

artículos producto de proyectos de investigación

Debilidades en la regulación e información de costos en las entidades del sector salud*

Luis Fernando Gómez-Montoya

Especialista en alta gerencia con énfasis en calidad,
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Contador público, Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. Profesor investigador de la Universidad de Antioquia en las áreas profesionales de costos y contabilidad de gestión. Correo electrónico: fernandogomez@economicas.udea.edu.co.

María Isabel Duque-Roldán

Especialista en revisoría fiscal, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Especialista en didáctica universitaria, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Contadora pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Profesora investigadora de la Universidad de Antioquia en las áreas profesionales de costos y contabilidad de gestión. Correo electrónico: maduque@economicas.udea.edu.co.

* Este documento de carácter científico es resultado de la investigación denominada *Análisis de los sistemas de costos utilizados en las empresas del sector salud y su utilidad para la toma de decisiones*, registrada ante el Comité para el Desarrollo de la Investigación, CODI (Acta 500 del 4 de diciembre de 2007) y financiada con recursos autónomos del Departamento de Ciencias Contables de la Universidad de Antioquia.

Resumen La salud forma parte de uno de los más grandes e importantes sectores de la economía colombiana. Por ello, viene sufriendo una serie de transformaciones en la 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, inspección y control no han logrado aplicar o reglamentar con rigor la normatividad 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, GICCO, en la cual se comprueba por medio del estudio de una muestra representativa de hospitales públicos y clínicas privadas de la ciudad de Medellín y su área metropolitana, que no hay normatividad que regule los temas de costos para estas entidades y que, además, hay una gran discrepancia entre los sistemas de costeo empleados, los niveles de información costeados, los criterios o bases de distribución utilizados y los objetos de costo finales, 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 dentro de las propias organizaciones.

Palabras clave autor Sector salud, planes de cuentas, sistema de costos, costos hospitalarios, toma de decisiones.

Palabras clave descriptor Costos de la atención en salud, Colombia, normas, toma de decisiones, economía de la salud.

Weaknesses in Cost Regulation and Cost Data Management in Health Organizations

Abstract Health is one of the largest and most important sectors in the Colombian economy. This is why it has been going through a number of changes that seek to im-

prove the management of information concerning both financial and cost data. However, organizations in charge of supervision, regulation, inspection and control have not been able to rigorously apply or define the corresponding norms, which, since 1993, established that all health organizations should have a cost management system. This work presents the results obtained by the Research and Consultancy Group in Accounting Sciences at Universidad de Antioquia (GICCO in Spanish). Based on the analysis of a representative sample of public hospitals and private clinics in the Medellín metropolitan area, an absence of norms governing costs for these organizations is evidenced. Additionally, there are significant differences between the cost management systems used, the costing at different levels of information, the criteria of distribution used, and the final cost objectives. This makes it impossible to use or compare cost information for making decisions in the health sector, and sometimes this information is inadequate for making decisions within organizations.

Key words author Health sector, account plans, cost system, hospital costs, decision making.

Key words plus Health Care Costs, Colombia, Standards, Decision-making, Health Economics.

Fraquezas no controle e informação de custos nas entidades do setor da saúde

Resumo A saúde forma parte de um dos maiores e mais importantes setores da economia colombiana. Por isso, vem sofrendo uma série de transformações, uma delas é a melhorar a informação financeira e de custos gerados. Entretanto, as entidades encarregadas de controlar, regulamentar e inspecionar a matéria não tem conseguido aplicar ou regulamentar com rigor as normas que obrigam desde 1993 a que todas as entidades prestadoras de serviços de saúde na Colômbia tenham um sistema de custos. Neste documento, apresentam-se os resultados da pesquisa realizada pelo Grupo de Pesquisas e Consultorias em Ciências Contábeis da

Universidade da Antioquia, GICCO, em que se comprova que por meio do estudo de uma amostra representativa de hospitais públicos e clínicas particulares da cidade de Medellín e sua área metropolitana, que não há normatividade que regule os temas de custos para estas entidades e que, além disso, há uma grande discrepância entre os sistemas de custeio empregados, os níveis de informação custeados, os critérios ou bases de distribuição utilizada e os objetos de custo finais, isso faz com que seja impossível que a informação de custos seja comparável e útil para a tomada de decisões setoriais e, às vezes, nem sequer sirva para tomar decisões dentro das próprias organizações.

Palavras chave autor Setor da saúde, planos de contas, sistema de custos, custos hospitalares, tomada de decisões.

Palavras chave descritor Custos do atendimento em saúde, Colômbia, normas, tomada de decisões, economia da saúde.

Introducción

El objetivo central planteado en el desarrollo de este trabajo de investigación es analizar los sistemas de costos utilizados por las entidades prestadoras de servicios de salud en Colombia, tanto públicas como privadas, para calcular los costos, así como verificar si la información suministrada por estos sistemas es utilizada para la toma de decisiones y, adicional a ello, verificar la aplicación de la normatividad contable vigente relacionada con costos. Este objetivo nace de la intuición del grupo de investigación acerca de la falta de regulación clara en materia contable y de costos en el sector salud y, por ende, la multiplicidad de criterios aplicados por las entidades de salud al momento de diseñar e implementar sus sistemas de costeo y, en mu-

chos casos, la ausencia de estos sistemas en el proceso gerencial y de toma de decisiones.

La hipótesis planteada se fundamenta en una revisión de la normatividad contable y de costos disponible para el sector, en la cual se encuentran serias contradicciones y vacíos, lo que hace que las entidades implementen sus sistemas de costeo, de acuerdo con sus propias consideraciones. Esto es preocupante, dado que el sector salud es uno de los más importantes en Colombia no sólo por los recursos invertidos en él y la cantidad de empresas públicas y privadas que prestan este tipo de servicios, sino por el impacto de sus resultados en cada uno de los habitantes del país.

El trabajo de investigación se divide en tres partes. Una parte introductoria, en la cual se reseña la problemática que enfrenta el sector, esta problemática tiene qué ver con problemas estructurales y con problemas de la información contable y de costos que se prepara. Posteriormente, se muestra el cuestionario empleado en el desarrollo de la investigación y se explican los resultados que arrojó su aplicación. Por último, se presentan las principales conclusiones que se desprenden del análisis de los resultados.

1. Descripción del sistema de salud en Colombia

La salud en Colombia ha sido un sector de la economía que ha venido sufriendo una serie de transformaciones, que también ha generado una problemática que es importante analizar.

1.1. Aspectos generales

- El gasto nacional en salud como proporción del PIB viene aumentando progresiva-

mente, al pasar de 6,2% en 1993 a 7,8% en 2003, tendiendo a estabilizarse en ese nivel entre 2004 y 2008, y luego de haber alcanzado 9,6% en 1997 (Barón, 2007). Este aumento en el nivel de recursos inyectados al sistema debió involucrar la definición de controles estrictos sobre su recepción y distribución, cosa que no ha sucedido y que ha generado problemas de liquidez en muchas entidades.

- La organización que históricamente había tenido el sistema de salud en Colombia sufrió una seria transformación, a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, pues se 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, basado en la descentralización, la autonomía y responsabilidad de los prestadores de servicios de salud, que llega a sectores de la población que estaban excluidos y que presta servicios de carácter heterogéneo.
- La salud pasó de ser un mercado de pocos competidores y clientes cautivos, a un mercado de operadores privados y clientes abiertos. Esto incrementa el número de entidades de este tipo que entran al mercado a ofrecer servicios de salud, lo que impacta fuertemente la competencia, las tarifas y, por ende, la calidad. Las entidades encargadas de contratar los servicios con las clínicas y hospitales optan por otorgar los contratos a aquellas que ofrecen mejores tarifas; por esto, 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 a su estructura financiera, lo que las lleva a una reiterada iliquidez que les impide cubrir las obligaciones laborales, hay 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).

- Algunas de las entidades que prestan servicios de salud tenían –y aún tienen– estructuras de costos complejas, en las cuales los requerimientos de utilización de tecnología costosa, la alta proporción de personal de múltiples profesiones y oficios requeridos para la operación, los altos costos de personal, su antigüedad y las cargas de las convenciones colectivas pactadas durante años son algunos de los factores que representan los más altos costos de operación (Henaó, 1999).
- El control sobre el consumo de recursos o la racionalización en su utilización no son decisiones que reposen sobre la dirección de la entidad, dado que el personal que presta los servicios (médicos, enfermeras, etc.) y que en la estructura jerárquica de estas entidades está en la base, tiene el poder sobre esta decisión tan trascendental. Como lo expresa Fresneda (1998), al ser los pres-

criptores, 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; por lo anterior, la relevancia de este personal lo convierte en la parte fundamental de la organización, rompiendo así con la lógica jerárquica.

- La estructura financiera de estas entidades es compleja: costos fijos altos, capacidad ociosa (ya que en ocasiones no utilizan toda la capacidad instalada), niveles de rentabilidad relativamente bajos para el riesgo que su operación involucra y altos requerimientos de liquidez que no son posibles de obtener, dado que quien administra el dinero del sistema –en el caso colombiano, el Fondo de Solidaridad y Garantía– no gira oportunamente los recursos y reiteradamente incumple los acuerdos de pago.
- 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) y robo de medicamentos para ser vendidos en el mercado negro, entre muchos 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 que consultaran

la realidad de las entidades del sector. Esto hace que muchas de ellas, 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.

- Disminución en la calidad de los servicios prestados. 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.

La problemática desatada en el sector, que ha ocasionado el cierre o reestructuración de muchas clínicas y hospitales, 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. Sin embargo, la normatividad emitida tiene serias contradicciones en su construcción y fuera de ello no se han definido reglas claras para el reporte de información. A continuación, se presentan las deficiencias detectadas en la regulación contable del sector:

1.2. Aspectos relacionados con la información contable

En relación con los aspectos de carácter contable que de alguna forma inciden o tratan el reconocimiento y cálculo de los costos en la contabilidad, se pueden plantear las siguientes particularidades que describen las dificultades que se presentan para las empresas del sector:

- Múltiples planes de cuentas vigentes (1 para el sector público, 2 para el sector privado, que a partir de 2010 se fusionarán en uno solo). Cada uno de ellos tiene criterios diferentes en su construcción, lo que trae como consecuencia la imposibilidad de hacer comparable la información contable registrada en las diferentes entidades que componen el sector.
- Quienes definen los planes de cuentas en el sector salud, confunden los conceptos de *sistema contable* y *sistema de costos* y pretenden involucrar el sistema de costos dentro de la contabilidad. Esto es innecesario y poco práctico, porque implica la pérdida de oportunidad y confiabilidad en la información generada por cada subsistema.
- Niveles de detalle –como centros de costos (administrativos u operativos), áreas de servicio, procesos, unidades de negocio, tipos de procedimientos, etc.– pueden hacer parte de la estructura contable, pero no dentro del código de la cuenta. El catálogo de cuentas debe incluir sólo los conceptos de costo o gasto utilizados por la empresa (materiales, servicios personales, indirectos o generales, etc.). Con el avance de los sistemas y aplicativos financieros y contables, los catálogos de cuentas tien-

den a ser cada vez menos extensos, ya que información como el tercero, el centro de costo, la unidad de negocio, etc. se captura en campos separados que permiten manejar la información de manera relacionada y simplificando la generación de datos. Sin embargo, se siguen utilizando en el sector planes de cuentas que requieren 12 ó 14 dígitos para lograr información con el detalle necesario.

- Persiste la confusión entre un *costo de ventas* y un *costo de producción* y las cuentas que deben manejarse en cada uno de estos grupos.
- Hay grandes diferencias entre las áreas de servicio, los procesos misionales o las unidades funcionales (el nombre que se quiera dar) definidos para el sector público y para el sector privado.

1.3. Aspectos relacionados con la información de costos

Para los sistemas de costos en Colombia, no hay normatividad o regulación suficiente que dé los lineamientos a las empresas, dado que en la mayoría de los casos sólo remiten a la entidad a establecer el costo con un “método de reconocido valor técnico”. Es más, no exigen de manera explícita la implementación de dicho sistema; sin embargo, para el sector salud, se presentan los siguientes ítems que resumen las referencias y, en este caso, la obligatoriedad de disponer de sistemas de costos:

- La ley 100 de 1993, en el artículo 185, define que “*Toda institución prestadora de servicios de salud, IPS, 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, EPS, o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema”. Más adelante, en el artículo 225, aclara un poco la forma de implementación del sistema de costos para las EPS: “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”. Aunque la ley fue clara en la exigencia para las entidades que conforman el sector en cuanto a la implementación de sistemas de costos, los entes encargados de la vigilancia, inspección, regulación y control se quedaron cortos y no definieron medidas adicionales que permitieran corroborar que sus vigilados cumplieran la exigencia.

- Respecto a la forma como debían ser implantados dichos sistemas en el sector, también ha faltado claridad, dado que la teoría general de costos ha definido múltiples metodologías para el cálculo de los costos, pero no se han hecho estudios serios que – mediante el 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 la combinación de metodologías que mejor se acomoden a las necesidades de información del sector.

- Aunque muchas empresas encargadas de prestar servicios de salud han hecho intentos aislados por desarrollar sistemas de información de costos, no se conocen estudios que permitan identificar cuántas entidades realmente están aplicando metodologías de costeo de reconocido valor técnico. Aunque hay algunas excepciones, la mayoría de las entidades del sector maneja información de costos de baja calidad e inmersa en la contabilidad financiera. Adicionalmente, hay muchas inconsistencias entre los sistemas, bases de asignación y niveles de información costeados por las diferentes entidades de salud. Esta disparidad en el manejo de la información puede ocasionar que dos entidades obtengan resultados totalmente diferentes al costear el mismo producto o servicio, en condiciones similares de operación, lo que dificulta la definición de políticas estatales, análisis sectoriales e incluso la toma de decisiones en cada entidad.
- Aunque en 1999 el antiguo Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, construyó y difundió un manual de costos hospitalarios en el cual se daban algunas directrices para la construcción de un sistema de costos y en 2007, la Contaduría General de la Nación emitió un marco de referencia para la implantación del sistema de costos en las entidades del sector público,

no es clara la forma en la cual se deben definir e implementar los sistemas de costos en el sector salud, dado que el primer esfuerzo es muy antiguo y fue poco profundo en su preparación y el segundo es simplemente un marco de referencia para todo el sector público en el cual no se analizan las condiciones especiales que tiene el sector salud.

- Otro aspecto sobre el que hay que trabajar fuertemente es la promoción de la cultura de costos dentro 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, mejoren la gestión y los resultados. Nada se logra si las entidades encargadas de la vigilancia, inspección, regulación y control en el sector definen claramente el sistema de costos por aplicar y las empresas invierten una cantidad considerable de recursos en su implementación, si finalmente esta información no es utilizada de forma adecuada y en apoyo al proceso de toma de decisiones organizacionales, en aspectos tales como:
 - ✓ Análisis de capacidad ociosa.
 - ✓ Cálculo de puntos de equilibrio.
 - ✓ Fijación o negociación de tarifas.
 - ✓ Análisis de valor agregado y eficiencia de las actividades realizadas.
 - ✓ Procesos de comparación (*benchmark*).
 - ✓ Procesos de planeación y presupuestación.
 - ✓ Implementación de sistemas de calidad, entre otros.

En esta parte descriptiva del sector salud y de la regulación existente en materia de in-

formación contable relacionada con costos, se puede concluir que hay muchas deficiencias. Sin embargo, la hipótesis tiene que ser corroborada en un trabajo de campo. Por ello, a continuación, presentamos los fundamentos del trabajo de investigación realizado.

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 acerca de la regulación contable y de costos vigente para 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.

Un primer aspecto por considerar es el establecimiento del tamaño de la muestra para el trabajo de campo. Para ello, se definieron varias características que debían tener las entidades a las cuales se les iba a aplicar el instrumento diseñado para la recolección de la información. Estas características son:

- Entidades que fueran IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) o ESE (empresas sociales del Estado).
- Entidades que prestaran diversos servicios de salud o cuyas actividades estuvieran adscritas a un número considerable de las unidades funcionales definidas por la nor-

matividad contable del sector público o del sector privado.

- Entidades configuradas como clínicas u hospitales y ubicadas en Medellín y el área metropolitana del Valle de Aburrá.

Para determinar la población objeto de estudio que tuviera las características antes descritas, se extrajo del sitio *web* de la Superintendencia Nacional de Salud la lista de IPS y ESE ubicadas en Medellín y su área metropolitana. De acuerdo con la información registrada por la Supersalud, se identificaron más de 430 entidades habilitadas para prestar servicios de salud en esta zona. Sin embargo, se realizó un proceso de depuración para retirar de la población aquellas entidades que no cumplían los requisitos de nuestra investigación –gimnasios, centros naturistas, clínicas estéticas, cooperativas de médicos, centros que prestan servicios especializados o ubicados en pocas unidades funcionales, entre otras–, por lo que la población se redujo sustancialmente, hasta llegar a un número de 40 instituciones con los requisitos establecidos.

Para determinar el número de observaciones que se iban 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 la 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 el método puede presentar un sesgo, es el que más se acomodaba para esta

investigación, ya que el objetivo era visitar las principales clínicas y hospitales de Medellín y su área metropolitana y medir en ellas las variables importantes del estudio: utilización del plan de cuentas y opinión sobre él, estado de implementación de una metodología de costeo y su utilización en la toma de decisiones institucionales y sectoriales. De las 40 entidades identificadas como población, se escogieron 11 hospitales públicos y 12 clínicas privadas, es decir, se aplicó la encuesta diseñada al 58% de la población objeto.

2.1. El instrumento utilizado

Se diseñó un formato de encuesta para ser aplicado en las entidades de salud que hicieron parte de la muestra, de modo que guiara de forma adecuada y deductiva a las personas encargadas de contestar las preguntas. Al respecto, es importante anotar que todas las encuestas fueron contestadas de manera personal en reuniones de los responsables designados por las entidades y los investigadores para garantizar mayor confiabilidad en la recolección de información. A continuación, se explica el formato utilizado:

Tabla 1. Encuesta, formato utilizado

1. Tipo de entidad¹

IPS ESE Nivel de atención

¹ Esta pregunta alude al tipo de entidad encuestada. Es muy importante identificar el tipo de entidad que diligencia la encuesta, dado que las entidades públicas aplican un plan de cuenta diferente al de las entidades privadas. Además, cada sector tiene una normatividad específica diferente.

2. ¿Qué plan de cuentas utiliza? ¿Cree que su diseño es adecuado?²

3. ¿Conoce el nuevo plan de cuentas que empieza a regir a partir de enero de 2010? (sólo para IPS)

Sí No ¿Qué opina de su diseño?³

4. ¿Aplican el plan de cuentas tal como está legalmente definido?⁴

Sí No

5. ¿Tienen un sistema integrado de información financiera?⁵

Sí No

Está en proceso de implantación

6. ¿La entidad cuenta con una metodología de costeo formalmente establecida?⁶

Sí No

Está en proceso de implantación

7. De no tener un sistema de costos formalmente establecido, ¿qué información de costos de tipo legal o administrativa calculan?⁷

8. ¿Por qué no han implementado un sistema formal de costos?⁸

2 Esta pregunta tiene como objetivo identificar si cada una de las entidades que responden la encuesta utiliza el plan de cuentas que, según la ley, debería aplicar. Adicionalmente, busca que todas ellas expresen las observaciones que tienen sobre su diseño.

3 Esta pregunta, que sólo debía ser diligenciada por entidades de salud privadas, tiene como objetivo determinar si las entidades privadas conocen el nuevo plan de cuentas que ha diseñado la Superintendencia Nacional de Salud, dado que, de no conocerlo, habría indicios de problemas de comunicación entre los organismos encargados de la regulación y sus vigilados. Adicionalmente, nos interesaba indagar sobre las opiniones que tienen las entidades que conocen el nuevo plan sobre su diseño, comparándolo con los planes de cuentas que se venían aplicando, para determinar si se han corregido los problemas detectados en planes anteriores.

4 Esta pregunta busca determinar tanto para el plan de cuentas de las entidades públicas como para el de las privadas, si se aplican tal como están definidos o si, dado el grado de detalle que manejan, sobre todo en las cuentas de costos, las empresas no cumplen esta exigencia. Esto denotaría problemas en la confiabilidad de la información generada desde el sistema contable.

5 Contar con sistemas de información financiera integrados les permite a las empresas hacer más eficientemente los procesos de transferencia de información entre los diferentes módulos que componen un sistema financiero. Por tanto, esta pregunta pretende identificar qué tan automatizados son los procesos de registro de la información contable y cuál es el papel del área contable en la manipulación de la información financiera y de costos.

6 Dada la obligatoriedad que tienen todas las entidades del sector de contar con un sistema de costos, de acuerdo con la ley 100 de 1993, esta pregunta busca determinar si las entidades de salud tanto públicas como privadas han llevado a cabo procesos exitosos de implementación de dicho sistema o si, por el contrario, no cuentan con información de este tipo.

7 Esta pregunta busca determinar qué tipo de información de costos calculan aquellas empresas que no cuentan con un sistema de costos formalmente establecido. Esto con el objetivo de determinar cómo cumplen los requerimientos legales que tienen todas las empresas del sector.

8 Esta pregunta busca establecer las razones que aducen las entidades del sector salud para no adelantar procesos de implementación de sistemas de costos.

9. ¿Cuentan con una contabilidad por áreas de responsabilidad completamente definida y en la cual asignan recursos directos e indirectos?⁹
 Sí No Está en proceso de implementación

12. ¿Cuáles son los principales usuarios de la información generada por el sistema de costos?¹²

10. Si cuentan con un sistema de costos, ¿cuál es la metodología para el cálculo de los costos utilizada?¹⁰

13. ¿Se toman decisiones con base en la información de costos?¹³
 Sí No A veces
 Eventualmente

11. ¿Cuáles han sido los principales obstáculos que han encontrado en la implementación o continuidad del sistema de costos?¹¹

14. ¿Cuáles son las principales decisiones que se toman con esta información?¹⁴

9 El primer paso para una exitosa implementación de un sistema de costos es el adecuado manejo de una contabilidad por áreas de responsabilidad. Por tanto, esta pregunta busca determinar qué tanto han avanzado las empresas del sector en la separación de la información contable por centros de costos o áreas de responsabilidad.

10 Esta pregunta abierta busca identificar las diferentes metodologías o sistemas de costeo que se aplican en este tipo de entidades, así como determinar si hay confusiones sobre qué es una metodología de costeo y si se aplican procedimientos que no corresponden a los que la teoría acepta como válidos.

11 Esta pregunta abierta tiene como objetivo establecer cuáles son los principales obstáculos identificados por las entidades de salud como los causantes de retrasos en la implementación de sistemas de costos o que han ocasionado que, una vez implementada la metodología, no arroje los resultados esperados.

12 Es una pregunta abierta con la cual se espera identificar quiénes utilizan la información de costos que se genera en la entidad. En primera instancia, busca identificar si los usuarios son externos o internos y en cada uno de estos tipos, determinar si el usuario enunciado anteriormente tiene el poder para utilizar la información de costos para la toma de decisiones.

13 Esta pregunta pretende determinar si la información de costos se está utilizando en los procesos decisivos de la empresa o si, por el contrario, se le otorga poca importancia.

14 Es una pregunta abierta que busca establecer, a juicio del encargado de procesar y generar los informes de costos, cuáles son las decisiones que se toman teniendo como base la información de costos y, con ello, valorar la importancia que para la entidad tiene el sistema de costos.

15. ¿Con qué periodicidad se procesa la información de costos y se generan informes?¹⁵

16. ¿Se concilia la información generada por el sistema de costos con la información generada por el sistema contable?¹⁶

Sí No

17. ¿Qué área calcula el costo de ventas (cuenta 6) por unidad funcional?¹⁷

15 De la periodicidad con la cual se procese la información de costos depende en gran medida su utilidad para la toma de decisiones. Mientras más largo sea el período de procesamiento, menos útil es la información generada. En esta pregunta no debe confundirse el período de cálculo de la información de costos con la posibilidad de generar informes acumulados de períodos más largos para efectos de análisis.

16 En las entidades del sector salud, sobre todo en las públicas, se exige un proceso de conciliación entre las cifras procesadas por el sistema contable y por el sistema de costos. Esto, que es una exigencia legal y que busca que la información de costos sea igual a la información contable, va en contravía de la utilidad de la información de costos para efectos de la toma de decisiones pues hay información contable que no necesariamente debe hacer parte del sistema de costos y viceversa. Por esto, es importante establecer en qué medida los valores procesados por los dos sistemas son iguales y, de no serlo, si se concilian las cifras.

17 Cuando hay una adecuada estructura de procesos y definición de funciones entre los sistemas contables y de costos, debería ser el sistema de costos el que calcule el valor correspondiente al costo de ventas de cada uno de los productos o servicios generados por la entidad y que éste sea remitido al sistema contable para que realice el respectivo registro en la contabilidad. Esta pregunta busca determinar hasta qué punto se cumple este procedimiento en las entidades del sector.

18. ¿Para el cálculo de los costos incluyen sólo información contable?¹⁸

Sí No ¿Cuál?

19. ¿Se excluyen datos de la contabilidad para el cálculo de los costos?¹⁹

Sí No ¿Cuáles?

20. ¿Los gastos de administración se distribuyen a las unidades funcionales?²⁰

18 Esta pregunta busca determinar si el sistema de costos realiza un análisis de los procesos ejecutados por la empresa y cómo éstos se reflejan en la información contable, con el objetivo de incluir, si es el caso, información relevante que por diversos motivos no sea tenida en cuenta dentro de la contabilidad. Es el caso de bienes totalmente depreciados, bienes donados o en comodato, personal que trabaja *ad honorem*, etc. De no hacer este tipo de análisis, el sistema de costos daría indicios de que sólo procesa la información contable y dejaría de lado información útil para la toma de decisiones.

19 Esta pregunta busca determinar hasta qué punto el sistema de costos realiza una depuración de los conceptos de costos y gastos registrados por la contabilidad, para garantizar que en el cálculo de los costos de productos o servicios no se incluya información que distorsione estos valores e impida que esta información tenga utilidad al momento de tomar decisiones con ella.

20 ¿La distribución se hace global o por cada una de las áreas administrativas?

Los gastos de administración representan un valor significativo en la estructura de recursos de una entidad, debido a que las áreas administrativas existen para apoyar las labores asistenciales y lo invertido en ellas también debe ser recuperado vía tarifa o, al menos, deben incluirse en los análisis de rentabilidad de las unidades funcionales o áreas de servicio de la entidad. El objetivo de esta pregunta es determinar en qué medida las empresas del sector realizan una buena distribución tanto de los costos como de los gastos en que incurren, ya que de la adecuada distribución de los recursos depende en gran medida la utilidad de la información para la toma de decisiones.

Sí No

La distribución se hace global o por cada una de las áreas administrativas: _____

21. ¿Los informes de costos se incluyen como uno de los temas por tratar en las reuniones institucionales?²¹

Sí No

22. ¿En qué tipo de reuniones se discuten los informes de costos?²²

Comité de área Comité de gerencia Junta directiva Asamblea o junta de socios Otros Cuál _____

23. ¿Cuentan con un software para el procesamiento de la información de costos?²³

En lo que tiene que ver con la metodología utilizada para la distribución de los gastos administrativos, es importante determinar si las entidades están utilizando direccionadores o bases de distribución adecuados que hagan una correcta relación entre lo distribuido y quien lo recibe. De no ser así, la información perdería confiabilidad y utilidad para la toma de decisiones.

21 Esta pregunta busca determinar si la información de costos es socializada en la institución en los diferentes comités y reuniones realizadas, para con ello dimensionar la utilidad que le dan en la toma de decisiones.

22 Esta pregunta busca determinar la importancia en la estructura organizacional de las reuniones en las cuales se socializa la información generada por el sistema de costos, para con ello dimensionar la cultura de costos que maneja la organización, si la información es útil en los diferentes niveles directivos y ayuda a la toma de decisiones.

23 Un buen modelo de costos se compone de múltiples niveles de información, bases de asignación y objetos de costo, entre otras variables, por lo que se hace necesario contar con adecuados sistemas de información que permitan proce-

Sí NO Está en proceso de implantación

24. ¿Qué tipos de costos calculan? (por centro de costo, por unidad funcional, por procedimiento, etc.)²⁴

25. ¿Realizan otros tipos de análisis de costos? (costos fijos vs. variables, directos vs. indirectos, etc.)²⁵

26. ¿Para qué entidades externas se prepara información de costos?²⁶

sar y generar resultados. Esta pregunta pretende determinar el grado de automatización que tienen las entidades de salud para el procesamiento de la información de costos y busca una relación con la oportunidad y la calidad de la información para la toma de decisiones.

24 Mientras mayor detalle y más rigurosidad alcance la definición de los objetos de costo, mayor utilidad para la toma de decisiones tiene la información generada. Por tanto, esta pregunta busca determinar los niveles de información que son costeados en las entidades de salud.

25 Calcular de forma adecuada los costos de productos o servicios generados por la empresa no es suficiente. Es necesario que esta información se analice y se utilice para tomar decisiones; por tanto, es importante determinar en aquellas entidades que cuentan con un sistema de costos, si hacen un adecuado análisis de la información generada desde las diferentes dimensiones con las cuales la teoría de costos y la de la contabilidad de gestión han construido las herramientas decisionales de corto plazo, como el punto de equilibrio y el análisis marginal, entre otras.

26 Esta pregunta busca determinar si las entidades de vigilancia, inspección, regulación y control están requiriendo información de costos y con qué periodicidad y si, de verdad, la utilizan para el análisis y determinación de políticas sectoriales.

2.2. Análisis de resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos dentro del proceso investigativo realizado en los 11 hospitales públicos y las 12 clínicas

privadas ubicadas en la ciudad de Medellín y su área metropolitana. Destacaremos sólo los resultados de las preguntas más relevantes.

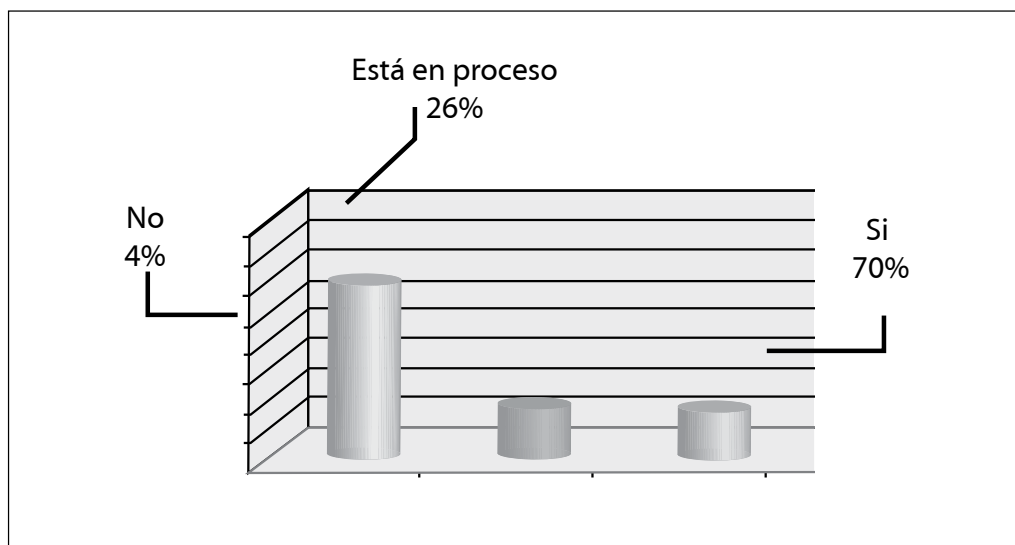


Figura 1. La entidad cuenta con una metodología de costeo formalmente establecida

Aplicación del plan de cuentas tal como está legalmente definido: El 73% de las entidades encuestadas aplica el plan de cuentas tal 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 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 aplica el plan de cuentas que están obligadas a aplicar. Situación diferente se presenta en el sector público, pues el 90% de las entida-

des encuestadas aplica el plan de cuentas de la Contaduría General de la Nación tal como está definido y sólo el 10% no lo hace.

La razón principal que esgrimen las entidades para no aplicar el plan de cuentas tal como está definido por los entes reguladores, es lo complicado de la asignación de los gastos por centro de costo administrativo y los costos por unidad funcional; justifican que la información bien distribuida se puede encontrar en el sistema de costos pero que este detalle no se remite a la contabilidad, dados los retrasos y complicaciones que eso tendría; adicionalmente, ven innecesario este detalle en las cuentas contables.

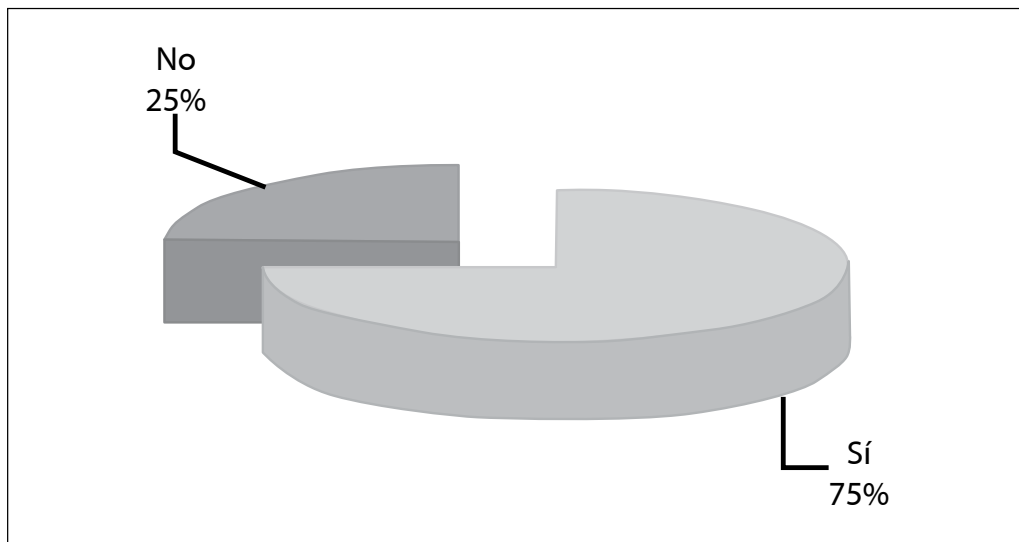


Figura 2. ¿Conoce el nuevo plan de cuentas que comienza a regir en 2009 para las entidades de salud privadas? ¿Qué opina de su diseño?

Nuevo plan de cuentas para IPS: Esta pregunta sólo se aplicó a las entidades de carácter privado. De ellas, el 25% dijo no conocer el nuevo plan y el 75% sí lo conocía. Es muy preocupante que una cuarta parte de las clínicas privadas encuestadas no conociera el nuevo plan de cuentas, máxime cuando la encuesta se aplicó pocos meses antes de que comenzara a regir el nuevo plan y, aunque en diciembre de 2008 se aplazó la entrada en vigencia para el año 2010,²⁷ se comprueba una falta de comunicación efectiva entre la Superintendencia de Salud y sus vigilados. Con respecto al 75% de IPS privadas que sí conocían el nuevo plan, se recogieron las siguientes opiniones sobre su diseño:

- Peor que el plan de cuentas anterior.

- Para su construcción no se tuvieron en cuenta las observaciones realizadas durante varios años por las entidades de salud.
- No hay uniformidad de criterios en su definición, ya que dentro del catálogo de cuentas quiere manejar unidades de negocio, unidades de servicio, detalle de las cuentas y hasta tarifas.
- Su diseño es parecido al anterior, pero es mucho más complicado de manejar.
- El número de dígitos que se debe manejar es muy alto y las aplicaciones contables no están preparadas para ese cambio.
- Mejoró el manejo de la cuenta de gastos o cuenta 5. Crearon las cuentas 7 o de costos de operación, pero se siguen detallando los costos por unidad funcional, lo que es poco operativo.
- Mal diseñado, no fue hecho por contadores.

27 En un principio, el plan comenzaba a regir en 2009 pero se aplazó para 2010.

- La Supersalud pretende llevar una contabilidad de costos dentro de la contabilidad financiera.
- Es difícil de acomodar a las necesidades de cada entidad.
- Es muy extenso.

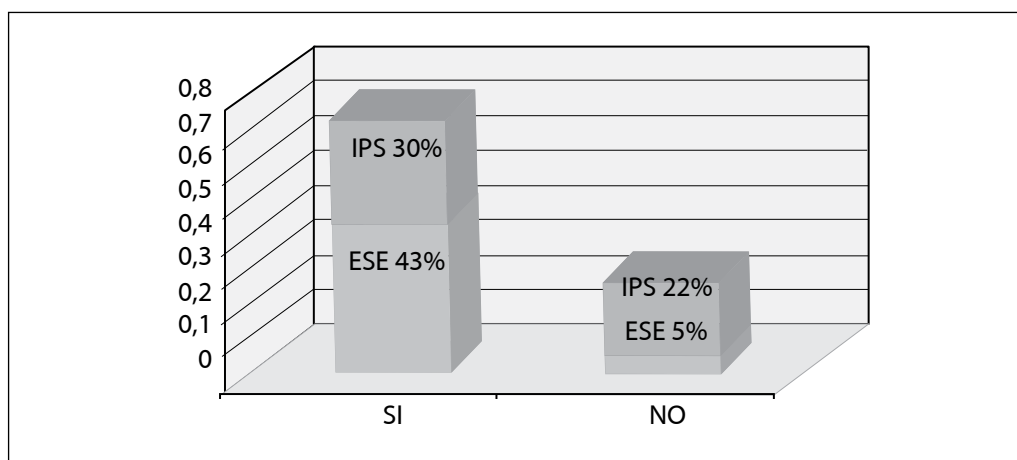


Figura 3. ¿Aplican el plan de cuentas tal como está definido?

Utilización de un sistema de costos: Sólo el 70% de las entidades encuestadas cuenta con un sistema de costos en operación; del 30% restante, el 26% de las entidades está adelantando un proceso de implementación de este sistema y el 4% no lo tiene. 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, en 2008, muchas clínicas y hospitales que se consideran “grandes” no lo hayan implementado; peor aún, que las entidades de regulación y control no detecten este tipo de incumplimientos ni 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. (ver figura 4)

Información de costos de tipo legal o administrativa que calculan las entidades que no cuentan con un sistema de costos: 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 hace algún tipo de distribución de costos pero sólo para remitir el dato a la contabilidad y que ésta pueda realizar los registros contables.

Se puede concluir que en este grupo de empresas, además de no contar con un sistema de

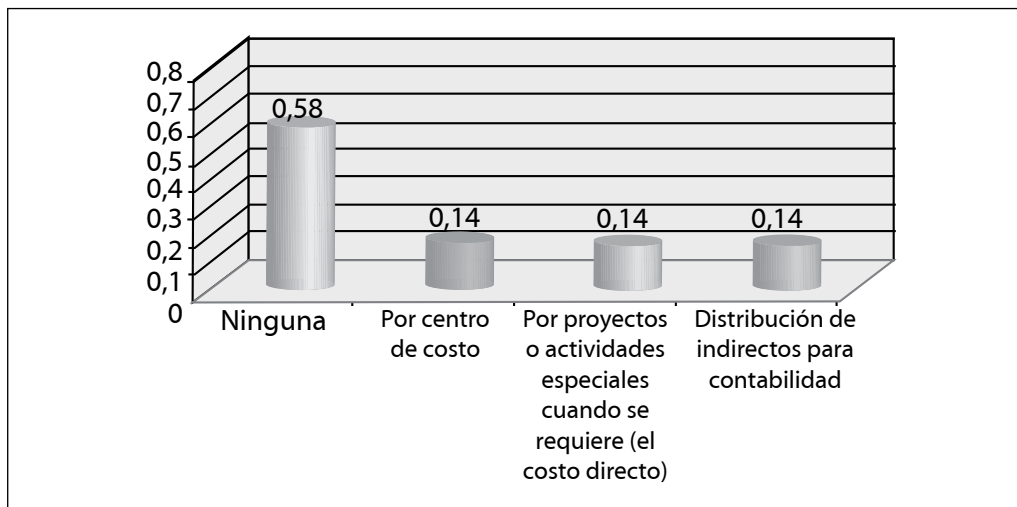


Figura 4. Información de costos calculada por las entidades que no cuentan con un sistema de costos

costos, tal 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 para apoyar la toma de decisiones; incluso en aquellas que dejan la responsabilidad al director o gerente de ejecutar esta labor, es muy probable que los datos

calculados no sean plenamente confiables, dado que quienes ejercen estos cargos son personas del área médica que no tienen los suficientes conocimientos en el tema y que, en la mayoría de los casos, hacen los cálculos sólo con los costos y/o gastos plenamente identificables con los productos o servicios (directos).

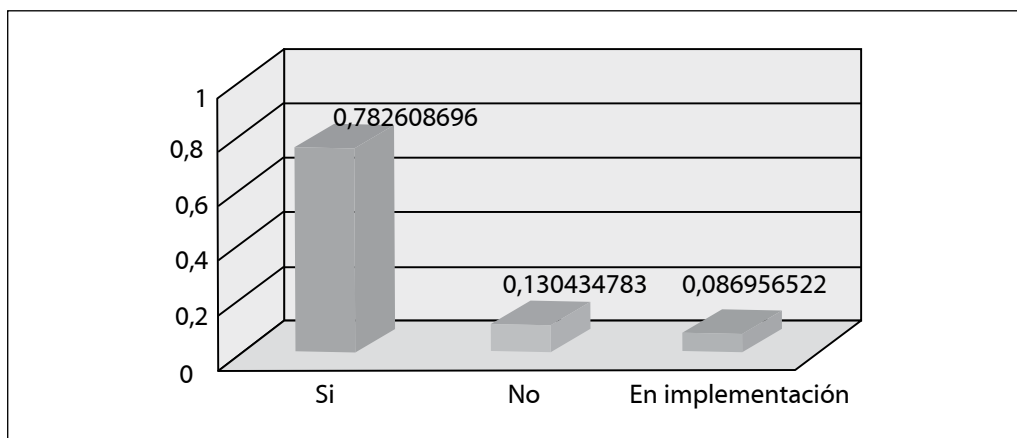


Figura 5. Cuentan con una contabilidad por áreas de responsabilidad?

Contabilidad por áreas de responsabilidad: De las entidades de salud encuestadas, el 78% maneja una estructura en la cual asignan recursos directos e indirectos a las diferentes áreas de responsabilidad que componen la entidad, el 13% de las entidades está 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 positivamente el que un porcentaje tan alto de entidades tenga o esté implementando 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 78% 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 por distribuir.

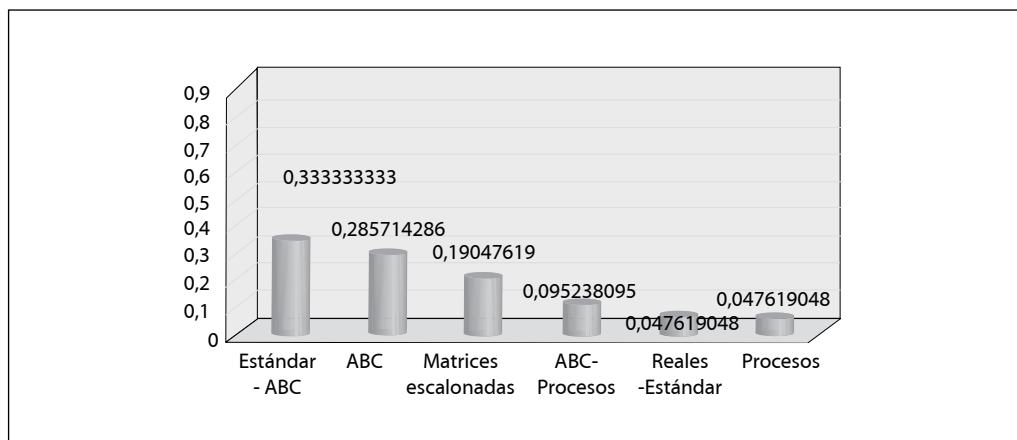


Figura 6. Metodologías de costeo utilizadas en las entidades de salud.

Metodología de costeo: Las respuestas dadas a esta pregunta son tal vez las que más luces nos pueden brindar acerca del conocimiento que tienen las entidades de salud sobre el tema. Ésta es una pregunta que sólo se practicó a las entidades que ya tienen o están implementando el sistema de costos; de las respuestas otorgadas, haremos el siguiente análisis:

- El 33,3% de las entidades utiliza una combinación Costeo Basado en Actividades, ABC – Estándar. El mecanismo de operación de dicha combinación es que las entidades utilizan múltiples bases de asignación para la dis-

tribución 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. 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 ellas.

- En segundo lugar, se encuentra el sistema de costos ABC con el 28,6% de las entidades. El manejo de 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 la concepción que tienen de ella, encontramos que la mayoría de las entidades denomina ABC a la utilización de múltiples bases de asignación para la distribución de costos y gastos y no porque calcule el costo de las actividades y procesos administrativos y operativos, lo que denota un desconocimiento 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, ya que dicho nombre corresponde a lo que en programación lineal se le da a una matriz cuyos elementos son matrices.
 - 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 hacen una distribución multinivel hasta llegar al costeo de las unidades de servicio, unidades funcionales o procesos asistenciales llevados a cabo. Esto es lo mismo que se hace con las matrices escalonadas, es decir, una distribución tradicional de costos en varios niveles, entre los cuales no están las actividades.
 - En quinto lugar, aparece una combinación de metodologías empleada por el 4,8% de las entidades encuestadas, denominada reales-estándar, pero que sigue siendo la misma distribución multinivel de costos y gastos que utiliza 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": 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 emplear la hoja de costos estándar de los procedimientos para distribuir costos reales, dado que en la contabilidad no se registran ni el costo estándar absorbido por el servicio en cada período ni las variaciones.
 - El 4,8% restante dice utilizar el costeo por procesos, dado que calcula 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 algunas entidades de salud y de quienes en ellas se encargan de calcular los costos, sobre cuáles son las metodologías de costeo que han sido definidas como tal por la teoría de costos, ya que hay 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 o en combinación con otras, muy pocas realmente la utilizan tal como se debería. Lo que se encuentra es que varias entidades llaman ABC a la distribución de costos y algunas veces de gastos entre 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 registrarlas en la contabilidad. Se concluye, por tanto, que la mayoría de las entidades encuestadas hace una distribución de costos reales entre los centros de costos (administrativos, logísticos y asistenciales) y los 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.

Es importante aclarar que la multiplicidad de metodologías utilizadas por las diferentes entidades del sector salud, se debe en parte a la falta de regulación al respecto, ya que la Superintendencia de Salud no ha establecido ninguna reglamentación que permita a las entidades acoger una metodología única que brinde la posibilidad de calcular sus costos y que además propenda por su adecuada gestión.

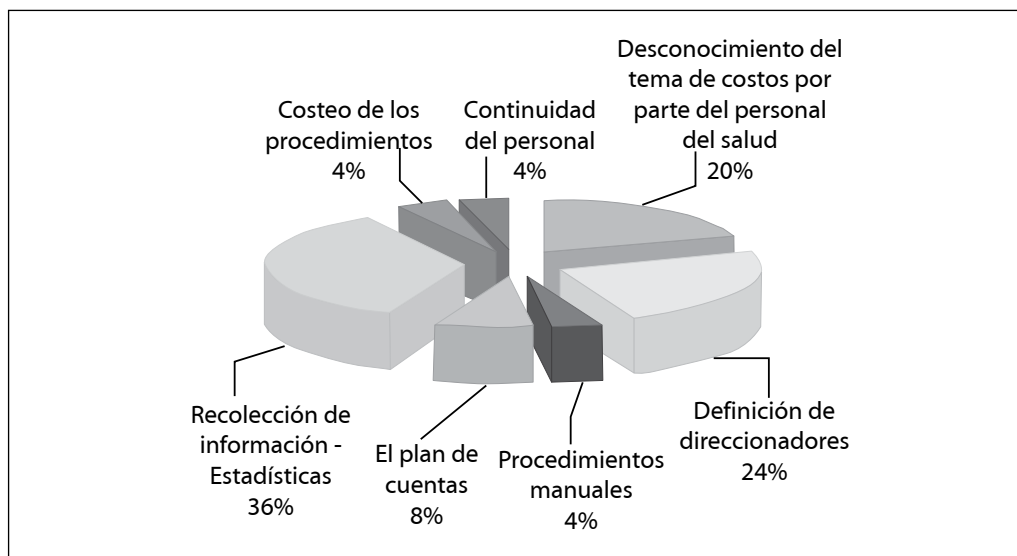


Figura 7. Principales obstáculos en la implementación del sistema de costos

Principales obstáculos para el sistema de costos: Entre los principales problemas que tienen o han tenido las entidades de salud tanto en el montaje como en el sostenimiento del sistema de costos, 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 es 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 es el plan de cuentas y su forma de codificación; el 4% considera que el principal inconveniente es la cantidad de proce-

sos 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, dado que es un nivel muy importante, pero se requiere mucha información para llegar a él.

Se puede concluir que la mayoría de las entidades encuestadas identifica 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 los direccionadores seleccionados y el grado de actualización al que son sometidos.

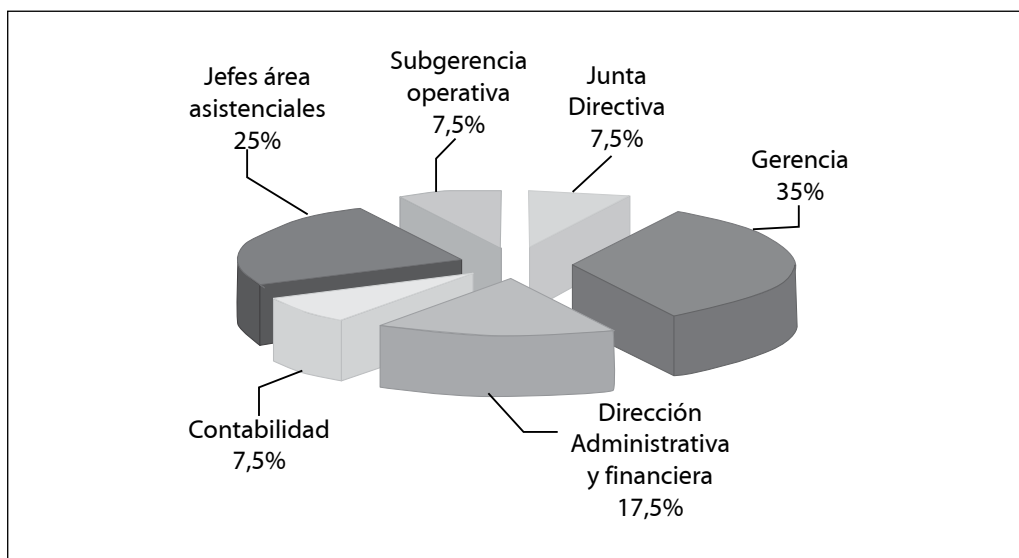


Figura 8. Principales usuarios de la información de costos

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%. Al analizar 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 injerencia tienen en la toma de decisiones son las que mayores porcentajes de utilización presentan sobre la información de costos. Sin embargo, se observa que en algunas entidades no se le está dando el uso adecuado a la información de costos, pues el usuario principal es el área contable para la realización de los registros contables.

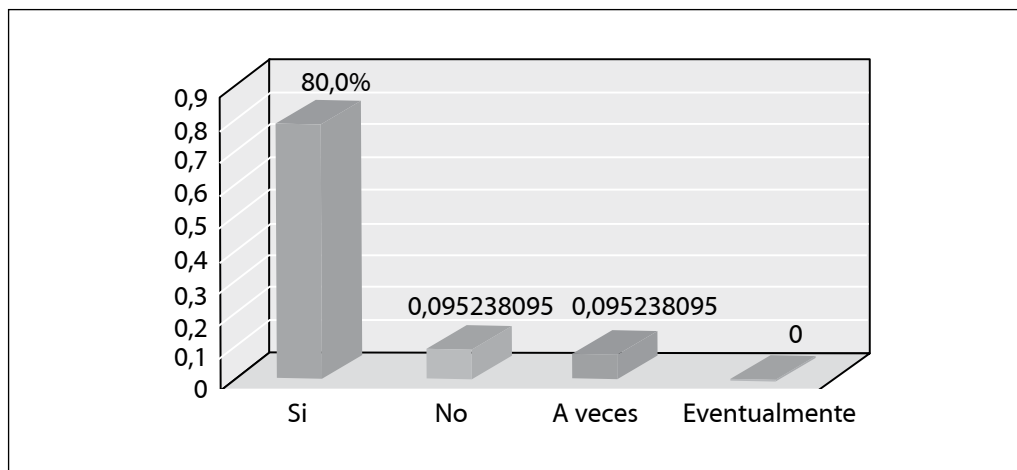


Figura 9. ¿Se toman decisiones con base en la información de costos?

Toma de decisiones con base en la información de costos: El 80% de las entidades encuestadas toma 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. Sin entrar a analizar qué tipo de decisiones se toma, es importante destacar la importancia que las entidades le dan a la información de costos como un elemento necesario en el proceso administrativo. (ver figura 10)

Principales decisiones que se toman con la información de costos: Al analizar detalladamente las respuestas otorgadas a esta pregunta, se observa que las entidades están dando una mayor importancia a decisiones relacionadas con la contratación, ya que el 61% de las

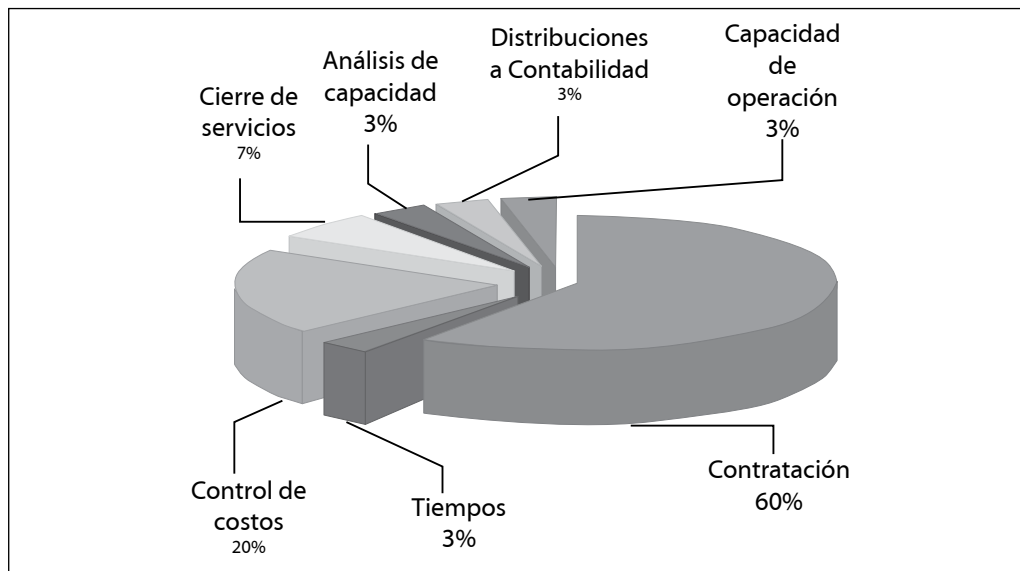


Figura 10. ¿Cuáles son las principales decisiones que se toman con la información de costos?

entidades toma decisiones que 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 más importantes dentro la estructura financiera y operativa de la entidad– se les dé tan poca relevancia. También preocupa que algunas entidades consideren las distribuciones de información a contabilidad como una de las principales decisiones que se toman en costos. Estas respuestas nos permiten concluir que las entidades de salud, aunque han invertido tiempo y recursos en la implantación de sistemas de costos, aún no les han dado la importancia que tienen en el proceso de toma de decisiones.

Están reduciendo sus bondades a comparar el costo contra el ingreso y analizar si se gana o se pierde, es decir, a análisis posteriores a la ocurrencia de los hechos, pero poca trascendencia se les da como herramienta predictiva que permita hacer un uso adecuado de los recursos para con ello mejorar los resultados alcanzados. (ver figura 11)

Costo de ventas por unidad funcional: Es muy contradictorio que en el 70% de las entidades encuestadas, el costo de ventas de cada unidad funcional lo calcule el área contable, sobre todo cuando el 70% de las entidades encuestadas cuenta con un sistema de costos formalmente establecido. Es contradictorio en el sentido de que muchas entidades no aplican el plan de cuentas tal como está definido y dejan que el área de costos realice las distribuciones a las unidades funcionales. En esta pregunta,

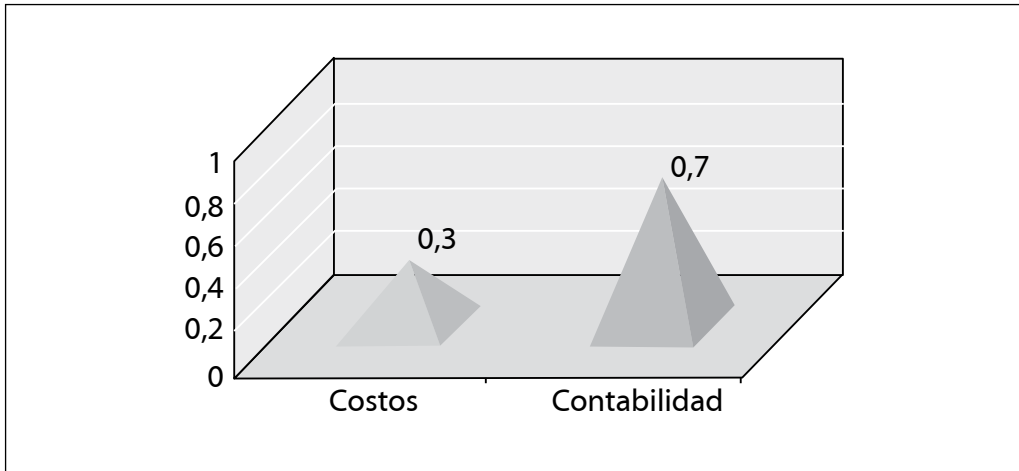


Figura 11. ¿Qué área calcula el costo de ventas por unidad funcional?

fuiamos muy claros en separar el registro del cálculo; es normal que el registro del costo de ventas por unidad funcional lo realice el área contable, pero su cálculo de forma adecuada debe ser realizado por el sistema de costos. Una vez más se concluye que la información procesada por el sistema de costos no se está reflejando de manera correcta en la contabilidad y que las cifras contables, en lo que tiene que ver con el costo de ventas, no reflejan la realidad de la entidad. Así mismo, se puede concluir que las

entidades de vigilancia, regulación y control no hacen adecuados seguimientos a la información reportada por estas entidades o no solicitan reportes que les permitan detectar las inconsistencias. El sistema de costos debe ser una herramienta interna para apoyar la toma de decisiones; sin embargo, también debe servir para suministrar información de aquellos aspectos sobre los cuales la contabilidad no tiene mucho control, como las unidades funcionales o unidades de servicio que se ofrecen.

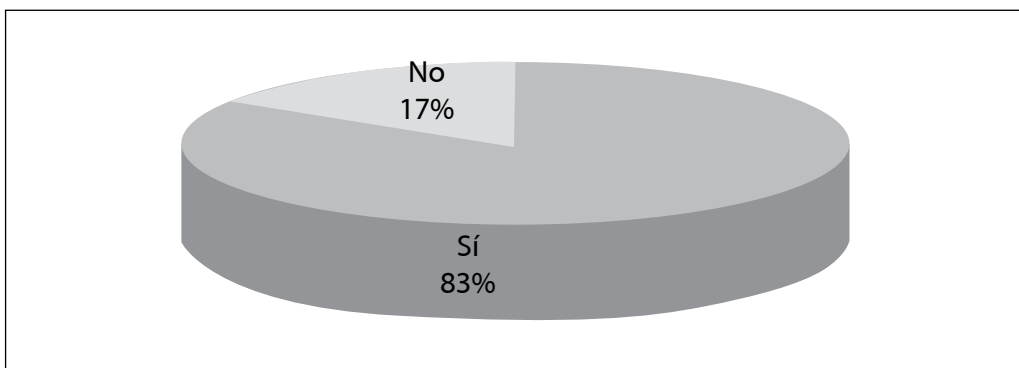


Figura 12. ¿Para el cálculo de los costos, sólo se incluye información contable?

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 17% incluye otro tipo de información que no está 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 muchos aspectos

relevantes de la organización pueden no estar incluidos en la contabilidad. Aunque muchas entidades justifican su no inclusión en la normatividad vigente que presenta el sistema contable como principal y casi única fuente de información del sistema de costos, pueden hacerse conciliaciones cuando los valores no coincidan; es decir, en algunos casos, las empresas se pueden apartar de los principios y normas de contabilidad incluyendo conceptos de costos que administrativamente garanticen un cálculo del costo para la toma de decisiones adecuada, a pesar de que al momento de reportar la información externamente se realice conforme a la técnica contable.

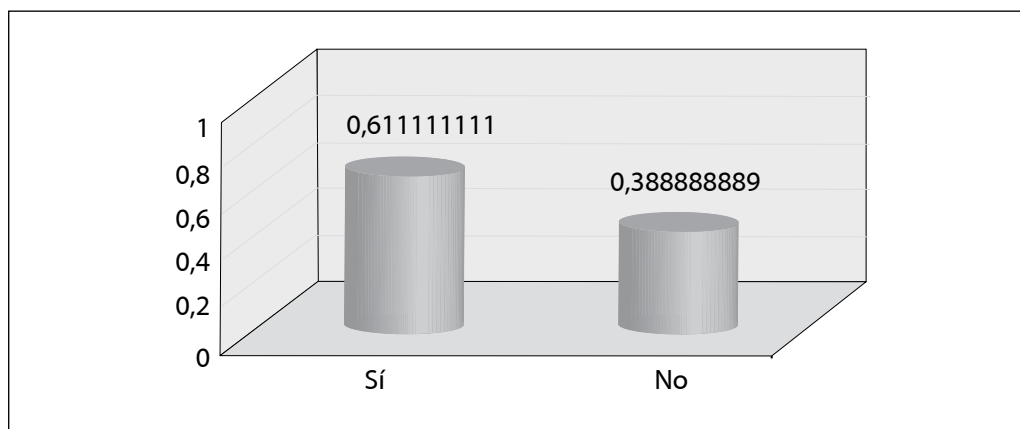


Figura 13. ¿Se excluyen datos de la contabilidad para el cálculo de los costos?

Exclusión de datos contables para el cálculo de los costos: En cuanto a la exclusión o 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 como impuestos, gastos no operacionales, gasto público, margen

de contratación, provisiones, jubilados, financieros, vigencias anteriores, balance social, provisión de cartera, litigios y cálculo actuarial. El 39% de las entidades encuestadas que tienen en operación el sistema de costos, procesa la información tal 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 la contribución marginal, los costos controlables y los costos relevantes, entre otros.

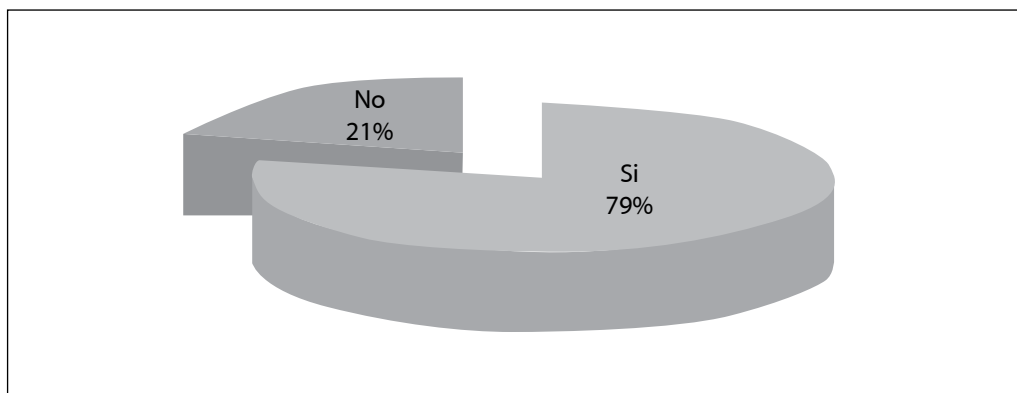


Figura 14. ¿Los gastos de administración se distribuyen a las unidades funcionales?

Distribución de los gastos de administración: 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 sólo de los costos operacionales, adicionalmente hay que 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 realiza este tipo de distribución, lo que significa que incluso 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

que no conciben la distribución de los gastos administrativos a las unidades funcionales o de servicio.

En esta pregunta es importante analizar no sólo si los gastos administrativos se distribuyen a las unidades funcionales o de servicio, sino cómo se hace. Por esta razón, se les preguntó a las entidades que afirmaron distribuir esos gastos sobre la forma en que lo realizan y se encontraron los siguientes resultados: (ver figura 15)

El 66,6% de las entidades utiliza un criterio de distribución por cada área o centro de costo administrativo o de apoyo por distribuir, el 26,6% utiliza un solo criterio para todo el gasto administrativo y el 6,6% restante utiliza varios criterios de distribución con los cuales se reparten los centros administrativos o de apoyo, por lo que es posible que un criterio se repita en varios centros. Las respuestas a esta pregunta nos permiten concluir que, aunque se ha avanzado en la utilización de conceptos modernos de cos-

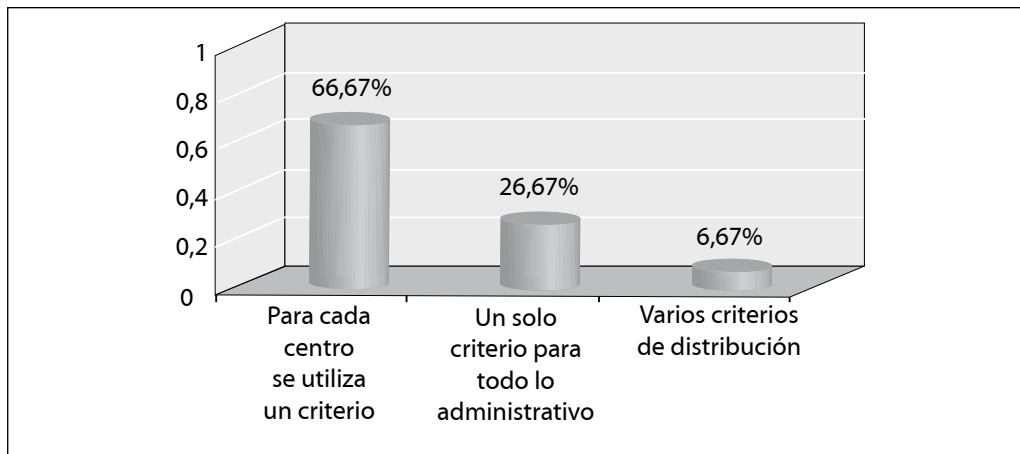


Figura 15. ¿Cómo realizan la distribución de los gastos administrativos?

tos que asignan los gastos administrativos y de apoyo a las unidades de servicio o de producto, la forma en que se realizan estas distribuciones no garantiza 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 ese 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 despacho* de materiales realizado a cada unidad de servicio; sin embargo, muchas de las actividades ejecutadas en el almacén no dependen del número de 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 siempre en busca de la aplicación de criterios razonables y confiables.

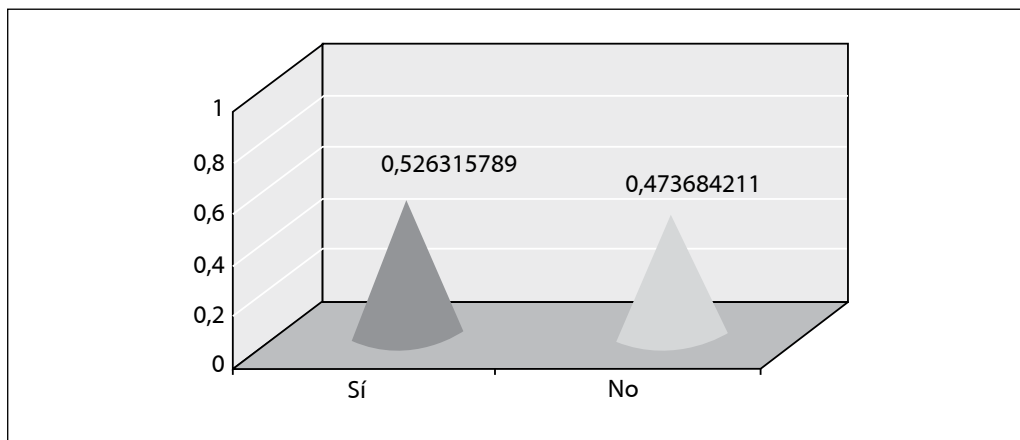


Figura 16. ¿Los informes de costos se incluyen como tema a tratar en reuniones institucionales?

Los informes de costos en las reuniones institucionales: Sólo en el 53% de las entidades que procesan información y generan reportes de costos, éstos se discuten en las reuniones institucionales; en el 47% restante, los informes no se discuten en estas instancias. La socialización de los resultados obtenidos en cada período es un paso fundamental hacia la creación de una ver-

dadera 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.

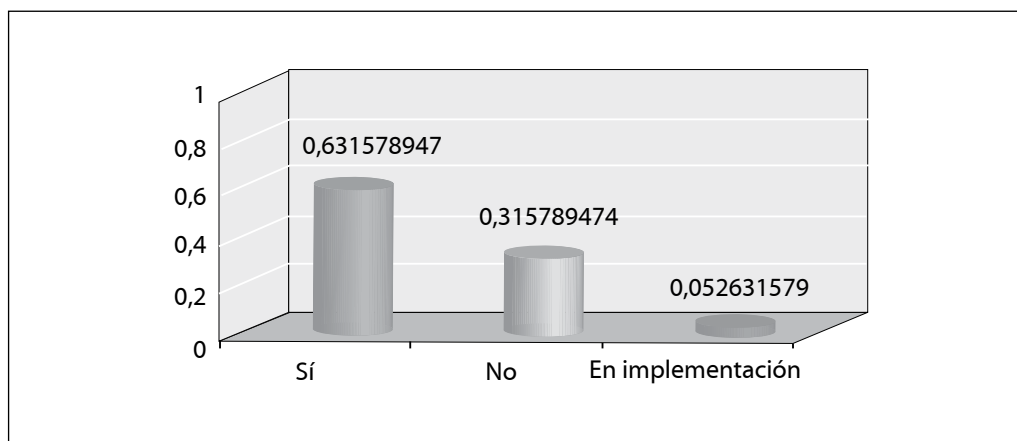


Figura 17. ¿Cuentan con un software para el procesamiento de la información de costos?

Software para el procesamiento de la información de costos: El 63% de las entidades que ya tienen implementado un sistema de costos cuenta 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 está en proceso de implantación del sistema que permitirá el procesamiento y cálculo de los costos. Aunque en el medio no hay muchas aplicaciones para el procesamiento de la información de costos en entidades de salud, sí se han desarrollado algunas. Muchas de las entidades utilizan las aplicaciones que ofrecen algunas empresas con trayectoria en el campo financiero y que vienen

incursionando en el desarrollo de aplicaciones de costos, pero los usuarios se quejan de que aún presentan algunas fallas y no brindan posibilidades de acoplarse a las condiciones de cada entidad. Adicionalmente, no permiten el manejo de modelos ABC con todo lo que ello implica. Otras entidades –al no encontrar una aplicación en el mercado que llene sus expectativas– optan por hacer desarrollos propios, lo que les ha demandado gran cantidad de recursos y tiempo. Muchas de las entidades expresan inquietudes por los cambios constantes en los planes de cuentas y en los informes exigidos tanto por la Supersalud como por la Contaduría General de la Nación, ya que con cada cambio deben hacer

modificaciones a las aplicaciones financieras y de costos lo que implica nuevas inversiones. Así mismo, la incertidumbre sobre las metodologías de costeo que más se adecúan al sector y la forma en que las empresas deben aplicarlas ha influido mucho en que las empresas no se decidan a invertir en este tipo de aplicaciones. Consideramos que la falta de procedimientos adecuados que permitan el procesamiento oportuno y

confiable de la información de costos influye de forma definitiva en la calidad del dato generado y en su utilidad para la toma de decisiones. Esto y la falta de regulación clara en este tema para el sector son tal vez algunos de los aspectos que más han influido para que las entidades no hayan podido consolidar herramientas verdaderamente útiles que apoyen de manera definitiva el direccionamiento estratégico.

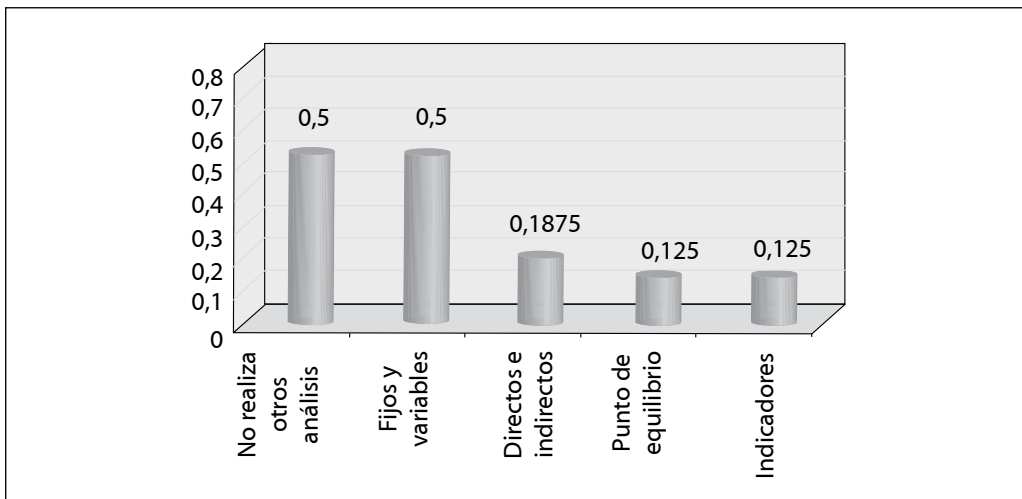


Figura 18. ¿Qué otros análisis de costos realizan?

Objetos de costo: Con esta pregunta, podemos detectar el grado de avance que han alcanzado las entidades encuestadas en la implantación de sus sistemas de costos. Para esta pregunta, las entidades respondieron por los diferentes tipos de costos que calculan, de tal forma que no se realiza una distribución porcentual que sume el 100%, sino el porcentaje de empresas por tipo de cálculo:

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

de tener en un sistema de costos y que configura un enfoque funcional en el cual se puede conocer qué recursos consume cada área administrativa, logística u operativa de la organización y que permite un primer control de recursos. Por ello, se esperaría que todas costearan este nivel, pero algunas aún no lo hacen.

El 94% de las entidades calcula también el costo de cada unidad funcional. Esta respuesta también es un poco contradictoria, dado que todas las entidades deberían calcular costos para este nivel de información pues las unidades funcionales son las áreas de servicio princi-

pales 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 hacer una adecuada asociación ingresos-costos.

El 88% de las entidades que tienen en operación el sistema de costos calcula 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 hasta este nivel de detalle, se esperaría que todas las entidades lo costearan. Sin embargo, algunas empresas se quejan de inconvenientes para llegar a él, debido a la cantidad de procedimientos que realizan y la complejidad de calcular sus costos.

Otros niveles importantes de información que se costean en un grupo pequeño de entidades son los costos por paciente con un 25%, por grupo relacionado de diagnóstico con un 13%, por paquete con un 13% y por cliente con un 6%. Para que un sistema de costos llegue a niveles de detalle como los anteriores –que un pequeño grupo de entidades logra–, 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 en todos los niveles de la organización y, por último, contar con un buen proceso de retroalimentación de los resultados arrojados por el sistema de costos, para que los usuarios de la información le den el valor que merece.

Un reducido grupo de empresas (6%) calcula el costo de las actividades y de los procesos realizados. Ésta es otra respuesta contradictoria, dado que en una pregunta anterior más del 50% de las entidades que ya tienen implementada una metodología de costeo afirmó utilizar el ABC, ya sea solo o combinado con otras metodologías. Esto 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, que busca esencialmente costear niveles de información que no contemplan otras metodologías: actividades, procesos, etc. y establecer una plataforma de gestión estratégica sobre la información en busca de la eficiencia en el uso de los recursos. (ver figura 19)

Análisis de costos: Trascender el mero cálculo de los costos a su análisis convierte 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 de la información de costos para la toma de decisiones, ya que 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 queda en el cálculo y abandona 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 hacer análisis marginales y de capacidad. De estas últimas entidades, el 19% realiza además análisis de costos al clasificarlos en directos e indirectos, lo cual es útil para ana-

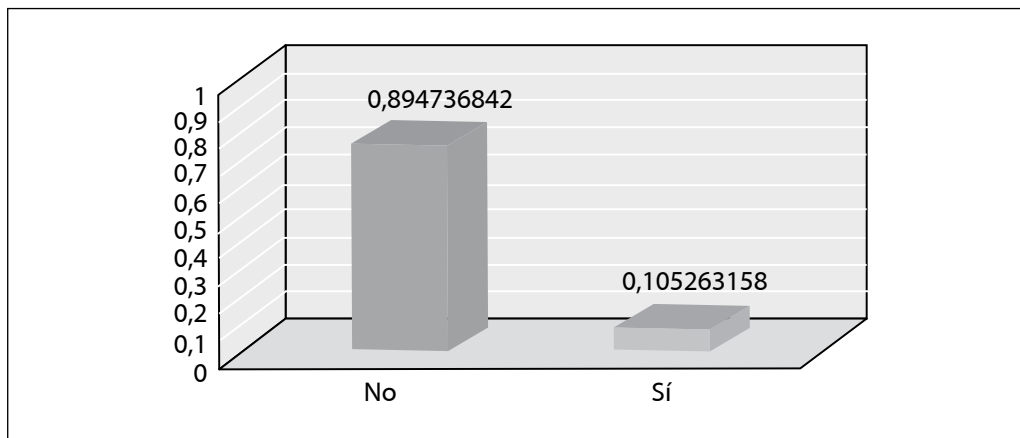


Figura 19. ¿Se prepara información de costos para entes externos?

lizar su control y relevancia; el 13%, además de separar los costos en fijos y variables, calcula puntos de equilibrio, lo que es un análisis muy importante en un sector para el cual 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 están 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 dé a estos sistemas la inmensa utilidad que tienen para apoyar los procesos decisivos de la organización. El riesgo que se corre al no pasar 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.

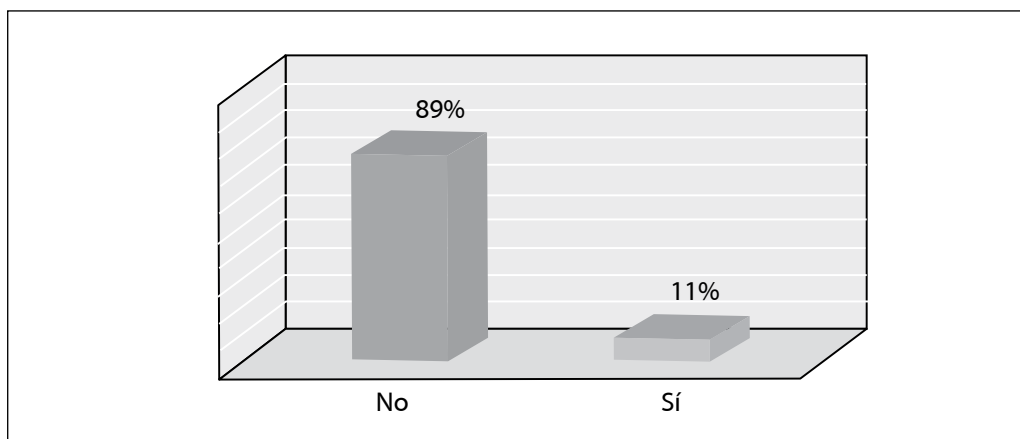


Figura 20. ¿Se prepara información de costos para entes externos?

Informes de costos para entidades externas: El 89% de las entidades encuestadas que generan informes de costos no prepara ningún tipo de información específica sobre el tema para entidades externas, el 11% restante ha preparado eventualmente informes de costos para entidades externas, como alcaldías, contralorías, EPS y la Superintendencia de Salud. 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 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. Esto es muy preocupante y resume los resultados arrojados por preguntas anteriores: muchas entidades no cuentan con sistemas de costos implementados 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 su área metropolitana, los resultados que arrojan las entrevistas son preocupantes 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, ante 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 aún 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 medianas y pequeñas que hay en la ciudad y en el país?

Para tratar de responder un poco esta pregunta y sin el rigor de un estudio estadístico, escogimos 6 entidades privadas que prestan servicios de salud y que se consideran pequeñas o medianas, para tratar de hacernos una idea sobre cómo están en este tema. Lo que encontramos nos preocupa aún más, dado que de las 6 IPS visitadas, 4 no cuentan con un sistema de costos ni calculan información de este tipo, 4 de ellas no conocen el nuevo plan de cuentas que comienza a regir en 2010 y una de ellas utiliza el Plan Único de Cuentas, PUC para comerciantes, como plan de cuentas. Esto demuestra su desconocimiento sobre el tema y sobre la normatividad que las rige. Estas entidades delegan la división de los costos operativos por unidad funcional en la contabilidad, pero reconocen que utilizan procedimientos subjetivos que pueden no reflejar la realidad de la empresa.

3. Principales conclusiones de la situación actual del sector

Para responder al objetivo de esta investigación, se puede 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 la muestra de hospitales y clínicas seleccionada y con múltiples unidades de servicio– que hay ausencia y deficiencia en la reglamentación del

tema y que se presentan serios problemas en la calidad de la información contable y de costos que se prepara.

Lo anterior nos permite llegar a múltiples conclusiones que separamos por tres grandes temas, a saber: información contable y de costos, los sistemas de costos y los costos como herramienta de gestión y toma de decisiones.

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 el procesamiento de la información contable y su reporte, 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 el cual se logre una adecuada estructuración y unificación de la información solicitada a las entidades del sector. Esto 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 cos-*

tos y gastos, tal como se ha hecho en otros sectores, para –posteriormente– generar políticas de medición de gestión y resultados a partir 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 establecidos sobre sistemas confiables y que tenga en cuenta conceptos como calidad, capacidad y tecnología, entre otras variables.

3.2. Sistemas de costos

- El trabajo de investigación 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. Se podría 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 en 2008 es preocupante, debido a que muchas entidades consideradas grandes aún no cuentan con este sistema, otras han llevado a cabo procesos de implementación de sistemas de costos, pero todavía no le dan la importancia que éste debe tener como herramienta de gestión. Y si esta situación se encuentra en entidades de tamaño significativo, en las pequeñas y medianas es más notoria, ya que allí es más escaso 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 sus productos y servicios y, más aún, los niveles de información costeados son muy diferentes, por lo que no se podrían hacer análisis ni comparaciones.

- Se podría 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 general sobre el tema de costos. Esto 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 por costear. Aunque la mayoría de las entidades considera que los principales son los centros de costos, las unidades funcionales y los procedimientos, pocas entidades les dan importancia a niveles como pacientes, patologías, paquetes y 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: Hay contradicciones grandes entre las empresas sobre los conceptos que se deben asignar a los productos o servicios finales. En la gama de posibilidades, algunas entidades 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 sólo los gastos generados en los centros de costos logísticos y en una última categoría están las entidades que asignan a los productos o servicios finales tanto los costos como los gastos totales consumidos por la entidad. Estas contradicciones se generan por 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 se quiere que la información sea uniforme y pueda compararse.

- ✓ Las bases de asignación utilizadas: En este aspecto, hay 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, sí es importante que se definan claramente los niveles por costear y la metodología que se debe emplear. Hacerlo 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, hay múltiples 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, 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, en el desarrollo de la investigación, se detectaron muchas inconsistencias en su aplicación por parte de las entidades que dicen utilizarla, las cuales provienen del poco conocimiento sobre la metodología. También es importante que se promueva el cálculo de niveles de información, como procedimientos, pacientes o grupos relacionados de diagnóstico, que son niveles muy útiles en el proceso de toma de decisiones.

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

- Respecto a la utilidad que tiene la información de costos generada por las entidades de salud para la toma de decisiones y la gestión organizacional, es el tema que más problemas presenta. Como se expuso anteriormente, durante el desarrollo de la investigación, 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. Además, el 50% de las entidades encuestadas dice no hacer ningún análisis adicional al cálculo de los costos. Esto demuestra que falta madurar los modelos de costos que poseen estas 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 necesariamente tienen que evolucionar de lo instrumental a lo analítico. 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 se pueden tomar a partir de la información, decisiones que pueden ser tomadas dentro de la entidad, como el análisis de actividades, la racionalización de recursos, el análisis de capacidad, el cálculo de puntos de equilibrio, la combinación de productos, el cálculo de contribuciones marginales y los márgenes de rentabilidad, las comparaciones internas y externas, la simplificación de procesos, los programas

de beneficios, la planeación adecuada de la cadena de suministros, las decisiones de tercerización, el análisis de eficiencia y productividad, entre otras; o decisiones tomadas por las entidades de regulación y control, como el análisis de demanda y oferta, los costos medios de prestación de los servicios, la eficiencia en la utilización de los recursos transferidos, el cálculo de los indicadores sectoriales, las clasificaciones de hospitales y clínicas de acuerdo con el comportamiento de sus costos, etc.

- Al combinar los tres factores antes expuestos, resulta lo siguiente:
 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.
 3. Poca utilidad que dichos sistemas están generando para la toma de decisiones tanto interna como externa.

Por lo anterior se llega a la conclusión final de que es el momento para que la Superintendencia Nacional de Salud haga un alto en el camino y replantee de manera profunda y juiciosa la forma en que ha venido abordando el tema, para 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 de las actividades que se desarrollan para la comunidad.

Referencias

- Barón-Leguizamón, Gilberto (2007). Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. *Revista Salud Pública*, 9 (2), abril-junio.
- 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*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE (2001). *Coyuntura económica e indicadores sociales. Sistema de Indicadores Sociodemográficos, SISD 30*. Bogotá: República de Colombia, Departamento Nacional de Estadísticas.
- Franco-Giraldo, Álvaro (2004). La crisis hospitalaria actual. *Revista Nuevos Tiempos*, 12 (1), 115-123.
- Fresneda-Fuentes, María Silvia (1998). La contabilidad analítica en los hospitales públicos. *Revista de Contabilidad*, 1 (1), 53-73.
- Henao, E. V. (1999). Radiografía de una crisis anunciada. *Revista Seguridad Social al Día* (15).

- Ministerio de Salud, Programa de Mejoramiento (1999). *Sistema de costos hospitalarios, manual de implementación*. 1ª edición.
- Salud Colombia, Public Health Journal on the Net (2004). *Gasto Nacional en salud como porcentaje del PIB*. Recuperado el 4 de octubre de 2008 de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud75/portad75.htm>.
- 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). *Manual de 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*.

