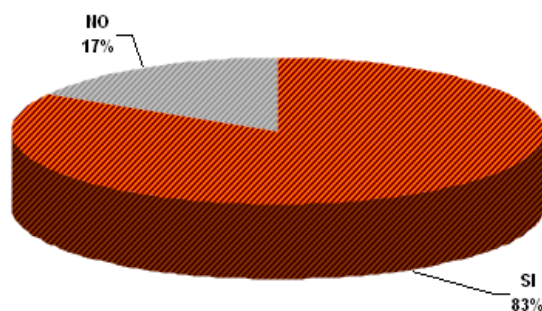


alcanzada, la cual es una variable poco controlable por la entidad. El 20% de las entidades toma decisiones relacionadas con el control o racionalización de costos, preocupa sin embargo que a decisiones relacionadas con el cierre o replanteamiento de servicios (7%), el análisis de la capacidad de operación (3%), o el análisis de tiempos empleados (3%) que son decisiones más importantes

dentro la estructura financiera y operativa de la entidad se le de tan poca importancia. También preocupa que algunas entidades consideran las distribuciones de información a contabilidad como una de las principales decisiones que se toman en costos. Las respuestas a estas preguntas nos permiten concluir que las entidades de salud aunque han invertido tiempo y recursos en la implantación de sistemas de costos aun no le han dado a los mismos la importancia que ellos tienen en el proceso de toma de decisiones, están reduciendo sus bondades a comparar el costo vs. el ingreso y analizar si se gana o se pierde, es decir a análisis posteriores a la ocurrencia de los hechos, pero poca importancia se le da como herramienta predictiva que permita hacer un uso adecuado de los recursos para con ello mejorar los resultados alcanzados.

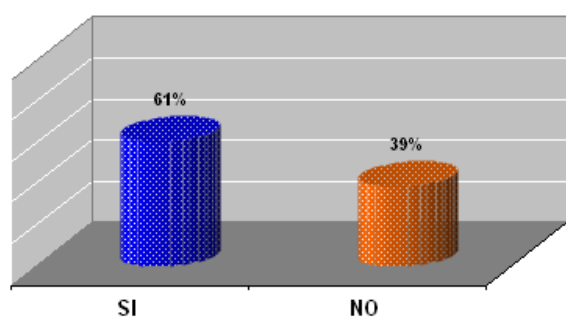
**11. Información contable en el sistema de costos** Esta pregunta que sólo fue respondida por las entidades que ya tienen un sistema de costos funcionando, muestra que el 83% de ellas sólo incluye información contable al momento de calcular los costos y el 15% incluye otro tipo de información que no se encuentra registrada en la contabilidad, específicamente se enunció la inclusión de bienes totalmente depreciados. Esta respuesta confirma lo que hemos venido enunciando en numerales anteriores en el sentido de que las entidades siguen muy apegadas a los valores registrados en la contabilidad para efectos del cálculo de los costos, lo que va en contravía de la utilidad de la información para la toma de decisiones, pues es claro que muchos aspectos relevantes de la organización pueden no estar incluidos en la contabilidad y aunque muchas entidades justifican su no inclusión en la normatividad vigente que presenta como principal y casi única fuente de información del sistema de costos al sistema contable, es claro que pueden hacerse conciliaciones cuando los valores no coincidan.

¿Para el cálculo de los costos sólo se incluye información contable?



**12. ¿Se excluyen datos de la contabilidad para el cálculo de los costos?:** En cuanto a la exclusión o

¿Se excluyen datos de la contabilidad para el cálculo de los costos?

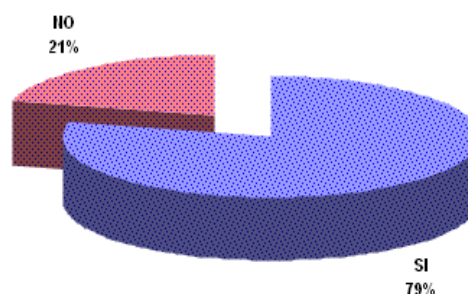


retiro de datos que se encuentran en la contabilidad pero que no son relevantes para el sistema de costos, el 61% de las entidades manifiesta que se excluyen datos tales como impuestos, gastos no operacionales, gasto público, margen de contratación, provisiones, jubilados, financieros, vigencias anteriores, balance social, provisión cartera, litigios y cálculo

actuarial. El 39% de las entidades encuestadas, que tienen el sistema de costos en operación, procesan la información tal y como viene del sistema contable sin retirar ningún concepto. El hecho de que un porcentaje tan alto de entidades no realice una depuración de las cifras antes de calcular el costo de los centros de costos, las unidades funcionales o servicios, procedimientos, etc. hace que la información calculada pierda utilidad para la toma de decisiones en análisis como las contribución marginal, los costos controlables, costos relevantes, entre otros.

13. **¿Los gastos de administración se distribuyen a las unidades funcionales?:** La distribución de los gastos administrativos a las unidades de servicio es un procedimiento propio de metodologías modernas de costos, las cuales consideran que el costo de un producto o servicio no se compone solo de los costos operacionales, adicionalmente se debe asignar los gastos de apoyo o administrativos necesarios para que el servicio se pueda ofrecer. No obstante la afirmación anterior, se pudo observar que el 79% de las entidades que cuentan con un sistema de costos en operación realizan este tipo de distribución, lo que significa que inclusive muchas de las entidades que expresaron utilizar una metodología tradicional de costos hacen este tipo de distribuciones, lo que contradice la metodología aplicada pero que es positivo a la hora de analizar la información por servicio o producto y tomar decisiones con ella. Un 21% de las entidades se mantiene en la utilización de metodologías tradicionales de costos donde no se concibe la distribución de los gastos administrativos a las unidades funcionales o de servicio.

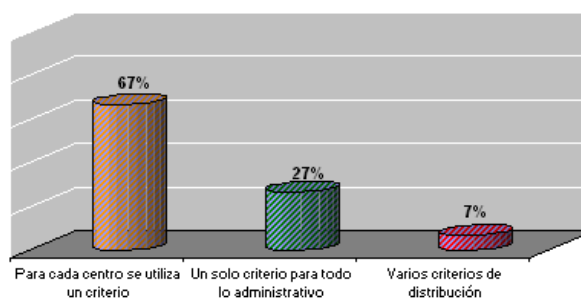
¿Los gastos de administración se distribuyen a las Unidades Funcionales?



En esta pregunta es importante analizar no sólo si se distribuyen los gastos administrativos a las unidades funcionales o de servicio, sino cómo se hace. Por esta razón, se le preguntó a las entidades que afirmaron distribuir dichos gastos, por la forma en que lo realizan y se encontraron los siguientes resultados:

El 67% de las entidades utiliza un criterio de distribución por cada área o centro de costo administrativo o de apoyo a distribuir, el 27% utiliza un solo criterio para todo el gasto administrativo y el 7% restante utiliza varios criterios de distribución con los cuales se reparten los centros

¿Cómo realizan la distribución de los gastos administrativos?

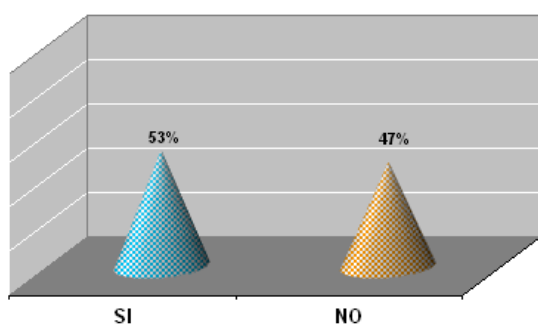


administrativos o de apoyo, por lo que es posible que se repita un criterio en varios centros. Las respuestas a esta pregunta nos permiten concluir que aunque se ha avanzado en la utilización de conceptos modernos de costos que asignan los gastos administrativos y de apoyo a las unidades de servicio o de producto, la forma en que se realizan dichas distribuciones no garantizan una buena asociación entre los recursos distribuidos y quien los recibe, porque en el mejor de los casos

empleados que es el de utilizar un criterio por dependencia o centro de costo, es probable que no todos los recursos consumidos por dicho centro se relacionen con el criterio utilizado para la distribución. Para ejemplificar la situación expresemos lo siguiente, es probable que para distribuir el centro de costo *Almacén* se utilice el criterio *# de despachos* de materiales realizado a cada unidad de servicio, sin embargo muchas de las actividades realizadas en el almacén no dependen de los despachos sino del volumen de materia prima que ingresa o que se acomoda. Por ello es necesario que las entidades avancen hacia un análisis más detallado de los recursos que distribuyen buscando siempre la aplicación de criterios razonables y confiables.

**14. Los Informes de costos en las reuniones institucionales:** Sólo en el 53% de las entidades que

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

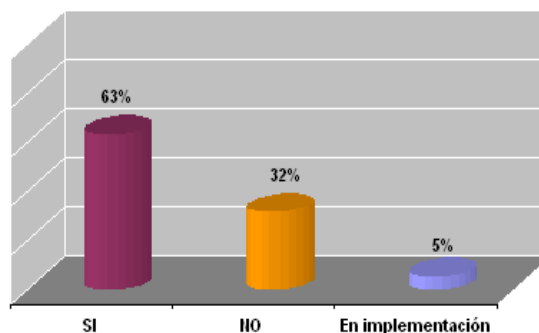


procesan información y generan reportes de costos, éstos se discuten en las reuniones institucionales, en el 47% restante, los informes no se discuten en este tipo de reuniones. La socialización de los resultados obtenidos en cada periodo, es un paso fundamental hacia la creación de una verdadera cultura de costos dentro de la empresa y para sensibilizar a los empleados sobre el manejo y racionalización

en el consumo de recursos, así mismo el hecho de que no se discutan los informes de costos en muchas entidades hace que la información pierda utilidad para la toma de decisiones, que es uno de los objetivos fundamentales para los cuales se prepara.

**Software para el procesamiento de la información de costos:** El 63% de las entidades que ya tienen implementado un sistema de costos cuentan con un software para el procesamiento de la información, mientras que el 37% restante procesa la información en hojas de cálculo, de forma manual o se encuentra en proceso de implantación del sistema que permitirá el procesamiento y cálculo de los costos. Aunque es claro que en el medio no existen muchas aplicaciones para el procesamiento de la información de costos en entidades de salud, si se han hecho algunos desarrollos, pero los usuarios se quejan porque aún presenta algunas fallas y no brinda posibilidades de acoplarse a las condiciones de cada entidad, adicionalmente no permite el manejo de modelos ABC con todo lo que ello implica.

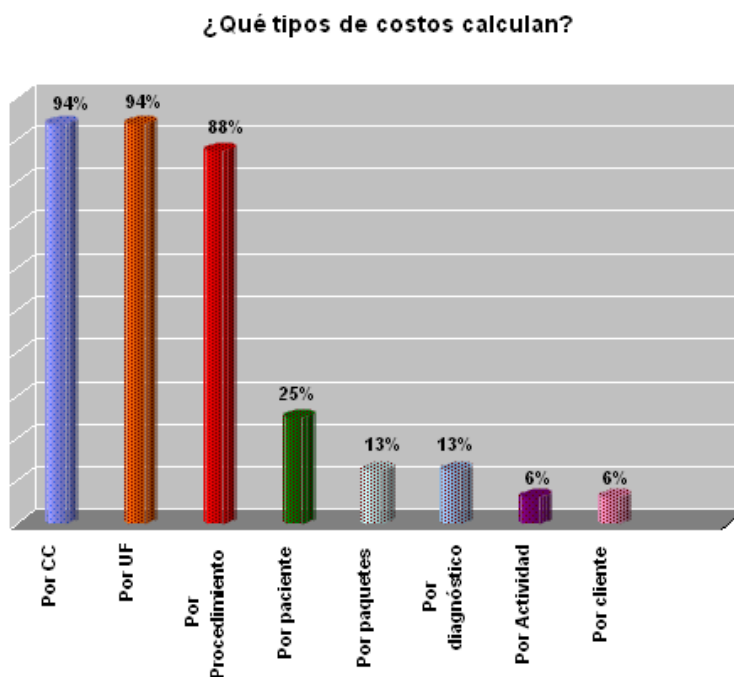
¿Cuentan con un software para el procesamiento de la información de costos?



**15. Objetos de costo:** Con esta pregunta podemos detectar el grado de detalle que han alcanzado las entidades encuestadas en la implantación de sus sistemas de costos, encontrando las siguientes cifras:

El 94% de las entidades encuestadas, que afirman tener en operación el sistema de costos, costea el nivel de centros de costos, el cual es el nivel más básico de información que se

puede tener en un sistema de costos y que configura un enfoque funcional en el cual se puede conocer los recursos consumidos por cada área tanto administrativa como logística y operativa de la organización y que permite un primer control de recursos, es por ello, que ese esperaríamos que todas costearán este nivel, pero algunas aún no lo hacen.



El 94% de las entidades calcula el costo de cada unidad funcional o de servicio. Esta respuesta también es un poco contradictoria, pues todas las entidades deberían calcular costos para este nivel de información dado que las unidades funcionales son las áreas de servicio principales y es tan lógico que se costeen, que hasta el plan de cuentas viene separado de este modo y exige que se registre el costo asociado a cada una de ellas, así mismo es un nivel importante porque los ingresos también se registran de este modo y se requiere para poder hacer una adecuada asociación ingresos-costos.

El 88% de las entidades que tienen en operación el sistema de costos calculan los costos asociados a cada uno de los procedimientos o intervenciones realizados, dado que los manuales tarifarios y en general el sistema de contratación define tarifas a este nivel de detalle se esperaríamos que todas las entidades llegaran a este nivel de costeo, sin embargo hay algunas empresas que expresan inconvenientes para llegar a este nivel de detalle dada la cantidad de procedimientos que realizan y la complejidad de calcular costos para ese nivel.

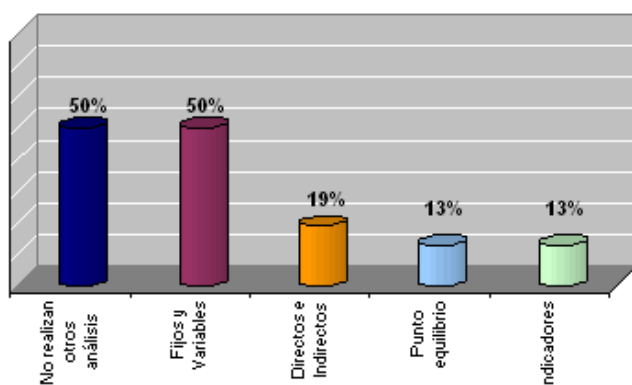
Otros niveles importantes de información que se costean en un grupo pequeño de entidades son: por paciente 25%, por grupo relacionado de diagnóstico con un 13% de las entidades encuestadas, por paquete (13%) y por cliente (6%). Para que un sistema de costos llegue a niveles de detalle

como los anteriores que son logrados por un pequeño grupo de entidades se requiere entre otras condiciones haber madurado un proceso de costeo, contar con aplicaciones que faciliten la captura y recolección tanto de la información de costos y gastos como de las estadísticas que permiten la construcción de los direccionadores, haber desarrollado una buena cultura de costos a todo nivel de la organización, y por último contar con un buen proceso de retroalimentación de los resultados arrojados por el sistema de costos, el cual permita que los usuarios de la información le den el valor que la misma merece.

Un reducido grupo de empresas (6%) calcula el costo de las actividades y de los procesos realizados, otra respuesta contradictoria, dado que en una pregunta anterior más del 50% de las entidades que ya tienen implementada una metodología de costeo afirmaron utilizar el ABC ya sea sola o combinada con otras metodologías, con lo que se confirma que muchas de ellas conciben el ABC como una metodología que combina múltiples bases de asignación y que distribuye los gastos administrativos a los servicios, lo que contradice la verdadera filosofía de este sistema, el cual busca esencialmente costear niveles de información que no contemplan otras metodologías: actividades, procesos, etc. y establecer una plataforma de gestión estratégica sobre la información buscando la eficiencia en el uso de los recursos.

16. **¿Realizan otros tipos de análisis de costos? (costos fijos vs. variables, directos vs. indirectos, etc.):** El trascender del mero cálculo de los costos al análisis de los mismos es lo que le convierte a

¿Qué otros análisis de costos realizan?



este tipo de información en una herramienta útil para la toma de decisiones. De las respuestas dadas a esta pregunta por las entidades que ya tienen implementado un sistema de costos podemos concluir la poca utilidad que tiene la información de costos para la toma de decisiones, pues el 50% de estas entidades no realiza ningún análisis adicional a calcular el costo de los niveles de información definidos dentro

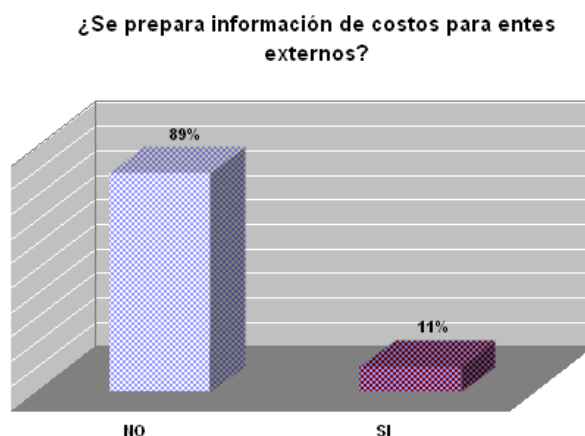
de su modelo. Este grupo de entidades se quedan en el cálculo y abandonan en gran medida el análisis detallado de los resultados. El otro 50% de las entidades realiza un análisis básico que consiste en la separación de costos en fijos y variables para efectos de análisis marginales y de capacidad, el 19% de las entidades realiza además análisis de costos clasificando los mismos en directos e indirectos, lo cual es útil para analizar el control y la relevancia de los mismos. El 13%,

además de separar los costos en fijos y variables calculan puntos de equilibrio, lo que es un análisis muy importante en un sector donde los análisis de capacidad y los volúmenes de operación tienen tanta relevancia. Un 13% de las entidades calcula indicadores relacionados con costos.

Se comprueba que las empresas del sector se encuentran en una etapa en la que están tratando de consolidar sistemas de costos confiables y oportunos, y no transitan todavía por etapas en las cuales se les da a estos sistemas la inmensa utilidad que tienen para apoyar los procesos decisorios de la organización. El riesgo que se corre al no atravesar ese límite de forma rápida es que los usuarios pierdan la credibilidad en el sistema y nunca se hagan conscientes de su importancia y éste se convierta en un proceso netamente operativo que genera unos resultados que muy pocas veces son útiles.

**17. Informes de costos para entidades externas:** El 89% de las entidades encuestadas que generan

informes de costos no preparan ningún tipo de información específica sobre el tema para entidades externas, el 11% restante ha preparado eventualmente informes de costos para entidades externas tales como Alcaldías, Contralorías, EPS y la Superintendencia de Salud. Es muy claro que los entes que regulan el sector no solicitan de manera habitual



informes que les permitan, aparte de confrontar el cumplimiento de la ley en este tema por parte de sus vigilados, utilizar esta información para el análisis y la definición de políticas sectoriales, tal y como se hace en otros países. Es decir 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, lo que es muy preocupante y que resume los resultados arrojados en las anteriores preguntas: muchas entidades que no cuentan con sistemas de costos o dichos sistemas no están generando los resultados esperados.

Al concluir esta etapa de indagación en las grandes entidades prestadoras de servicios de salud privadas y públicas de Medellín y el área metropolitana es preocupante los resultados que arrojan las entrevistas en lo que tiene que ver con la implementación de sistemas de costos, la aplicación de los planes de cuentas, el conocimiento que tienen las entidades sobre la normatividad que las regula, sobre todo en las privadas y sobre la calidad y utilidad de la información de costos para la toma de



decisiones. Preocupa en el sentido de que si las entidades que se consideran grandes aun tienen este nivel de desconocimiento e inconsistencias en la información generada, cabe la pregunta ¿qué se puede esperar de la gran cantidad de clínicas privadas de tamaño mediano y pequeño que existen en la ciudad y en el país?

## 2. PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL SECTOR

Respondiendo al objetivo de esta investigación, se podría decir, una vez realizado el proceso de recolección de información y de diálogo con jefes de departamentos contables y de costos en las entidades del sector, representadas en una muestra de hospitales y clínicas de tamaño significativo y con múltiples unidades de servicio; que hay serios problemas en la calidad de la información contable y de costos que se prepara.

Nos permite llegar a esta conclusión los siguientes hallazgos:

### 3.1 Información contable y de costos

La normatividad contable y de costos vigente en el sector salud en Colombia no es clara, los planes de cuentas que aplican tanto las entidades públicas como las privadas tienen grandes inconsistencias, sobre todo en las cuentas de costos de operación. Las entidades, aunque aparentemente cumplen con el procesamiento de la información contable y el reporte de la misma, no hacen un uso adecuado 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.

En este aspecto, las entidades encargadas de la inspección, regulación, vigilancia y control deben hacer un replanteamiento profundo y juicioso de sus políticas contables y de costos, con lo cual se logre una adecuada estructuración y unificación de la información solicitada a las entidades del sector, lo que debe conducir a la definición de un *plan único de cuentas para todas las entidades vigiladas* y posteriormente hacia una *metodología unificada para el manejo de costos y gastos*, tal y como se ha hecho en otros sectores, para posteriormente, generar políticas de medición de gestión y resultados a través de esta información y un replanteamiento de la estructura tarifaria vigente hacia una más compleja que involucre la fijación de tarifas con base en criterios de costos elaborados sobre sistemas confiables y que tenga en cuenta conceptos como la calidad, capacidad, tecnología, entre otras variables.

### 3.2 Sistemas de costos

En el proceso investigativo se pudo comprobar el desconocimiento y disparidad de criterios aplicados por las entidades de salud en lo que tiene que ver con la información de costos. Podríamos comenzar por decir que aunque desde 1993 se exige que todas las entidades prestadoras de servicios de salud tengan un sistema de costos que apoye el proceso gerencial y de fijación de tarifas, la realidad encontrada 15 años después es preocupante. Muchas entidades consideradas grandes aun no cuentan con este sistema, muchas otras han llevado a cabo procesos de implementación de sistemas de costos pero aun no le dan la importancia que éste debe tener como herramienta de gestión. Y si esta situación se encuentra en entidades de tamaño significativo, ni que hablar de las pequeñas y medianas, pues allí si que es escaso encontrar que apliquen de manera habitual y adecuada una metodología de costos.

Otro aspecto que inquieta es que los criterios aplicados por cada entidad para llegar al costo final de cada uno de sus productos y servicios, y más aun, los niveles de información costeados son muy diferentes, por lo que no se podrían hacer análisis ni comparaciones.

Podríamos decir que una de las razones que no ha permitido que los sistemas de costos se consoliden como una verdadera herramienta de gestión es el desconocimiento que en general se tiene sobre el tema de costos, lo cual se pudo comprobar al preguntar sobre los procedimientos llevados a cabo por las entidades para la distribución de los costos, pues en las respuestas dadas se dejó ver la falta de claridad sobre el tema, incluso entre contadores y encargados de manejar los sistemas de costos, las principales inconsistencias encontradas son:

- **Los niveles costeados:** no hay uniformidad sobre cuáles deben ser los niveles de información a costear y aunque 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, que podrían ser muy útiles al momento de tomar decisiones.
- **La asignación de los gastos administrativos y logísticos a los productos o servicios:** se encuentran contradicciones grandes entre las empresas sobre los conceptos que se deben asignar a los productos o servicios finales, en la gama de posibilidades se encuentran entidades que solo 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. Estas contradicciones se generan en la falta de definición de los criterios que se deben aplicar al momento de adelantar el proceso de

costeo, criterios que deben ser definidos por el ente regulador si quiere que la información sea uniforme y pueda compararse.

- **Las bases de asignación utilizadas:** en este aspecto se encuentra 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. Aunque con el tema de criterios o bases de asignación es imposible unificar conceptos y siempre se debe manejar algún grado de subjetividad, si es importante que se definan claramente los niveles a costear y la metodología que se debe emplear, haciendo lo anterior se mitiga el impacto que puedan tener las bases de asignación utilizadas por cada entidad en el resultado final del proceso de costeo.
- **Metodología de costeo aplicada:** Frente al tema de la metodología o metodologías que se deben aplicar en el sector, es claro, tal y como se explicó en la primera parte de este documento, que son múltiples los métodos aplicables, sin embargo, nos parecen muy alentadoras las respuestas dadas por las entidades incluidas en el estudio, en las cuales se muestra una clara preferencia por metodologías modernas de costo tales como el Costeo Basado en Actividades o el costeo híbrido (combinación de metodologías). El ABC es una de las metodologías más aplicadas en la actualidad y tiene unas grandes ventajas sobre metodologías tradicionales, sin embargo, se pudo detectar en el desarrollo de la investigación muchas inconsistencias en su aplicación por parte de las entidades que dicen utilizarla, las cuales provienen del poco conocimiento sobre la metodología.

### 3.3 Los costos como herramienta de gestión y toma de decisiones

Con respecto al tema de la utilidad que tiene la información de costos generada por las entidades de salud para la toma de decisiones y la gestión organizacional, es donde más problemas se encuentran. Como se expuso anteriormente, durante el proceso investigativo se encontraron fallas tanto en el registro de la información contable como en la aplicación de los sistemas de costos, y si estos dos aspectos no funcionan correctamente es casi imposible que la información que se genera sea útil para apoyar las decisiones gerenciales.

Prueba de ello es que al ser interrogadas sobre las principales decisiones que toman con la información de costos, las entidades participantes en el estudio concentraron sus respuestas en la determinación de tarifas y el apoyo a los procesos de negociaciones, adicionalmente el 50% de las entidades encuestadas dicen no hacer ningún análisis adicional al cálculo de los costos. Con esto se demuestra que falta madurar los modelos de costos que poseen éstas instituciones y que la información que generan o no es plenamente confiable o no han descubierto la utilidad que puede tener como herramienta de gestión.

Los modelos de costos tienen necesariamente que evolucionar de lo instrumental a lo analítico. El concentrar todos los esfuerzos simplemente en el cálculo de unos resultados sin que se surta un proceso de análisis y sobre todo que se implementen planes de mejoramiento continuo, significa invertir grandes recursos sin que se generen los beneficios esperados. La verdadera utilidad de un modelo de costos radica en las decisiones que a partir de la información se puedan tomar, decisiones que pueden ser tomadas al interior de la entidad, tales como: el análisis de actividades, la racionalización de recursos, el análisis de capacidad, el cálculo de puntos de equilibrio, combinación de productos, cálculo de contribuciones marginales y márgenes de rentabilidad, comparaciones internas y externas, simplificación de procesos, programas de beneficios, planeación adecuada de la cadena de suministros, decisiones de tercerización, análisis de eficiencia y productividad, entre otras; o decisiones tomadas por las entidades de regulación y control tales como: análisis de demanda y oferta, costos medios de prestación de los servicios, eficiencia en la utilización de recursos transferidos, cálculo de indicadores sectoriales, clasificaciones de hospitales y clínicas de acuerdo con el comportamiento de sus costos, etc.

Al combinar los tres factores antes expuestos: 1. baja calidad en la información contable, sobre todo en lo que tiene que ver con información de costos, 2. problemas con la implementación de sistemas de costos por diferencias de criterios y metodologías aplicadas y 3. la poca utilidad que dichos sistemas están generando para la toma de decisiones tanto interna como externa, se llega a la conclusión final de que es el momento que la Superintendencia Nacional de Salud deje las improvisaciones, haga un alto en el camino y replantee de forma profunda y juiciosa la forma en que ha venido abordando el tema, y que se genere una política sectorial que mejore la calidad, cantidad y oportunidad de la información de costos en un sector como el de salud que tiene tanta trascendencia, no sólo por la cantidad de recursos que se invierten sino por la importancia que tienen las actividades que se desarrollan para la comunidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arcila, L.G. (2003). Costos hospitalarios y grupos relacionados de diagnóstico. Medellín: Editorial Hospital san Vicente de Paul.
- Barón, G. (2007). Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias”. Revista Salud Pública, volumen 9, número 2, abril-junio.
- Candia, B, Isasi, C. (1997). Manual sobre desarrollo de protocolos. Revista todo Hospital 139, septiembre.
- Congreso de la República de Colombia. (1990). Ley 10, por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Contaduría General de la Nación. (2007). Resolución 356, por la cual se adopta el Manual de Procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública.
- Contaduría General de la Nación. (2008). Marco de Referencia para la implantación del sistema de costos en entidades del sector público.
- Cuervo, J. y Osorio, J.A. (2007). Costeo Basado en Actividades ABC y Gestión Basada en Actividades ABM. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE. (2001). Coyuntura económica e indicadores sociales. SISD 30. Bogotá: República de Colombia, Departamento Nacional de Estadísticas.
- Decreto 2650 de 1993. Por el cual se modifica el plan único de cuentas para los comerciantes.
- Duque, M.I., Osorio, J.A. (2003). Sistema de costeo basado en actividades aplicado al sector salud. Revista Contaduría Universidad de Antioquia, número 43, julio-diciembre.
- Dueñas, G. (2003). La dirección de Hospitales por productos: Nuevas Metodologías de Cálculo y Análisis de Costos. Ponencia presentada al VIII congreso del Instituto Internacional de costos, Uruguay.
- Franco, A. (2004). La crisis hospitalaria actual. Revista Nuevos Tiempos, volumen 12, número 1.
- Fresneda, M.S. (1998). La contabilidad analítica en los hospitales públicos. Revista de contabilidad, volumen 1.
- Federación Internacional de Contadores, Comité del Sector Público. (2000). Estudio 12: Perspectivas de la contabilidad de costos en el sector público.
- Gamarra, L.M. (1999). S.O.S. hospitalario. Revista Seguridad Social al día, Número 15, octubre.
- García, B. (2006). Benchmarking en hospitales públicos a partir de la información suministrada por la contabilidad de costos. Revista de contabilidad, volumen 9, número 17.

- Gomero, M.C. (1997). Los GRDs como sistemas de medida para la instauración de protocolos clínicos que mejoren la calidad de los procesos asistenciales. Revista Todo Hospital 136, mayo.
- Henao, E.V. (1999). Radiografía de una crisis anunciada. Revista Seguridad Social al día, Número 15.
- Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Lorino, P. (1993). El control de gestión estratégico, Barcelona: Editorial Marcombo.
- Maturana, H. (1995). La Realidad: ¿Objetiva o Construida? Barcelona: Anthropos.
- Ministerio de Salud, Programa de Mejoramiento. (1999). Sistema de costos hospitalarios, manual de implementación. Primera edición.
- Montico, E., Velarde, M. (2003). Una propuesta de costos para las instituciones de asistencia medica colectiva: costos por pacientes y patología. Ponencia presentada al VIII congreso del Instituto Internacional de costos, Uruguay.
- OPS. Boletín epidemiológico. Glosario de indicadores y datos. Vol 21, No. 4. Disponible en <http://www.col.ops-oms.org.co>
- Superintendencia Nacional de salud. (1998). Resolución 106, por la cual se modifica la resolución 0867 de 1996, plan único de cuentas para las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2001). Procedimientos contables.
- Superintendencia Nacional de salud. (2004). Resolución 1804, por la cual se emite el plan único de cuentas para Entidades Promotoras de Salud y Entidades Prepago privadas.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2006). Circular Única.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2008). Resolución 724, por la cual se emite el plan único de cuentas para las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones prestadoras de salud y entidades que administran planes adicionales de salud y servicios de ambulancia por demanda.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2008). Resolución 1424, por la cual se modifica la Resolución 724 de junio 10 de 2008.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2008). Resolución 1842, por la cual se modifica el artículo tercero de la Resolución 724 de junio 10 de 2008.
- Sánchez, C. (1999). Crisis puede ser sinónimo de oportunidad. Revista Seguridad Social al día, Numero 15, octubre.
- Salud Colombia, Public Health Journal on the net. Gasto Nacional en salud como porcentaje del PIB. Extraído el 4 de octubre de 2008 de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud75/portad75.htm>

- Toro, J.E. (2003). Hospital & Empresa: los hospitales como empresa. Medellín: Editorial Hospital San Vicente de Paúl.
- Urrutia, C. (2003). Selección de indicadores en un hospital a través del modelo del cuadro de mando integral. Revista Todo Hospital 197, junio.
- WHO. Constitución de la Organización mundial de la salud. Disponible en <http://www.who.int/es/>.