

Gómez, L., Duque, M. y Carmona, J. (2008). La información contable y de costos e las entidades de salud: una herramienta para su transformación. *Contaduría Universidad de Antioquia*, 53, 145-172.

La información contable y de costos en las entidades de salud: una herramienta para su transformación*

Luis Fernando Gómez Montoya

Profesor Investigador de la Universidad de Antioquia en las áreas profesionales de Costos y Contabilidad de Gestión.
AA 1226 Medellín Colombia
fernandogomez@economicas.udea.edu.co

María Isabel Duque Roldán

Profesora Investigadora de la Universidad de Antioquia en las áreas profesionales de Costos y Contabilidad de Gestión.
AA 1226 Medellín Colombia
maduque@economicas.udea.edu.co

Jamer Carmona López

Profesor Investigador de la Universidad de Antioquia en las áreas profesionales de Matemáticas aplicadas y Estadística.
AA 1226 Medellín Colombia
jamer@economicas.udea.edu.co

Clasificación JEL: M41, M18 y M10

* Este documento 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 CODI (Acta 500 de fecha 04/12/2007) y financiada con recursos autónomos del Departamento de Ciencias Contables de la Universidad de Antioquia.

La información contable y de costos en las entidades de salud: una herramienta para su transformación

Resumen: el sector salud para el caso colombiano requiere mejoras ostensibles en sus sistemas de información financiera y de costos. Las entidades encargadas de la vigilancia, regulación y control no han sabido aplicar con rigor la normatividad vigente en esta materia, por lo que en la actualidad se puede encontrar la aplicación simultánea de tres planes de cuentas con grandes diferencias en su construcción y la propuesta de uno nuevo con importantes inconsistencias; así mismo, no se ha definido ni estructurado el funcionamiento de los sistemas de costos que según la ley deben operar en este tipo de empresas. En esta investigación se analizará la problemática a la cual se enfrentan las entidades de este sector y se plantearán algunos de los obstáculos de tipo financiero, administrativo y de gestión que bien sorteados, podrían ayudar a mejorar la información que se prepara en estas entidades.

Palabras clave: sector salud, planes de cuentas, sistema de costos, costos hospitalarios, toma de decisiones.

Accounting and costs information in health enterprises: a tool for their transformation

Abstract: Colombian health sector stands in need of great improvement in its financial and costs information systems. Enterprises in charge of surveillance, regulation, and control have not applied with rigor applicable standards, for this reason nowadays we find the simultaneous application of three highly dissimilar accounting plans and the proposal of a new one with great inconsistencies. Likewise, we have neither defined nor structured the costs systems' operation, that, according to the laws, must be in effect in these enterprises. This research analyses the difficulties to be overcome by health enterprises and examines some financial, administrative, and management obstacles, that if successfully dealt with, could help improve the information presented by these enterprises.

Keywords: health sector, accounting plans, costs system, hospital costs, decisions making.

L'information comptable et de coûts dans les établissements de santé: un instrument pour leur transformation

Résumé: le secteur de la santé en Colombie a besoin de grandes réformes dans le système d'information financière et de coûts. Les établissements chargés de la surveillance, régulation et contrôle n'ont pas appliqué rigoureusement les normes en vigueur. Pour cette raison, aujourd'hui, on trouve l'application simultanée de trois plans de comptes à grandes différences de construction et la proposition d'un plan nouveau avec des inconsistances importantes. On n'a pas également défini ni structuré le fonctionnement des systèmes de coûts qui, selon la loi, doivent s'opérer dans ce type d'entreprises. Dans cette recherche, on analyse les problèmes auxquels les établissements de ce secteur doivent faire face et on montre quelques-uns des obstacles financiers, administratifs et de gestion qui, surmontés avec succès, peuvent aider à améliorer l'information préparée dans ces établissements.

Mots clés: secteur de la santé, plans de comptes, système de coûts, coûts hospitaliers, prise de décisions.

La información contable y de costos en las entidades de salud: una herramienta para su transformación

Luís Fernando Gómez Montoya, María Isabel Duque Roldán y Jamer Carmona López

Primera versión recibida Agosto de 2008 – Versión final aceptada Noviembre de 2008

I. Introducción

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

1 WHO. Constitución de la Organización mundial de la salud.

El objetivo central planteado en el desarrollo de este trabajo investigativo es el de analizar los sistemas de costos utilizados por las IPS y ESE en Colombia para efectos del cálculo de los costos, y adicional a ello, verificar si la información suministrada por estos sistemas es utilizada para la toma de decisiones; razón por la cual, en las siguientes líneas, que conforman el marco teórico de la investigación, se analizará la problemática a la cual se enfrentan las entidades de este sector, comenzando por una descripción del sistema de seguridad social que actualmente opera en Colombia, para luego realizar un detenido análisis de la normatividad emitida en materia contable y de costos, dentro del cual se plantean algunas críticas al diseño de los planes de cuentas vigentes; para finalmente, hacer una revisión de las metodologías de costeo que pueden aplicarse en el sector y cómo ellas unidas a una adecuada cultura de gestión pueden ayudar a las entidades que prestan servicios de salud a superar la crisis que enfrentan y a mejorar la información que se genera.

II. El sector salud y su información ¿qué ha pasado?

II.1. El sistema de salud en Colombia

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

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

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

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

- El incremento en el número de usuarios en el sistema, pues se pasa de atender a las personas con capacidad de pago (cotizantes), a la atención de todo su grupo familiar (beneficiarios).
- Las Políticas estatales que plantean la cobertura universal en salud (la cual se espera obtener en el año 2009) y de la cual, gran parte se hace a través del régimen subsidiado.
- Algunas de las entidades que prestan servicios de salud tenían, y aún mantienen estructuras complejas, en las cuales los requerimientos de utilización de tecnología costosa, la alta proporción de personal de múltiples profesiones y oficios requerido para la operación, los altos costos de personal, la antigüedad del mismo y las cargas de las convenciones colectivas pactadas a través de los años, son algunos de los factores que representan los más altos costos de operación. (Henao, 1999)
- El control sobre el consumo de recursos o la racionalización en su utilización no es una decisión que repose sobre la dirección de la entidad, pues el personal que presta los servicios (médicos, enfermeras, etc.) y que en la estructura jerárquica de estas entidades se encuentran en la base, son los que tienen el poder sobre esta decisión tan trascendental, pues como lo expresa Fresneda (1998), al ser los prescriptores se convierten en los principales generadores de costos y, en consecuencia, son las figuras que en gran medida pueden proceder a la racionalización o contención del gasto hospitalario; la relevancia de este personal los convierte en la parte fundamental de la organización, rompiendo así con la lógica jerárquica.
- La estructura financiera de este tipo de entidades es compleja: costos fijos altos, capacidad ociosa (pues en ocasiones no se utiliza toda la capacidad instalada), niveles de rentabilidad relativamente bajos para el riesgo que involucra y altos requerimientos de liquidez que no son posibles de obtener, pues quien administra los recursos del sistema, que en el caso colombiano es el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA-, no gira oportunamente los recursos y reiteradamente incumple con los acuerdos de pago.
- El principal elemento del costo en este tipo de entidades -la mano de obra- hace que en muchas de ellas, este rubro alcance un 75% e incluso hasta un 80% de los costos totales.
- La falta de sistemas de información integrados, con procesamiento de información en tiempo real, hace que en muchas de estas entidades se presenten fenómenos como: dobles afiliaciones, reclamo de medicamentos en varios puntos de atención, atención de personas que no están afiliadas

al sistema (suplantaciones), robo de medicamentos para ser vendidos en el mercado negro, entre otros.

- Los manuales tarifarios que rigen el sector y mediante los cuales se definen los valores máximos a cobrar en cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones, no fueron construidos teniendo como base estudios de costos rigurosos, lo que hace que muchas entidades del sector al aplicar dicha estructura tarifaria definida por ley, no alcancen ni siquiera a cubrir sus costos, por ende no generan rentabilidad y mucho menos pueden invertir sus excedentes en modernización de equipos, actualización de los sistemas de información, capacitación del personal y demás acciones necesarias para hacer más eficientes los procesos.
- El costo de la intermediación es muy alto, en algunas vigencias ha alcanzado cerca del 50% de los recursos del sistema. (Gamarra, 1999)

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

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

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

II.2. Revisión de la normatividad en materia contable y de costos para el sector

Al revisar la normatividad que aplica el sector salud se encuentra evidencia documental que permite concluir que al menos, en el papel, los entes encargados de la vigilancia, regulación y control del sector han pretendido establecer metodologías para la preparación y presentación de la información contable y de costos. A continuación se enuncian las principales normas y doctrina emitida:

- Ley 10 de 1990 Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley en su artículo 8 determinó que le correspondía a la Dirección Nacional del Sistema de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema. Dentro de estas normas se encuentran:

[...] b) Normas administrativas: las relativas a asignación y gestión de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros. Con base en las normas técnicas y administrativas se regularán regímenes tales como información, planeación, presupuestación, personal, inversiones, desarrollo tecnológico, suministros, financiación, tarifas, contabilidad de costos, control de gestión, participación de la comunidad, y referencia y contrarreferencia.

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

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

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

Información requerida. Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costos deberán tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados, utilizando para el efecto métodos sistematizados. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que este conserve una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

La Contaduría General de la Nación, uno de los entes encargados de la emisión de las normas contables para el sector público, ha generado una serie de instrucciones para las entidades de salud bajo su vigilancia, en las cuales aclara un poco más el tema de costos:

Costos: esta área está soportada con la Ley 100 de 1993 que obliga a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a llevar una contabilidad de costos, así como la Resolución 400 de diciembre 01/00 de la Contaduría General de la Nación.

Para efecto de la definición de los centros de costos a manejar en cada institución se debe expedir una resolución por parte de la gerencia.

Se debe obtener el estudio de costos a través de una metodología de reconocido valor técnico. El funcionario encargado de este proceso debe realizar una vez al mes, con contabilidad, una conciliación del resultado del estudio de costos del mes respectivo; en el entendido de que se trabaja simultáneamente y por tanto corresponden al mismo periodo.

Informe final de costos: se debe realizar la conciliación del informe final de la hoja de costos y contabilidad.

Este instructivo permite concluir que para las entidades de salud, al menos para las públicas, se exige la implementación de un sistema de costos bajo alguna de las metodologías de costeo reconocidas, el cual debe involucrar una estructura de centros de costos; y adicionalmente se plantea la existencia de una dependencia de costos encargada de aplicar la metodología de costeo y de realizar las conciliaciones periódicas con la contabilidad, emitiendo los informes de costos.

- Decreto 3730 de 2003. Este decreto contempla entre otros aspectos lo siguiente:

Que el artículo 94 de la ley 617/2000 estableció que los Contadores Generales de los Departamentos, además de las funciones propias de su cargo, deberán cumplir las funciones relacionadas con los procesos de consolidación, asesoría y asistencia técnica, capacitación y divulgación y demás actividades que el Contador General de la Nación considere necesarias para el desarrollo del Sistema Nacional de Contabilidad Pública en las entidades departamentales y municipales, en sus sectores central y descentralizado; Que se hace necesario reglamentar los procedimientos a seguir para que los Contadores Generales de los departamentos desarrollen el Sistema Nacional de Contabilidad Pública y Control Interno Contable, en el sector central y descentralizado de las entidades departamentales y municipales, y describe en su artículo tercero como funciones del Contador General del Departamento, además de las funciones propias

de su cargo, una serie de actividades dentro de las cuales se destaca la siguiente: [...]

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

- Decreto 1018 de 2007. Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. El numeral 18 del artículo 6º establece que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud ejercer la inspección, vigilancia y control de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en relación con el cumplimiento de normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El numeral 30 del artículo 6º de la misma norma señala que la Superintendencia Nacional de Salud fija con sujeción a los principios y normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia, los mecanismos y procedimientos contables que deben adoptar las entidades vigiladas, cuando no estén sujetas a la inspección, vigilancia y control de otra autoridad.

Para efectos de reglamentar los procedimientos contables, se han emitido en los últimos años cuatro planes de cuentas diferentes para el sector, tres por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y uno por parte de la Contaduría General de la Nación:

- Resolución SNS 106 de 1998. Plan Único de Cuentas para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas, el cual estará vigente hasta el 1º de enero de 2010.
- Resolución SNS 1804 de 2004. Plan Único de Cuentas para Entidades Promotoras de Salud y Entidades Prepago privadas, el cual estará vigente hasta el 1º de enero de 2010.
- Resolución CGN 356 de 2007. Por la cual se adopta el manual de procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública.
- Resolución SNS 00724 de junio de 2008. Plan Único de Cuentas para las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones prestadoras de salud y entidades que administran planes adicionales de salud y servicios de ambulancia por demanda (esta resolución deroga las resoluciones 106/98 y 1804/2004, y se pretendía aplicar a partir del 1º de enero de 2009, pero mediante la resolución 1842 de diciembre de 2008, se aplaza su aplicación hasta el 1º de enero de 2010.

Las ambigüedades en cuanto al manejo de la información contable y de costos y la multiplicidad de planes de cuentas utilizados, hacen que las empresas del sector tengan serios inconvenientes en la construcción de la información contable y que sea muy difícil para las entidades de vigilancia y control contar con información clara y confiable para efectos de análisis sectoriales que permitan definir políticas de mejoramiento. A continuación se

analizarán las principales inconsistencias percibidas en la estructuración de los planes de cuentas en lo que tiene que ver con ingresos, costos y gastos.

III. Análisis de los planes de cuentas del sector salud. (Cuentas de ingresos, costos y gastos)

El hecho de que para empresas del mismo sector se tengan cuatro planes de cuentas diferentes y en ocasiones hasta cinco -porque es tal el desconocimiento de algunas entidades pequeñas en materia de normatividad contable, que aplican dentro de su contabilidad el plan único de cuentas para comerciantes (decreto 2650 de 1993)-, genera confusión y demuestra la falta de claridad en el establecimiento de normas contables por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, que es finalmente el principal ente regulador del sector. Al analizar los catálogos de cuentas de cada uno de los planes y las dinámicas propuestas, se pueden encontrar grandes contradicciones conceptuales e instrumentales, las cuales trataremos de explicar a continuación. Para tal efecto, se analizarán de forma paralela los 3 planes de cuentas actualmente vigentes y se compararán con el PUC para comerciantes al ser éste un plan de cuentas con amplia trayectoria que es aplicado por un gran número de empresas en Colombia. Posteriormente haremos el análisis individual del plan de cuentas que aplicarán las entidades del sector salud privadas a partir del 2010:

Manejo de la cuenta de Ingresos

Resolución 106/98	Resolución 1804/04
4 Ingresos 41 Operacionales 4105 Unidad Funcional Urgencias 410501 Unidad Móvil 7 unidades funcionales o servicios a 4 dígitos y 93 a 6 dígitos	4 Ingresos 41 Operacionales 4105 Unidad Funcional Urgencias IPS 410501 Unidad Móvil 7 unidades funcionales o servicios a 4 dígitos y 93 a 6 dígitos
Resolución 356/07	Decreto 2650/93
4 Ingresos 43 Operacionales 4312 Servicios de salud 431208 Urgencias 36 unidades funcionales o servicios a 6 dígitos	4 Ingresos 41 Operacionales 4165 Servicios sociales y de salud 416505 Servicio Hospitalario 7 unidades funcionales o servicios a 6 dígitos

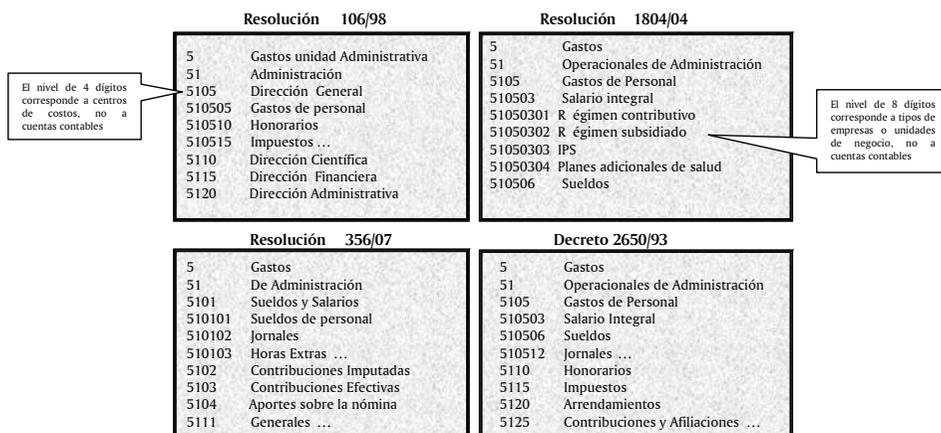
Para aclarar el concepto de unidad funcional o unidad de servicio, la resolución 1424 de 2008 las define como

el conjunto de procesos de producción específicos, los procedimientos y actividades que los componen, los cuales son ejecutados dentro de una secuencia y límites técnicamente definidos, en donde es posible visualizar, analizar e intervenir el proceso global de la venta o producción del servicio.

Las cuentas de ingresos tienen un manejo similar en los diferentes planes de cuentas, pues a 6 dígitos incluyen el detalle de las unidades de servicio o unidades funcionales que se ofrecen o pueden ofrecer en las diferentes instituciones que prestan servicios de salud; la diferencia radica en el detalle con el cual definen dichas unidades de servicio o unidades funcionales en cada uno de los catálogos, dado que el plan de cuentas del sector público (resolución 356/07) tiene un menor detalle a 6 dígitos que los planes de cuentas para el sector privado, quienes definen 7 unidades funcionales principales a 4 dígitos y un gran número de sub-unidades de servicio a 6 dígitos. El plan de cuentas para comerciantes (Decreto 2650/93) no tiene una buena definición por áreas de servicio dado que es un plan de cuentas genérico para todos los comerciantes y que permite ampliar, de acuerdo con las necesidades de cada empresa, el detalle de las cuentas a 6 dígitos. Este es uno de los aspectos sobre los que más claridad se debería tener en el sector, dado que las unidades funcionales son finalmente, los servicios que se venden y el ente encargado de la regulación, en este caso la Superintendencia Nacional de Salud, debería definir y unificar los procesos que se llevan a cabo en las diferentes entidades que conforman el sector, para de esta forma evitar que en cada plan de cuentas se tengan diferentes niveles de detalle y clasificaciones.

Manejo de las cuentas de gastos

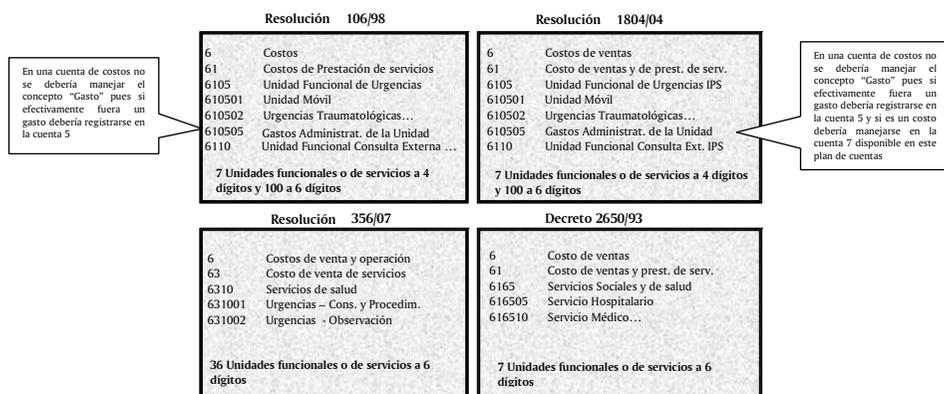
En el manejo de los gastos se presentan inconsistencias grandes entre los diferentes planes de cuentas, principalmente en los que aplica el sector privado, las cuales se explicarán a continuación:



- La resolución 106/98 incluye como cuentas de mayor, áreas o dependencias de una entidad, lo cual no debería ser un nivel en el plan de cuentas, pues cada empresa tiene una estructura organizacional diferente y usualmente esta información se maneja en las aplicaciones de contabilidad bajo el concepto de centros de costos o áreas de responsabilidad.
- La resolución 1804/04 comete un error similar en su estructuración, pues a 8 dígitos obliga a que las empresas separen los gastos administrativos que le corresponden a cada unidad de negocio (IPS, régimen contributivo, régimen subsidiado, etc.). Este nivel es complejo de manejar pues el personal administrativo puede no relacionarse fácilmente con las unidades de negocio que se prestan y para su distribución puede requerir la utilización de bases o criterios de asignación, lo que complica la oportunidad de la información contable y su razonabilidad, pues éstas son labores propias de un sistema de costos y no de un sistema contable.
- La definición de los gastos en el plan de cuentas del sector público es similar a la del PUC para comerciantes; en éstos se puede notar una buena estructuración y no se incurre en las inconsistencias mencionadas anteriormente.

En el análisis de los gastos se podría concluir que el error principal que se comete en la definición de las cuentas, es la inclusión de conceptos que no corresponden a esta categoría, dado que sólo deberían aparecer nombres de rubros en los cuales se consumen recursos, es decir, salarios, papelería, gasolina, depreciación equipos, entre otros. Incluir como cuentas contables a las dependencias de la empresa (dirección general, dirección administrativa, etc.) o a los tipos de entidades que se consumen los recursos (IPS, régimen contributivo, etc.) es un error que no debería permitirse y que genera desconcierto y confusión entre quienes deben utilizar los planes de cuentas.

Manejo de las cuentas de Costos de Ventas



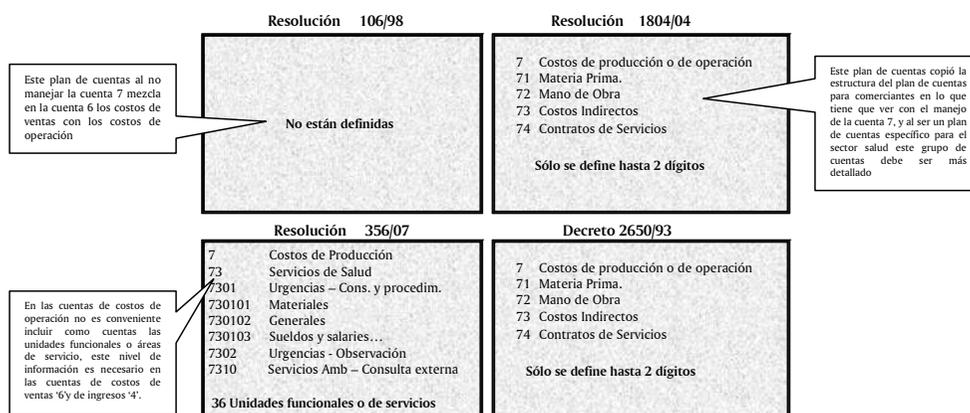
En el manejo de la cuenta 6 también se presentan inconsistencias pero aún más graves que las de la cuenta 5, pues hay una confusión muy grande entre lo que significan los conceptos “Costo de Ventas” y “Costo de operación o prestación del servicio”. Las cuentas 6 deben reflejar el costo de ventas total de cada uno de los servicios o unidades funcionales o unidades de negocio ofrecidos por la institución, su configuración debe ser coherente con la de la cuenta de ingresos. No es correcto en este grupo de cuentas registrar el detalle del material, los costos de personal, costos generales y demás conceptos consumidos en el periodo objeto de evaluación; para eso existen las cuentas tipo 7. Sin embargo se puede analizar que el plan de cuentas definido en la Resolución 106/98 no incluye cuentas tipo 7, por lo que todo el detalle de lo consumido en cada una de las unidades funcionales o áreas de servicio se debe registrar en las cuentas de costo de ventas a 8, 10 o hasta 12 dígitos, lo que es incorrecto.

Tanto en el plan de cuentas de la Resolución 106/98 como en el de la 1804/04, se encuentra una cuenta denominada “Gastos administrativos de la unidad”, la cual debe agrupar todos aquellos recursos consumidos en cada unidad funcional que no son fácilmente asignables a las subunidades. El primer error que se comete con esta cuenta es denominarla “Gastos administrativos”, puesto que si tienen esta naturaleza deben estar en la cuenta 51 que agrupa los gastos de administración; su verdadera razón de ser es la de unos costos que son consumidos dentro de la operación pero en actividades indirectas o que no son fácilmente asignables a los servicios, por lo tanto deben clasificarse como cuentas 73 de costos indirectos (para el caso de la resolución 1804, pues en la 106 no hay este tipo de cuentas) y dejar que el sistema de costos defina los criterios con los cuales deben ser asignados a los diferentes procesos ejecutados en la institución. Al incluir cuentas con estas características, dichos catálogos envían el mensaje de que hay unas cosas que se pueden distribuir y otras que no, por lo que se podría hacer la siguiente pregunta: ¿si de todas formas debe existir un sistema de costos para distribuir aquellos recursos que no son fácilmente asignables a las unidades funcionales o procesos, por qué no dejar a este subsistema que se encargue de todas las distribuciones y eliminar de la contabilidad este tipo de cuentas?, máxime cuando se concluye que la contabilización por unidad funcional que se logra al aplicar estos planes de cuentas no es confiable y no serviría para tomar decisiones.

Otra de las inconsistencias que presentan las cuentas de costos de ventas en los diferentes planes de cuentas y que ya se enunció al analizar las cuentas de ingresos, es el nivel de detalle con el cual se definen las unidades funcionales, dado que el plan de cuentas del sector público define 36 unidades a 6 dígitos

sin mayor detalle, mientras que los planes de cuentas del sector privado definen 7 unidades a 4 dígitos y un gran número de subunidades a 6 dígitos, lo que impide procesos de comparación entre entidades públicas y privadas pues poseen niveles de detalle diferentes.

Manejo de las cuentas de costos de operación o de prestación del servicio



En el manejo de la cuenta 7 persisten las inconsistencias en el nivel de detalle necesario. El que presenta mayores problemas es el catálogo definido en la resolución 106/98, puesto que ni siquiera contempla este grupo de cuentas y mezcla en la cuenta 6 costos de ventas con costos de operación (que como se dijo anteriormente son dos conceptos diferentes); la resolución 1804/04 copia el manejo que se da en el PUC para comerciantes, el cual sólo define las cuentas de costos de producción u operación hasta 2 dígitos y se deja en libertad a las empresas para que definan los niveles siguientes, los cuales deben implicar un nivel de detalle mayor sobre los materiales utilizados, los conceptos de costos de personal utilizados, los diferentes costos indirectos asociados al servicio y los contratos con terceros celebrados para realizar alguna parte del proceso de prestación del servicio.

El que en nuestro criterio presenta mayor detalle y estructuración en el manejo de este grupo de cuentas es el catálogo definido para el sector público. Sin embargo, tiene problemas en su configuración, dado que obliga a que los costos consumidos en el desarrollo del proceso operativo se separen, desde la contabilidad, de acuerdo con la unidad funcional donde se hayan utilizado, tal y como lo hace la resolución 106/98 pero en la cuenta 6. El llegar a este nivel de detalle en las cuentas de costos de operación involucra contar con parte de un sistema de costos dentro de la contabilidad, dado que una gran parte de los

costos consumidos, no son fácilmente asignables al área que incurrió en ellos y su distribución implica la utilización de criterios o bases de asignación.

Una adecuada configuración del grupo 7 debería tener una cuenta por cada concepto o recurso utilizado dentro del proceso operativo con el nivel de detalle requerido, por ejemplo:

71	Materia Prima
7101	Materiales y suministros
710101	Medicamentos
710102	Material médico quirúrgico
710103	Materia de reactivos y laboratorio
710104	Material odontológico (...)
71XX90	Traslado de costos (cr)
72	Mano de Obra Directa
7201	Costos de personal
720101	Salario integral
720102	Sueldos
720103	Horas extras y recargos (...)
72XX90	Traslado de costos (cr)
73	Costos Indirectos
7301	Gastos de personal
730101	Sueldos (...)
7302	Materiales y suministros
7303	Honorarios
7304	Impuestos
730201	Predial
730202	Industria y comercio (...)
7305	Arrendamientos
730301	Construcciones y edificaciones
730302	Maquinaria y equipo (...)
73XX90	Traslado de costos (cr)
74	Contratos de servicios
7401	Servicios Médicos
740101	Anestesiología
740102	Ginecología (...)
74XX90	Traslado de costos (cr)

Otros niveles de información tales como el área de la entidad que se consumió los recursos (urgencias, consulta externa, hospitalización, etc.) deben registrarse en otros niveles de información diferentes a la cuenta contable, tales como los centros de costos, que no son más que una tabla independiente dentro del sistema contable que asocia el recurso al área que lo consume o que lo controla, para el caso de los indirectos no asignables a un centro de costo específico.

La inadecuada configuración de los planes de cuentas, incluyendo en ellos niveles de detalle innecesarios, complica el procesamiento de la información contable, al conducir a catálogos exageradamente extensos que obstaculizan la entrega oportuna y confiable de los resultados de la operación.

Para ejemplificar la situación exponemos el siguiente caso: en el plan de cuentas del sector público, existen 36 Unidades funcionales o áreas de servicio, y alcanzar un detalle adecuado de los recursos consumidos entre materiales, mano de obra, indirectos y contratos, requiere aproximadamente 130 cuentas contables. Si una entidad desarrolla las 36 áreas de servicios definidas en el plan de cuentas tendría que crear en total el siguiente número de cuentas:

$$130 \text{ Cuentas} \times 36 \text{ Unidades Funcionales} = 4.680 \text{ cuentas}$$

Si se definieran correctamente los niveles de información, la entidad sólo tendría 130 cuentas de costos y las áreas donde se consumieron los recursos se manejarían como centros de costos.

Si lo que se busca con la definición de las cuentas de costos de operación con ese nivel excesivo de detalle es facilitar el traslado de los costos de producción a los costos de ventas, se debe aclarar que los sistemas contables no están preparados, ni esa es su función, para manejar ese tipo de información, máxime cuando este tipo de empresas maneja cada vez un volumen más alto de costos indirectos compartidos por varios servicios; entonces, es el sistema de costos quien debe informar cuál es el costo de cada uno de los servicios prestados por la entidad en el periodo objeto de evaluación y reportarlo al sistema contable para realizar los registros respectivos, previa una conciliación de las cifras. (Tal como lo define la CGN en sus instructivos contables).

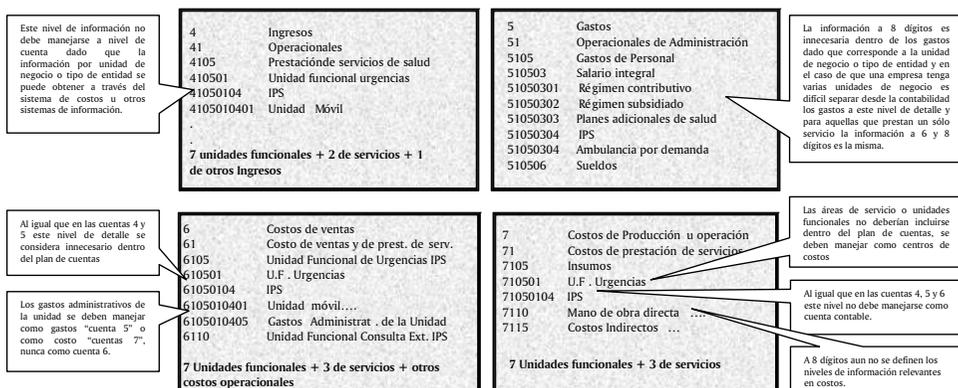
A través de las entrevistas y conversaciones que el grupo de investigación ha realizado con diferentes entidades de salud, se comprueba lo complicado que es para éstas, manejar las cuentas de costos al nivel de detalle exigido por los catálogos de cuentas, lo que conlleva a que en muchas de ellas se presenten situaciones como las siguientes:

- Contablemente registran los costos en unas pocas unidades funcionales cuando en realidad y de acuerdo con los ingresos, ofrecen más unidades de las que reportan costos.
- La información que se registra en las cuentas de costos en el sistema contable es muy diferente a la que suministra el sistema de costos y para efectos de toma de decisiones utilizan sólo la información que reporta costos.
- Aquellas entidades que quieren obtener una información confiable en los dos subsistemas, exigen que el área de costos remita a la contabilidad la información con el nivel de detalle que se requiere para proceder a hacer el registro de los costos de operación, lo que implica demoras en el procesamiento de la información.

III.1. Análisis del nuevo plan de cuentas emitido por la SNS

La Superintendencia Nacional de Salud expidió a mediados del 2008, la Resolución 00724 que unifica los planes de cuentas utilizados en el sector privado y con la cual se pretende solucionar las inconsistencias encontradas en los planes anteriores. Sin embargo, en este plan de cuentas persisten muchos de los problemas descritos anteriormente, tanto así que la Superintendencia Nacional de Salud, quien tenía prevista su aplicación a partir del 1 de enero de 2009, debió aplazarla para la misma fecha del año 2010, debido a las múltiples comunicaciones recibidas por parte de entidades del sector en las cuales se expresaba, desde la inconveniencia del nuevo plan, hasta los múltiples cambios que deben realizarse en los sistemas de información para cumplir con la norma y los costos asociados a dichos cambios. (Ver resolución 1842 de diciembre de 2008). Pero analicemos la estructura del nuevo plan:

Resolución 00724/08



Al analizar detalladamente la configuración del nuevo plan de cuentas que comenzará a regir en 2010 para las empresas del sector salud privadas, consideramos que continúan presentándose las mismas incoherencias encontradas en los planes anteriores, las cuales pueden resumirse de la siguiente manera:

- 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, lo que es innecesario y poco práctico porque implica 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, 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 tienden a ser cada vez menos extensos pues información como el tercero, el centro de costo, la unidad de negocio, etc. se captura a través de otras tablas o fuentes. Sin embargo seguimos viendo que los planes de cuentas del sector salud requieren 12 o 14 dígitos para lograr información con el detalle necesario.
- Persiste la confusión entre lo que es un costo de ventas y lo que es un costo de producción y las cuentas que deben manejarse en cada uno de estos grupos
- Se deben definir claramente cuáles son las áreas de servicio, procesos misionales o unidades funcionales (el nombre que se quiera dar) que pueden prestarse en el sector, pues existen grandes diferencias entre las definidas por el sector público y las definidas por el privado.

IV. Sistemas o metodologías de costeo

En los párrafos anteriores, se hacía una crítica a la confusión que existe en las entidades de regulación y control entre el concepto de sistema contable y el de sistema de costos. A continuación aclararemos un poco la diferencia entre estos dos sistemas y profundizaremos sobre los procedimientos llevados a cabo por el sistema de costos y las metodologías de costeo que pueden aplicarse en el sector.

El sistema financiero de toda entidad se compone de una serie de subsistemas de información, en los cuales se manejan niveles de detalle diferentes.



Gráfico No.1 Componentes del sistema financiero

Fuente: elaboración propia

El sistema contable es el que recopila la información generada en los diferentes sistemas de información para preparar los estados financieros que permitirán conocer los resultados de la organización y apoyar la toma de decisiones; pero es claro que la información llega al sistema contable de forma agregada, para conocer los detalles de la misma, el usuario debe remitirse a cada subsistema. Por ejemplo, si se quiere conocer el costo histórico de un bien determinado, nos debemos remitir al subsistema de activos fijos, si se quiere conocer el salario devengado por un empleado específico, nos debemos remitir al subsistema de recurso humano, etc.

Para describir la relación de los sistemas *costos – contabilidad* se debe tener en cuenta que el detalle de los recursos consumidos [(gastos (5) y costos (7))] son reportados por los diferentes subsistemas tanto a contabilidad como a costos, pero el que se encarga de asignar estos recursos a los procesos, productos/ servicios, y otros niveles que se deseen costear es el sistema de costos, así como de realizar los análisis administrativos a que haya lugar, y finalmente, el sistema de costos reporta a la contabilidad la forma en que los costos de producción se convierten en costos de ventas para cada uno de los productos/ servicios generados en el periodo objeto de evaluación.

Llegar a niveles de detalle como los que alcanza el sistema de costos dentro de la contabilidad no tiene sentido, por lo que es imperativo que en el sector salud se defina el funcionamiento de cada una de estas áreas. Ello implica establecer funciones para cada una de ellas, definir reportes a generar, realizar conciliaciones, pero sobre todo la metodología de costos aplicable

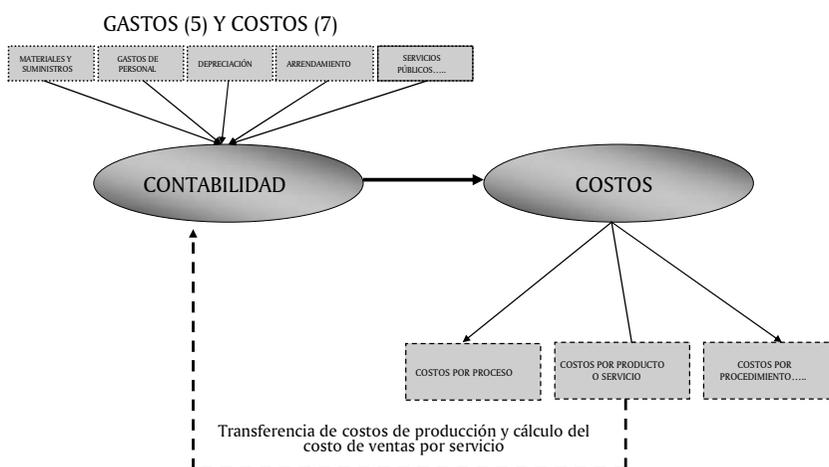


Gráfico No.2 Relación sistemas Costos - Contabilidad

Fuente: elaboración propia

y su forma de operación; esto parece un poco complicado, pero si se consulta la experiencia acumulada por otros sectores que ya han recorrido este camino (caso servicios públicos domiciliarios por ejemplo), se concluiría que no es imposible y sí muy necesario, dada la trascendencia e importancia del sector salud en la economía nacional y en el bienestar colectivo. Contar con sistemas de información financiera y de costos que le permitan a las entidades disponer de información adecuada para tomar decisiones orientadas a permanecer o mejorar su posición en el mercado y suministrar un servicio de excelente calidad, determinando de manera acertada el costo de prestación del servicio y la rentabilidad alcanzada, es el camino que hay que trazar.

El manejo y control de los recursos se hace un tema obligado, en el momento en el que los países se enfrentan a unos ambientes económicos de mucha competencia. El mundo de la globalización impone variables que aún no conocemos. Lo único cierto es que en una economía competitiva los vendedores sólo cuentan con los costos para lograr las metas de rentabilidad; son ellos los que determinan la viabilidad empresarial. Si bien es cierto que el entorno actúa como evaluador de la relación entre la empresa y el medio, es internamente, el manejo de los recursos, el que aprueba si la entidad es factible (Cuervo y Osorio, 2007).

Desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 se exige de manera clara y explícita que toda entidad prestadora de servicios de salud tanto pública como privada debe contar con un sistema de costos; sin embargo y teniendo en cuenta que muchas empresas encargadas de prestar servicios de salud han

hecho intentos aislados por desarrollar sistemas de información de costos, a la fecha, los organismos encargados de la regulación, control, inspección y vigilancia del sector, no han emitido directrices claras sobre la metodología a aplicar, la forma como estas entidades deben reportar periódicamente información de costos, ni se conocen estudios que permitan identificar cuántas entidades realmente están aplicando metodologías de costeo de reconocido valor técnico, dado que, aunque existen algunas excepciones, la mayoría de las entidades del sector manejan información de costos de baja calidad, inmersa en la contabilidad financiera y en algunos casos ni siquiera han implementado este tipo de sistemas.

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

- a. *Costeo Basado en Actividades ABC*: el ABC (*Activity Based Costing*) es una metodología de costeo que surge con la finalidad de mejorar la asignación de recursos a cualquier objeto de costo (producto, servicio, cliente, mercado, dependencia, proveedor, etc.) y tiene como objetivo medir el desempeño de las actividades que se ejecutan en una empresa y la adecuada asignación de costos a los productos o servicios a través del consumo de las actividades, lo cual permite mayor exactitud en la asignación de los costos y permite la visión de la empresa por actividad. El ABC pone de manifiesto la necesidad de gestionar las actividades, en lugar de gestionar los costos (Duque y Osorio, 2003). Esta es una de las metodologías más utilizadas en la actualidad por su amplia aceptación y mayor credibilidad para el cálculo, la gestión de los costos y su estrecha relación con el direccionamiento estratégico, la cual genera mejor información para la toma de decisiones y la gestión empresarial; de hecho en Colombia, existe regulación específica según la cual esta metodología debe ser aplicada en todas las empresas prestadoras de Servicios Públicos Domiciliarios; en el sector de la salud, se ha utilizado en combinación con el costeo absorbente al momento de proponer herramientas para el cálculo de costos. (Programa de Mejoramiento, Ministerio de Salud, 1999)
- Asimismo, la Federación Internacional de Contadores IFAC en su Estudio 12 “Perspectivas de la Contabilidad de costos en el sector público”, sugieren el

ABC como una de las metodologías de costeo que deben utilizar los entes públicos incluido el sector salud, por sus grandes bondades.

- b. *Costeo por Protocolos*: un protocolo desde el punto de vista clínico, es una secuencia ordenada de procedimientos utilizables ante un individuo con un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un problema de salud. El protocolo permite al médico o personal del área de la salud encargado del procedimiento, realizar el tratamiento de manera efectiva y con el *costo mínimo* (Candia, 1997). El costeo por protocolos aunque es muy utilizado en el área de la salud, más que una metodología de costeo, es una herramienta que permite calcular estándares de consumo ante determinado procedimiento, los cuales son utilizados por el Costeo Basado en Actividades o el Costeo Absorbente al momento de calcular el costo real de la prestación del servicio y por el costeo estándar para proyectar el comportamiento de los servicios. (Duque y Osorio, 2003) Algunos de los objetivos por los cuales se han desarrollado protocolos son:

- Mejorar la calidad del cuidado en la salud
- Mejorar la eficiencia
- Reducir el riesgo en los procedimientos
- Aportar a la educación médica
- Ayudar a determinar estándares en el manejo de pacientes con iguales condiciones clínicas
- Facilitar el cálculo de proyecciones de consumo de materiales y mano de obra directos necesarios para prestar el servicio con base en estimaciones de la demanda.

En el sector salud, el protocolo representa el costo estándar de los procedimientos, los cuales deben ser comparados periódicamente con los costos reales para determinar las variaciones y tomar decisiones que permitan mejorar la utilización de los recursos.

- c. *Costos por procesos*: el enfoque sistémico o por procesos, parte del principio de que el Proceso es la forma natural de organización del trabajo y surge en contraposición de las organizaciones piramidales o verticales, estructuradas con base en las funciones (enfoque funcional). Todo proceso hace parte de un Sistema y es uno de los elementos importantes de él. Un Sistema es cualquier conjunto de elementos interconectados por una configuración de relaciones que constituyen la organización que lo define y especifica su identidad (Maturana, 1995)

Un proceso de negocio es un conjunto de puestos de trabajo o tareas relacionadas, correspondientes normalmente a varias funciones, realizadas por un equipo de personas polivalentes, para producir un resultado preciso y cuantificable, que tiene como destino un cliente o mercado específico.

Los procesos se caracterizan porque sus resultados están destinados a un cliente. Así es que esos resultados, sean bienes o servicios, serán valorados. Tal valoración puede ser realizada por un cliente interno o externo a la organización. (Dueñas, 2003)

Esta metodología tiene como objetivo calcular el costo de cada uno los procesos misionales u operativos que componen el negocio, para, a partir de él, tomar las decisiones necesarias. Esta metodología es muy utilizada en el sector salud, dado que los procesos pueden definirse y separarse de una forma relativamente fácil, sin embargo al pretender costear sólo procesos misionales, deja de lado los procesos administrativos que representan un valor importante dentro de la estructura de este tipo de entidades, así como el costeo de otros niveles de información relevantes: procedimientos, pacientes, productos, etc.

- d. *Costo por paciente/patología*: esta metodología de la cual se encuentra bibliografía y referencias de aplicación en Uruguay y Argentina, parte de una clasificación en dos grandes tipos de costos: variables y fijos; es decir, por un lado el sistema deberá calcular los costos variables por paciente que serán todos aquellos gastos que se originan por la atención al paciente, por ejemplo, medicamentos, material de uso médico, análisis, honorarios específicamente para ese paciente, etc. Por otro lado, se deben calcular los costos fijos o costos por utilización de los servicios del hospital, como pueden ser el costo del día/cama en cada tipo de sala (convencional, intermedio, intensivo, etc.), el costo de utilización del quirófano, el costo de la consulta por especialidad, etc. (Montico y Velarde, 2003). Este método exige sistemas de información muy complejos que permitan registrar los costos para cada uno de los pacientes, además no tiene en cuenta la asignación de un grupo grande de costos indirectos asociados a los servicios.
- e. *Grupos Relacionados de Diagnóstico – GRD*: el GRD es un método de agrupación de pacientes basado en las características significativas de los diagnósticos emitidos al momento del ingreso, las cuales permiten predecir el nivel de recursos que consumen los diagnósticos y tratamientos posteriores hasta el momento del alta. Las características significativas del diagnóstico provienen: del paciente; de la enfermedad
- Un Grupo de Diagnóstico Relacionado es el conjunto de pacientes con una enfermedad clasificada etiológicamente (por su causa y sus manifestaciones), que demanda diagnósticos y tratamientos similares y consume cantidades similares de recursos (Gomero, 1997). En consecuencia, los pacientes se agrupan en categorías homogéneas en función de las características clínicas que presenten y de los procesos a los

que tendrán que ser sometidos, formándose así grupos de “iso-consumo” de recursos (Fresneda, 1998).

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

Las diferentes herramientas mencionadas en los párrafos anteriores, son aplicables en el área de la salud; sin embargo, es necesario realizar estudios que a través del análisis detallado tanto de las características y complejidades que tienen los servicios de salud como de las bondades y limitaciones de cada uno de los sistemas de costeo y técnicas de gestión existentes, propongan la metodología o combinación de metodologías que mejor se acomodan a las necesidades de información del sector, dado que existen muchas inconsistencias entre los sistemas, bases de asignación, y niveles de información costeados por las diferentes entidades de salud en Colombia. Esta disparidad en el manejo de la información puede ocasionar que dos entidades obtengan resultados totalmente diferentes costeadando el mismo producto o servicio, en condiciones similares de operación, lo que dificulta la definición de políticas estatales, análisis sectoriales e inclusive la toma de decisiones en cada entidad.

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

V. Cultura gerencial

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

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

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

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

- Análisis de capacidad ociosa: para mejorar niveles de productividad haciendo un mejor uso de la infraestructura disponible y en general de los costos fijos que tiene la entidad.
- Cálculo de puntos de equilibrio: con el fin de establecer los niveles mínimos de actividad que se requieren para recuperar los costos y con ello establecer las actividades que se deben estimular y aquellas que se deben eliminar o replantear.
- Fijación de tarifas: contar con información confiable y completa a la hora de enfrentar procesos de negociación con las entidades contratantes.
- Análisis de valor agregado y eficiencia de las actividades: lo que le permitirá a la empresa determinar en cuáles de ellas se deben tomar decisiones como la subcontratación o contratación con terceros, la reestructuración, la centralización de actividades repetitivas, o la eliminación.
- La comparación (Benchmarking): este procedimiento permite mediante la comparación con empresas consideradas líderes o que cuentan con las mejores prácticas en determinados aspectos, que la empresa mejore sus procesos tanto asistenciales como administrativos. Este procedimiento es muy utilizado en otros países y en el caso británico, por ejemplo, todos los hospitales están incluidos en un proceso de Benchmarking obligatorio impulsado por el Gobierno y que culmina con la publicación anual de un ranking de los hospitales en función de sus costos. (García, 2006)

- Presupuestación: si se cuenta con adecuada información de costos se puede mejorar significativamente el proceso de presupuestación, aplicando técnicas como el presupuesto basado en actividades o el presupuesto basado en la demanda esperada.
- Sistemas de Calidad: que permitan combinar la racionalización de recursos con una adecuada prestación del servicio, y mediante los cuales se controlen los índices de demanda insatisfecha, los tiempos de espera, los reclamos de usuarios por mala atención, entre otros aspectos.

VI. Conclusión

El sector de la salud en Colombia debe continuar en el corto plazo su proceso de transformación, hacia la configuración de sistemas de información financieros y de costos definidos por el ente regulador de forma clara y precisa, que les permitan tanto a las entidades públicas como privadas, cumplir con su función social, tomar decisiones oportunas y acertadas, ser autofinanciables, autosostenibles, prestar servicios con alta calidad y que cada vez cuenten con más recursos para invertir en infraestructura, equipos y lo más importante, en programas de promoción y prevención que reduzcan las intervenciones de alto costo y mejoren la calidad de vida de la población.

Las entidades encargadas de la inspección, regulación, vigilancia y control del sector deben hacer por tanto, un replanteamiento profundo y juicioso de sus políticas contables y de costos, con lo cual se logre una adecuada estructuración de cada una de estas áreas, especificando la información que deben generar y que conduzca a la definición de un plan único de cuentas para todo el sector y posteriormente hacia un sistema unificado de costos y gastos, tal y como se ha hecho en otros sectores, para posteriormente, generar políticas de medición de gestión y resultados a través de esta información y un replanteamiento de la estructura tarifaria vigente hacia una más compleja que involucre la fijación de tarifas con base en criterios de costos elaborados sobre sistemas confiables y que tenga en cuenta conceptos como la calidad, capacidad, tecnología, entre otras variables.

Referencias Bibliográficas

- Arcila, L. G. (2003). *Costos hospitalarios y grupos relacionados de diagnóstico*. Medellín: Editorial Hospital San Vicente de Paul.
- Barón, G. (2007). Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. *Revista Salud Pública*, 2(9).
- Candia, B. e Isasi, C. (1997). Manual sobre desarrollo de protocolos. *Revista todo Hospital*, 139.
- Contaduría General de la Nación. (2008). Marco de Referencia para la implantación del sistema de costos en entidades del sector público.
- Contaduría General de la Nación. (2007). Resolución 356, por la cual se adopta el Manual de Procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública.

- Cuervo, J. y Osorio, J. A. (2007). Costeo Basado en Actividades ABC y Gestión Basada en Actividades ABM. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE. (2001). *Coyuntura económica e indicadores sociales*. SISD 30. Bogotá: República de Colombia, Departamento Nacional de Estadísticas.
- Decreto 2650 de 1993. Plan único de cuentas para los comerciantes.
- Duque, M. I. y Osorio, J. A. (2003). Sistema de costeo basado en actividades aplicado al sector salud. *Contaduría Universidad de Antioquia*, 43.
- Dueñas, G. (2003). La dirección de Hospitales por productos: Nuevas Metodologías de Cálculo y Análisis de Costos. En *VIII congreso del Instituto Internacional de costos*. Uruguay.
- Franco, A. (2004). La crisis hospitalaria actual. *Revista Nuevos Tiempos*, 1(12).
- Fresneda, M. S. (1998). La contabilidad analítica en los hospitales públicos. *Revista de contabilidad*, (1).
- Federación Internacional de Contadores, Comité del Sector Público. (2000). *Estudio 12: Perspectivas de la contabilidad de costos en el sector público*.
- Gamarra, L. M. (1999). S.O.S. hospitalario. *Revista Seguridad Social al día*, 15.
- García, B. (2006). Benchmarking en hospitales públicos a partir de la información suministrada por la contabilidad de costos. *Revista de contabilidad*, 17(9).
- Gomero, M. C. (1997). Los GRDs como sistemas de medida para la instauración de protocolos clínicos que mejoren la calidad de los procesos asistenciales. *Revista Todo Hospital*, 136.
- Henao, E. V. (1999). Radiografía de una crisis anunciada. *Revista Seguridad Social al día*, 15.
- Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Lorino, P. (1993). *El control de gestión estratégico*. Barcelona: Editorial Marcombo.
- Maturana, H. (1995). *La Realidad: ¿Objetiva o Construida?* Barcelona: Anthrops.
- Ministerio de Salud, Programa de Mejoramiento. (1999). *Sistema de costos hospitalarios, manual de implementación*.
- Montico, E. y Velarde, M. (2003). Una propuesta de costos para las instituciones de asistencia medica colectiva: costos por pacientes y patología. En *VIII congreso del Instituto Internacional de costos*. Uruguay.
- OPS. Boletín epidemiológico. Glosario de indicadores y datos (Vol. 21, No. 4). Extraído de <http://www.col.ops-oms.org.co>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2008a). Resolución 1842, por la cual se modifica el artículo tercero de la Resolución 724 de junio 10 de 2008.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2008b). Resolución 1424, por la cual se modifica la Resolución 724 de junio 10 de 2008.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2008c). 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. (2006). Circular Única.
- 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. (2001). Procedimientos contables.
- 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.
- Sánchez, C. (1999). Crisis puede ser sinónimo de oportunidad. *Revista Seguridad Social al día*, 15.

Gómez - Duque - Carmona: La información contable y de costos...

Salud Colombia, Public Health Journal on the net. Gasto Nacional en salud como porcentaje del PIB. Extraído el 4 de octubre de 2008 de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud75/portad75.htm>

Toro, J. E. (2003). *Hospital & Empresa: los hospitales como empresa*. Medellín: Editorial Hospital San Vicente de Paúl.

Urrutia, C. (2003). Selección de indicadores en un hospital a través del modelo del cuadro de mando integral. *Revista Todo Hospital*, 197.

WHO. Constitución de la Organización mundial de la salud. Extraído de <http://www.who.int/es/>