

**GESTIÓN DE COSTO-EFECTIVIDAD Y CREACIÓN DE VALOR EN LAS
EMPRESAS DE SALUD EN COLOMBIA**

NÉSTOR A. SALAZAR D.¹

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de
Magíster en Administración (MBA)**

Asesor metodológico: Ulises Cuéllar Bermúdez, Ph.D.

Asesor temático: Ricardo Uribe Marín, M.Sc.

**UNIVERSIDAD EAFIT
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN (MBA)**

Medellín

Abril de 2014

¹ nasa@gerenciayestrategia.com

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| GESTIÓN DE COSTO-EFECTIVIDAD Y CREACIÓN DE VALOR EN LAS EMPRESAS DE SALUD EN COLOMBIA..... | 1 |
| RESUMEN..... | 3 |
| RESUMEN EJECUTIVO | 4 |
| PRESENTACIÓN | 7 |
| CONTEXTO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA SALUD..... | 11 |
| RETOS DE GESTIÓN EN EL SECTOR SALUD COLOMBIANO | 17 |
| CONTABILIDAD, COSTOS Y NIIF..... | 21 |
| SISTEMAS DE VALORACIÓN DEL COSTO APLICABLES AL SECTOR DE LA SALUD | 24 |
| COSTEO TOTAL..... | 25 |
| COSTEO VARIABLE | 28 |
| COSTEO DIRECTO..... | 29 |
| COSTEO ESTÁNDAR | 30 |
| PROPUESTA DE DISEÑO, ADAPTACIÓN Y APLICACIÓN DE COSTOS ESTÁNDAR AL SECTOR SALUD..... | 33 |
| PRIMERA NOVEDAD TÉCNICA: LA DESVIACIÓN DE INGRESOS..... | 46 |
| SEGUNDA NOVEDAD TÉCNICA: LOS SERVICIOS EN PROCESO | 47 |
| REDISEÑO DEL ESTADO DE RESULTADOS..... | 48 |
| APLICACIÓN EN LA GESTIÓN PARA OPTIMIZAR EL FLUJO DE CAJA LIBRE (FCL) | 56 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 59 |
| REFERENCIAS | 61 |
| ANEXO..... | 65 |
| PROCESO DE CONTABILIZACIÓN DE COSTOS Y VARIACIONES SEGÚN EL PUC Y EL PUCH | 65 |

RESUMEN

Colombia ha logrado 96% de cobertura en el derecho a la salud a pesar de dificultades de acceso, derecho que solo tiene limitantes para procedimientos estéticos o tratamientos sin evidencia científica. Sin embargo la disponibilidad de recursos es precaria, gastamos alrededor del 50% del gasto medio en salud de economías similares. Con avances en tecnología médica cada vez más costosos se presiona la sostenibilidad de aseguradores que operan con una “prima de riesgo” menor a USD 350 por afiliado, que se traslada a la red de prestadores (IPS) con una presión asimétrica entre ingresos y costos medios por paciente, obligando a una gestión altamente exigente, sin herramientas que permitan efectuar una gestión de costos y riesgo en salud adecuados y accesibles. De las opciones disponibles la mejor es el costeo por absorción de actividades, pero al carecer de reconocimiento por la autoridad tributaria obliga a gastos adicionales para calcularlo, cuando la capacidad de las IPS es altamente limitada. Proponemos una adaptación del sistema de costeo estándar al sector salud, que se aplique sin gastos adicionales para medir y controlar desviaciones, de modo tal que se garantice competitividad en costos y, en consecuencia, la sostenibilidad de las organizaciones del sector salud.

Palabras clave: estrategia, riesgo, costo efectividad, competitividad, sostenibilidad, gestión de costos y creación de valor.

ABSTRACT

Colombia has achieved 96 % of coverage in the right to health in spite of accessibility difficulties, a right that only has bounding for aesthetic procedures or treatments without scientific evidence. Nevertheless, the availability of resources is precarious, about 50 % of the average expense in health of similar economies. With advances in medical technology are increasingly costly there is a pressure for the insurers' sustainability that operate with a minor "premium for risk" to USD 350 for member, which moves to the lenders' network (IPS) with an asymmetric pressure between income and average costs for patient, forcing a highly demanding management, without tools that allow the achievement of a management of costs and risk in health that are appropriate and accessible. Of the available options, the best is the costing for absorption of activities, but the absence of recognition by the tributary authority, forces additional expenses in order to calculate it, when the capacity of the IPS is highly limited. We propose an adjustment of the system of standard costing of the health sector, which is applied without additional expenses to measure and to control diversions, in such way that guarantees competitiveness in costs and, in consequence, the sustainability of the organizations of the health sector.

Key words: strategy, risk, cost effectiveness, competitiveness, sustainability, cost management and value creation.

RESUMEN EJECUTIVO

Hay dos características distintivas del Sistema Nacional de Salud colombiano: la existencia de derechos ilimitados y la precariedad de recursos para la satisfacción de tales derechos.

En efecto, al ser elevada a derecho fundamental por la Constitución y la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, el Estado está obligado a garantizar la salud de los colombianos, delegando su cumplimiento a los aseguradores de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y de estos se traslada la responsabilidad a su red de prestadores de servicios médico-asistenciales.

El valor que reconoce el Estado a los aseguradores para la protección del derecho a la salud, la unidad de pago por capitación o UPC, es, en 2014² de \$593.978,40 por afiliado en el régimen contributivo y de \$531.388,80 en el subsidiado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a; 2013b), es decir, USD300 y USD269, en su orden².

Esta cifra, que como se demostrará adelante es muy reducida, se agrava al recordar que en 2012, cuando se igualó el plan de beneficios en los dos regímenes, se estableció una diferencia en la UPC de \$ 113.972,40 entre el valor reconocido en el régimen contributivo y el subsidiado, un error mayúsculo de política social, que le impuso a la atención de la población más vulnerable del país un desequilibrio de \$2,6 billones (USD1.425 millones), lo cual explica en gran medida la crisis generalizada de los aseguradores de este régimen en los últimos años. En 2013 se hizo una corrección ante el llamado de atención de la Corte Constitucional por el incumplimiento de la sentencia: la UPC subsidiada se reajustó en el 17,4%, mientras la del contributivo en el 3,9%.

Lo anterior, sin embargo, significó que el gobierno afectó las finanzas del régimen subsidiado en al menos \$1,2 billones mientras efectuó la corrección en el desequilibrio, lo cual podría sustentar una reclamación al Estado por dicha afectación, en contra, precisamente, de la norma constitucional y de su interpretación por la mencionada Corte.

Pretender abarcar tantos derechos con desequilibrios como los descritos, y con cuantías tan precarias, provoca lo que ya se conoce en Colombia: aseguradores en salud que sobreviven en medio de un desequilibrio económico inmanejable, que, a su vez, se traslada a su red de prestadores, con una alarmante reducción de precios y tarifas.

² Calculados con la tasa representativa del mercado (TRM) promedia de 1º de enero a 9 de febrero de 2014: \$1.977,00.

Esta realidad obliga a enfrentar una asimetría negativa entre ingresos y costos medios³, lo que solo se puede llevar a cabo mediante esfuerzos de gestión deliberados para alcanzar rendimientos y economías de escala que, al menos, compensen el efecto. Esto, de por sí complejo y retador para la gestión, se agrava con la reiterada morosidad del sistema.

Por la mencionada razón, los resultados financieros de las organizaciones del sector de la salud son tan modestos. Resulta por lo mismo evidente que la única estrategia viable para organizaciones de salud en Colombia, aseguradores o prestadores, es competitividad en costos.

Identificada de tal manera la realidad, resulta preciso contar con una herramienta que permita gestionar los costos, lo mismo que los gastos operativos, para preservar el valor de las organizaciones del sector y asegurar su permanencia viable a largo plazo.

La dificultad radica en que para gestionar los costos se deben individualizar las responsabilidades de los empleados que con su trabajo intervienen en ellos: quienes compran medicamentos e insumos, los que responden por los costos de almacenamiento y de logística, aquellos que prescriben exámenes de diagnóstico, terapias, medicamentos y procedimientos, otros que contratan al personal médico asistencial, los responsables de definir las horas de servicio o las terapias que presta dicho personal, así como también los que direccionan recursos de inversión para infraestructura de servicios a los pacientes, etc.

Los aseguradores tienen un ingreso restringido al valor de la UPC, que es una pobre aproximación a lo que sería una prima de seguro de salud, puesto que en su determinación no interviene la condición de salud del afiliado, ni su perfil de riesgo, ni mucho menos sus hábitos de autocuidado; solo responde a estimados del gasto en salud necesario y del efecto esperado de las medidas de control de precios de los medicamentos, valor final que se divide entre la población asegurada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013 c).

Los prestadores enfrentan una realidad derivada de lo anterior:

- Para ciertos servicios de salud, en especial de los primeros niveles de complejidad, la contratación entre aseguradores y prestadores se hace por un porcentaje de la capitación, asumiendo el riesgo de salud de esa población frente al asegurador responsable de ellos. Con ese ingreso fijo, dependen de un pronóstico sobre el perfil epidemiológico de la población a su cuidado, la incidencia de la enfermedad y su frecuencia, variables todas que escapan a su

³ Los ingresos medios, en términos reales (es decir, deflactados por inflación) decrecen con mayor rapidez que los costos medios a largo plazo.

control, pero que pueden gestionarse con programas de intervención que ayuden a prevenir la enfermedad y a la recuperación de la salud cuando ella se presenta. La viabilidad financiera de sus operaciones depende, además, de un servicio costo efectivo⁴.

- Para enfermedades de mediana y alta complejidad, se contratan los servicios en paquete o por evento, por lo cual el riesgo de la enfermedad sigue estando en cabeza del asegurador. En el primer caso se establecen servicios que involucran procedimientos de diagnóstico, medicamentos, terapias y atención médica, que se prestan con periodicidad; en el segundo solo se aplican cuando ocurre la afectación de la salud del paciente. El costo de estos servicios, aunque no pesa sobre las finanzas del prestador, por la incidencia o la frecuencia de la enfermedad, si lo obliga a prestar por igual un servicio costo efectivo.

Las herramientas ofrecidas por la contabilidad de costos (Uribe Marín, 2011, pp. 27 y siguientes), que se aplican por lo general en el sector de la salud, como el costeo absorbente, el variable y el directo, así como los sistemas de acumulación de los mismos por órdenes de trabajo, de producción o de servicio, incluso con adaptaciones, como los costos por protocolo, reflejan en forma inadecuada lo descrito: acumulan los costos, con mayor o menor desagregación, pero sin identificar en detalle los componentes del mismo que se desviaron de los pronósticos con los cuales aseguradores y prestadores contratan el cuidado y la recuperación de la salud.

Otras opciones de valoración del costo tienen dificultades para su aplicación a las empresas dedicadas a la salud: los costos estandarizados o los costeos por absorción de actividades (ABC o TDABC, por sus expresiones de origen en inglés: *activity based costs* y *time-driven activity based costs*, en su orden). Los primeros se basan en estudios de tiempos y movimientos y supuestos de precios y tarifas vigentes por lapsos prolongados, y los segundos suponen la identificación de actividades generadoras de valor, nutridas por procesos costeados, para llegar a la valoración. Estos últimos carecen de valor ante la autoridad tributaria y las normas internacionales de información financiera (NIIF)⁵, puesto que obligan a llevar de manera doble los costos, además de exigir un nivel de madurez en la cultura organizacional y sus procesos.

⁴ En Salud, los costos deben visualizarse en una perspectiva de mediano o largo plazo: un ahorro en costos a corto plazo puede provocar en lo sucesivo un elevamiento considerable del costo, por la subestimación de la patología del paciente o un tratamiento precario e insuficiente, que lleva a comorbilidades, hospitalizaciones o, lo que es peor, ingresos a una unidad de cuidados intensivos (UCI). Esto es lo que en Economía de la Salud se denomina costo efectividad y así se usa el término en adelante.

⁵ Solo es aceptable el costo histórico para valorar inventarios y, según las normas internacionales de información financiera (NIIF), únicamente lo es el promedio ponderado o PEPS (primera unidad en entrar, primera en salir).

En este documento se propone, en consecuencia, efectuar una aplicación de los costos estándar, de una manera tal que se puedan identificar responsables de su comportamiento y gestión. Si llegan a alcanzar dicho propósito, las organizaciones dedicadas al aseguramiento y la prestación de servicios de salud pueden aplicar una estrategia de competitividad en costos óptima, para garantizar su sustentabilidad a largo plazo.

PRESENTACIÓN

La salud es un aspecto fundamental del bienestar de una comunidad y uno de los derechos fundamentales del ser humano. Cada gobierno debe aplicarse, en consecuencia, a crear las condiciones para que su población tenga un acceso efectivo a los medios para prevenir la enfermedad y recuperar la salud, no solo como resultado de su estructura política y social, también por el impacto que tiene la baja calidad en salud en la productividad y la competitividad.

Colombia ha venido avanzando en su modelo de salud, entre otras razones por la Constitución adoptada en 1991, que corresponde a un modelo social de derechos y que sustentó el mayor cambio en la salud: la ley 100 de 1993.

La crisis del modelo de salud colombiano ha motivado análisis, posiciones políticas y opiniones de todo tipo, al punto que algunos se han atrevido a solicitar su derogatoria, desconociendo o minimizando los enormes avances que se han producido: *hoy más del 96% de la población está amparada por el sistema y han ocurrido mejoras notables en la salud pública como consecuencia.*

Sin embargo, el modelo consignado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), tiene contradicciones y riesgos importantes, que explican en buen grado el origen de la crisis que del mismo:

1. Primero, por el lado de los derechos, son ilimitados y a cargo del Estado. La norma y su interpretación por la Corte Constitucional, mediante la sentencia T-760 de 2008, así lo reconoce, y con razón: si este es un derecho fundamental, corresponde a la nación garantizar su ejercicio, pero..... ¿sin limitación alguna? He ahí el problema: derechos ilimitados a la salud pero con recursos más que precarios, como se demostrará más adelante.
2. Además de esta situación de fondo, existen complicaciones accesorias que limitan la efectividad en costos de los servicios de aseguramiento y de prestación de servicios de salud: en el régimen subsidiado se obliga al asegurador a contratar el 60% con la red de hospitales públicos, plagados de ineficiencias y politiquería, y la precariedad del valor de la UPC para cubrir los siniestros de

salud obliga al asegurador a presionar al prestador a operar con recursos insuficientes, desbalance que se resuelve afectando la calidad del servicio, etc.

Los sistemas de salud evolucionan en medio de avances, crisis y contradicciones, desde el modelo asistencialista a cargo 100% del gobierno, hasta el de aseguramiento que hoy se tiene, en el que la mayoría de la prestación está a cargo del sector privado.

Los modelos pueden agruparse según su estadio evolutivo en cuatro categorías:

1. Asistencialista: la mayoría de la población depende de la prestación de servicios asistenciales en instituciones públicas; una minoría tiene acceso a la práctica privada con altos estándares de calidad y tecnología. La cobertura efectiva es limitada y meramente curativa.
2. Preaseguramiento: nacen sistemas de aseguramiento en salud, con planes complementarios o de medicina prepagada. Una minoría de la población tiene acceso a sistemas de aseguramiento privados.
3. Aseguramiento masivo: se establecen sistemas de aseguramiento obligatorio para toda la población, con independencia de su nivel socioeconómico, y se mantienen los planes complementarios. Toda la población tiene acceso a sistemas de salud preventiva y curativa.
4. Aseguramiento individual: toda la población se encuentra asegurada; los que tienen ingresos y ocupación estables, mediante la adquisición de pólizas con cobertura limitada, y las poblaciones vulnerables, mediante sistemas de aseguramiento asistencial a cargo del Estado.

En Colombia, el 100% de la responsabilidad está a cargo del Estado, que la ejerce mediante la delegación del aseguramiento a empresas de salud, que contratan una red de prestadores que se encargan de la atención preventiva y curativa de sus afiliados.

De ello surge la primera dificultad: se tiene un sistema nacional de salud con responsabilidad que hasta hoy es ilimitada, para atender a la población asegurada con recursos limitados.

En todo el mundo, de modo generalizado, la salud es un derecho pero se ejerce de acuerdo con limitaciones para enfermedades huérfanas o de alto costo, y lo que excede los derechos se cubre por cada habitante mediante el llamado gasto de bolsillo. Se mencionan algunos ejemplos:

- “Todos los canadienses están cubiertos para la atención médica y los servicios hospitalarios necesarios.....las empresas privadas de seguros no pueden prestar servicios ya cubiertos por los programas gubernamentales, pero sí

complementar los beneficios no cubiertos por el anterior (medicamentos, atención dental, oftalmología, etc.), obteniendo para ello, un seguro privado complementario” (Universidad Nacional del Rosario, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, 2005).

- “El sistema de salud de los estadounidenses está estructurado en base a asegurar y proveer la atención de salud de su población, sobre bases privadas.... provocando que la salud sea una responsabilidad particular y privada de las personas... El estado se hace cargo de la salud de los pobres y los jubilados, a través de los planes federales *Medicaid* y *Medicare*, respectivamente” (Universidad Nacional del Rosario, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, 2005).
- “En Argentina por la estructura del sistema el 53% de los gastos sanitarios totales en salud son aportados por el gobierno..... los gastos privados como porcentaje de los gastos sanitarios totales se deben al gastos de bolsillo necesario para obtener una cobertura prestacional adecuada” (Universidad Nacional del Rosario, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, 2005).

En el caso colombiano ocurre lo contrario: al carecer de limitaciones, la consecuencia de esta contradicción se traslada a los aseguradores, quienes, a su vez, hacen otro tanto con los prestadores, con lo que se induce uno de los mayores riesgos estratégicos para una organización: *un sector con una marcada tendencia asimétrica negativa entre ingresos y costos y gastos variables medios*⁶.

Los aseguradores reciben una capitación por cada afiliado que, a través de la dispersión del riesgo, debería cubrir los costos y gastos necesarios para brindarle los cuidados de salud necesarios. Sin embargo, la capitación suele estar desactualizada por el rezago entre el momento en que se actualiza y el escalamiento de costos que soporta el sector, los cambios en el perfil de morbilidad de la población, la incidencia en la salud de la población desplazada y la violencia, los costos de las nuevas tecnologías y medicamentos, etc.

La evidencia que se detalla más adelante parece demostrar que la valoración de la UPC corresponde más a criterios políticos que técnicos (Escobar, et al, 2010), por lo que ese ingreso suele no ser suficiente para garantizar el servicio de salud y hacerlo con calidad y oportunidad. El asegurador, en consecuencia, presiona a la red de prestadores que atiende a su población, para cada vez asumir mayores responsabilidades, pero con tarifas y precios menores.

⁶ Los ingresos de la UPC, a largo plazo, crecen en términos reales a un ritmo inferior al de los costos del aseguramiento por paciente; algo igual ocurre con precios y tarifas de la red de prestación de servicios de salud.

Se construye de esta manera una bomba de tiempo financiera y de baja efectividad en el cuidado de la salud. El desequilibrio financiero se aplaza con manejos contables, retrasando provisiones por servicios y derechos causados y la baja efectividad en el cuidado con una baja calidad del servicio o, lo que es peor, posponiendo servicios médicos para reducir su impacto a corto plazo, con lo cual, se “siembran” todos los elementos necesarios para que el costo se desborde a mediano plazo, con el agravamiento de la condición de salud, lo que, en muchos casos, provoca hospitalizaciones o ingresos a UCI, cuando no desencadenando comorbilidades de mayor costo: falla renal, hipertensión pulmonar, falla coronaria, diversas formas de cáncer, etc.

Dado que el desequilibrio económico resume esta contradicción, se crean presiones a lo largo del sistema para eludirlo: selección adversa en el aseguramiento, inducción de demanda en la provisión de medicamentos y servicios médico-asistenciales, negociación de derechos para forzar el gasto de bolsillo, búsqueda y abuso de posición dominante, integración vertical para mejorar el control de costos, asimetrías en información, etc.

En un desequilibrio como el descrito, la única estrategia viable es la de competitividad en costos; ni la diferenciación ni la estrategia de foco, al implicar mayores costos, es factible en la práctica.

En tales condiciones es fundamental que los agentes del sistema cuenten con modelos de gestión de costos que creen valor en los resultados, mediante herramientas de planeación, administración y control basadas en acciones de largo plazo, que permitan obtener rendimientos y economías⁷ de escala de manera continua y consistente.

Los sobrecostos por ineficiencias en la cadena de abastecimiento se traducen en sobreprecios; las debilidades en control de gestión se expresan en excesos o defectos de tiempos de servicio médico-asistencial y cantidades de insumos y medicamentos⁸; los errores de gestión de demanda se convierten en excesos de capacidad instalada, que elevan los costos y gastos operativos y la carga financiera fija, todo lo cual destruye valor y, si se deja sin control, lleva con celeridad a la insolvencia.

El reto es, en consecuencia, encontrar un modelo de gestión de costos que tenga como resultado un control efectivo dentro de un marco de largo plazo, de costo-efectividad, de tal manera que se haga sostenible el balance entre rentabilidad y liquidez para hacer competitivos y sustentables el aseguramiento en salud y la prestación de servicios médico asistenciales.

⁷ Rendimientos de escala: ahorros en costos logrados al interior de la organización que mejoran la productividad y la eficiencia de los procesos. Economías de escala: ahorros en costo logrados fuera de la organización por el aumento de la escala de compras de bienes y servicios a proveedores.

⁸ Los defectos de servicios médicos o de medicamentos en el corto plazo se transforman en sobrecostos a largo plazo por el agravamiento de la enfermedad.

CONTEXTO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA SALUD

Se han hecho varias afirmaciones sobre el desequilibrio financiero de base que caracteriza al modelo de salud colombiano, que, a pesar de lo evidente, tiene mayor valor en la medida que se compara con otras naciones, en especial con aquellas de nivel de desarrollo relativo similar. A continuación se destacan varios aspectos de esta realidad: la esperanza de vida al nacer, el gasto en salud por habitante, el gasto en salud del sector público, el gasto en salud como porcentaje del PIB y el gasto en salud desembolsado por paciente como proporción de gasto total.

La esperanza de vida al nacer es el primer indicador relevante, aunque insuficiente, para orientar acerca del éxito del modelo de salud de una nación. El mundo en 2011 exhibía un promedio de 70,5 años.

El modelo social europeo evidencia el mejor resultado, con 81 años, mientras que 79 años es el valor para Estados Unidos y los restantes países miembros de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), en tanto que América Latina y el Caribe tienen 74,2 años y Asia y África en conjunto tienen 71 años.

En Latinoamérica, Colombia ocupa el lugar número 12 en cuanto a esperanza de vida al nacer, con 73,6 años, como puede verse en la tabla 1:

TABLA 1: ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LATINOAMÉRICA EN EL PERÍODO 2000-2011

| PAÍS (REGIÓN) | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Costa Rica | 77.7 | 77.9 | 78.0 | 78.2 | 78.3 | 78.4 | 78.6 | 78.7 | 78.9 | 79.1 | 79.3 | 79.5 |
| Chile | 76.8 | 77.1 | 77.5 | 77.7 | 78.0 | 78.1 | 78.3 | 78.4 | 78.6 | 78.8 | 79.1 | 79.3 |
| Cuba | 76.7 | 76.9 | 77.1 | 77.3 | 77.5 | 77.7 | 77.9 | 78.1 | 78.3 | 78.5 | 78.7 | 78.9 |
| Panamá | 75.1 | 75.3 | 75.5 | 75.7 | 75.8 | 76.0 | 76.2 | 76.4 | 76.6 | 76.7 | 76.9 | 77.2 |
| México | 74.3 | 74.5 | 74.8 | 75.0 | 75.2 | 75.5 | 75.7 | 76.0 | 76.2 | 76.5 | 76.7 | 76.9 |
| Uruguay | 74.7 | 74.9 | 75.1 | 75.3 | 75.5 | 75.7 | 75.9 | 76.1 | 76.3 | 76.5 | 76.6 | 76.8 |
| Ecuador | 73.4 | 73.7 | 74.0 | 74.2 | 74.4 | 74.6 | 74.8 | 75.0 | 75.2 | 75.4 | 75.6 | 75.9 |
| Argentina | 73.7 | 74.0 | 74.2 | 74.4 | 74.6 | 74.8 | 74.9 | 75.1 | 75.3 | 75.5 | 75.7 | 75.8 |
| Venezuela | 72.4 | 72.6 | 72.7 | 72.9 | 73.1 | 73.3 | 73.4 | 73.6 | 73.8 | 74.0 | 74.2 | 74.3 |
| América Latina y el Caribe | 71.4 | 71.7 | 72.0 | 72.2 | 72.5 | 72.7 | 73.0 | 73.2 | 73.5 | 73.7 | 74.0 | 74.2 |
| Perú | 70.5 | 71.0 | 71.4 | 71.7 | 72.1 | 72.4 | 72.7 | 73.0 | 73.3 | 73.6 | 73.9 | 74.2 |
| Nicaragua | 69.6 | 70.1 | 70.6 | 71.0 | 71.5 | 71.9 | 72.3 | 72.7 | 73.1 | 73.4 | 73.8 | 74.1 |
| Colombia | 71.0 | 71.3 | 71.5 | 71.8 | 72.0 | 72.3 | 72.5 | 72.7 | 72.9 | 73.2 | 73.4 | 73.6 |
| Brasil | 70.3 | 70.6 | 70.9 | 71.2 | 71.4 | 71.7 | 72.0 | 72.3 | 72.5 | 72.8 | 73.1 | 73.3 |
| Honduras | 70.5 | 70.7 | 70.9 | 71.1 | 71.3 | 71.5 | 71.7 | 72.0 | 72.2 | 72.5 | 72.9 | 73.2 |
| República Dominicana | 70.6 | 70.8 | 71.0 | 71.3 | 71.5 | 71.7 | 71.9 | 72.1 | 72.3 | 72.6 | 72.8 | 73.0 |
| Paraguay | 70.1 | 70.3 | 70.6 | 70.9 | 71.1 | 71.3 | 71.5 | 71.7 | 71.8 | 71.9 | 72.0 | 72.1 |
| El Salvador | 69.6 | 69.8 | 70.0 | 70.1 | 70.3 | 70.5 | 70.8 | 71.0 | 71.2 | 71.4 | 71.6 | 71.9 |
| Guatemala | 67.7 | 68.2 | 68.6 | 69.0 | 69.3 | 69.6 | 69.9 | 70.1 | 70.4 | 70.7 | 71.0 | 71.3 |
| Mundo | 67.7 | 68.0 | 68.2 | 68.5 | 68.8 | 69.0 | 69.3 | 69.6 | 69.8 | 70.1 | 70.3 | 70.5 |
| Bolivia | 63.0 | 63.3 | 63.7 | 64.0 | 64.4 | 64.7 | 65.0 | 65.4 | 65.7 | 66.0 | 66.3 | 66.6 |
| Haití | 57.4 | 57.7 | 58.0 | 58.4 | 58.8 | 59.3 | 59.8 | 60.3 | 60.9 | 61.4 | 61.9 | 62.3 |

Fuente: Banco Mundial (2013). Indicadores de Salud.

El avance generalizado en la expectativa de vida muestra, sin embargo, una mejora llena de contrastes: entre los años 2000 y el 2014, el mundo, América Latina y el Caribe lograron una mejora de 2,8 años y Colombia una de 2,6. La situación de conflicto del país podría influir este resultado, a pesar de las bondades que tenga la mejora en cobertura del sistema de salud. En términos comparativos, no se ve bien el indicador, en espacial en relación con con Perú y Nicaragua: comenzaron con una menor expectativa de vida respecto a la de Colombia en 2000 y lograron mayores avances.

El siguiente indicador observado, el gasto en salud por habitante, re refiere al gasto total en salud combinado de los sectores público y privado. Incluye la prestación de servicios de salud curativos y preventivos, las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición, etc. El mundo tuvo un gasto en salud por habitante en 2011 de USD951,6.

En 2011, Estados Unidos se gastaba al año USD7.410, la zona del euro USD4.047, los miembros de la OCDE USD3.977 y América Latina y el Caribe USD714,6.

En Latinoamérica, Colombia ocupa el noveno lugar, según las estadísticas del Banco Mundial, como se describe en la tabla 2:

TABLA 2: GASTO EN SALUD POR HABITANTE EN USD EN LATINOAMÉRICA EN EL PERÍODO 2000–2011

| PAIS (Región) | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Brasil | 264.8 | 227.7 | 203.1 | 213.6 | 257.4 | 387.4 | 491.6 | 610.0 | 715.1 | 733.9 | 990.3 | 1,120.6 |
| Uruguay | 773.3 | 703.1 | 449.0 | 351.0 | 350.4 | 430.7 | 491.2 | 560.8 | 722.4 | 760.7 | 947.7 | 1,104.9 |
| Mundo | 487.3 | 500.6 | 528.9 | 604.1 | 664.5 | 708.5 | 750.9 | 825.1 | 893.8 | 904.7 | 946.1 | 951.6 |
| Costa Rica | 288.0 | 291.6 | 331.9 | 343.0 | 346.2 | 364.0 | 409.9 | 524.3 | 614.8 | 660.4 | 802.1 | 942.9 |
| Argentina | 709.3 | 675.7 | 225.3 | 280.2 | 327.0 | 394.5 | 453.3 | 547.5 | 685.2 | 725.0 | 759.3 | 891.8 |
| América Latina y el Caribe | 265.4 | 260.6 | 220.5 | 228.5 | 261.4 | 331.5 | 391.8 | 472.1 | 543.7 | 541.1 | 657.9 | 714.6 |
| Panamá | 305.2 | 302.6 | 321.1 | 314.7 | 360.3 | 357.4 | 364.1 | 397.6 | 493.1 | 564.9 | 662.7 | 702.6 |
| México | 328.5 | 372.8 | 396.5 | 397.5 | 440.6 | 478.4 | 515.0 | 564.9 | 598.3 | 525.7 | 603.4 | 619.6 |
| Cuba | 166.3 | 177.9 | 194.8 | 201.9 | 208.6 | 306.5 | 360.0 | 586.9 | 584.1 | 650.6 | 583.4 | 606.1 |
| Venezuela | 273.8 | 295.2 | 207.8 | 190.0 | 239.2 | 296.2 | 387.9 | 497.8 | 634.4 | 666.9 | 719.5 | 555.1 |
| Colombia | 148.4 | 144.8 | 135.2 | 134.3 | 152.6 | 204.9 | 240.5 | 320.3 | 368.6 | 361.0 | 407.2 | 432.0 |
| Paraguay | 124.2 | 107.0 | 79.5 | 70.8 | 81.9 | 82.3 | 101.2 | 126.5 | 167.3 | 187.6 | 271.6 | 351.9 |
| Ecuador | 53.6 | 78.2 | 107.5 | 167.8 | 182.1 | 195.2 | 222.4 | 248.6 | 277.1 | 298.4 | 318.4 | 331.5 |
| República Dominicana | 174.8 | 174.1 | 177.2 | 144.5 | 120.8 | 190.1 | 198.5 | 213.6 | 246.5 | 258.2 | 280.5 | 295.7 |
| Perú | 96.8 | 96.3 | 102.8 | 102.8 | 111.7 | 128.5 | 149.7 | 193.6 | 256.3 | 235.8 | 258.2 | 289.0 |
| El Salvador | 176.5 | 181.0 | 183.3 | 183.1 | 189.3 | 201.5 | 202.8 | 207.0 | 215.9 | 227.7 | 237.6 | 251.1 |
| Guatemala | 96.0 | 104.7 | 109.8 | 115.5 | 123.8 | 138.0 | 170.4 | 183.9 | 198.5 | 189.8 | 196.9 | 213.9 |
| Honduras | 76.6 | 82.9 | 88.4 | 103.3 | 103.8 | 109.0 | 118.7 | 136.3 | 159.7 | 173.1 | 176.4 | 192.9 |
| Nicaragua | 54.3 | 54.7 | 57.2 | 61.6 | 66.3 | 71.2 | 78.2 | 92.7 | 105.2 | 109.9 | 113.1 | 125.0 |
| Bolivia | 61.4 | 60.6 | 59.7 | 51.1 | 52.1 | 58.3 | 59.0 | 65.1 | 85.5 | 102.3 | 108.2 | 118.1 |
| Haití | 25.7 | 22.5 | 19.7 | 16.6 | 22.3 | 19.6 | 29.3 | 33.7 | 36.0 | 42.4 | 45.6 | 57.7 |

Fuente: Banco Mundial (2013). Indicadores de Salud

Comienzan a evidenciarse hechos de la mayor importancia: modelos de salud que, o tienen “techo”, como el argentino o el chileno, o “colas” para el acceso, como el mexicano, asumen gastos mayores al de Colombia, que carece de tales limitaciones. Lo colombiano, o es una muestra de eficiencia sorprendente, o, como se deduce de la magnitud de la crisis del sector, esconde la precariedad de recursos frente a un derecho que es ilimitado, a través del mecanismo de la tutela.

Aunque se ha avanzado en la detección de anomalías y abusos, comenzando por el cobro excesivo en los precios de los medicamentos, o episodios de desviación de recursos, o los de corrupción generalizada en muchos hospitales públicos, no parece razonable que se abarque más con gastos por habitante que son 39,5% inferiores a los que del resto de Latinoamérica, o 54,4% menores a los del mundo; ni que decir con naciones vecinas y en esencia similares a Colombia: Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica y hasta Venezuela, en medio de su crisis de abastecimiento.

El siguiente indicador observado depende del modelo político y social de cada país, que determina la parte del gasto en salud que es asumido por el sector público: comprende el gasto proveniente de los presupuestos públicos (central y entes territoriales), el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las provenientes de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) que se destinan a atender el gasto nacional en salud.

En la tabla 3 se observan los siguientes hechos.

1. En el mundo, el 59,7% del gasto en salud lo asume el Estado.
2. En la Unión Europea asume el 76,1% del gasto, en Asia el 66,8%, en los países miembros de la OCDE el 62,4%, en África el 58,3%, en América Latina y el Caribe el 50,%, mientras que Estados Unidos el 49,8%.
3. En Latinoamérica, Colombia, en forma curiosa y en contra de los indicadores ya mencionados, ocupa el segundo lugar, según las estadísticas del Banco Mundial.

La tendencia es, de igual manera, sugestiva: en el mundo y América Latina se observa una creciente participación del Estado en los gastos de salud de su población; en Colombia se evidencia una reducción gradual, que llega a mínimos en 2007 y luego recupera su ascenso en adelante, al tiempo que aumenta la cobertura de la población: hoy el 96% de la población está amparada por algún sistema de aseguramiento en salud: por el régimen contributivo quienes están tienen empleo formal y pagan por su salud en conjunto con su empleador; por el subsidiado quienes están en la informalidad y para los cuales el Estado, mediante redistribución de la UPC del contributivo más recursos tributarios, asume este gasto social, o los que están en regímenes especiales: el magisterio, las fuerzas armadas y de policía, Ecopetrol, etc.

TABLA 3: PORCENTAJE DEL GASTO EN SALUD A CARGO DEL SECTOR PÚBLICO EN LATINOAMÉRICA**EL PERÍODO 2000–2011**

| PAIS (Región) | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Cuba | 90.8 | 90.4 | 88.1 | 89.5 | 89.1 | 92.0 | 92.3 | 94.9 | 95.4 | 95.8 | 95.2 | 94.7 |
| Colombia | 79.3 | 78.7 | 80.3 | 82.7 | 72.7 | 69.7 | 69.2 | 64.8 | 68.1 | 72.8 | 74.6 | 74.8 |
| Bolivia | 60.1 | 59.3 | 62.8 | 60.1 | 62.5 | 66.2 | 69.9 | 68.1 | 65.1 | 66.1 | 66.2 | 70.8 |
| Costa Rica | 78.6 | 75.2 | 75.8 | 75.3 | 72.5 | 70.6 | 69.0 | 67.3 | 67.2 | 68.1 | 68.9 | 70.1 |
| Uruguay | 54.6 | 54.0 | 53.2 | 50.8 | 49.5 | 50.5 | 53.0 | 54.5 | 63.9 | 64.1 | 65.3 | 67.6 |
| Panamá | 68.1 | 67.1 | 69.0 | 66.4 | 70.3 | 69.6 | 67.4 | 64.2 | 69.1 | 74.7 | 69.9 | 67.5 |
| El Salvador | 45.2 | 45.4 | 46.6 | 47.3 | 49.3 | 52.6 | 62.0 | 59.1 | 59.4 | 60.3 | 61.8 | 63.3 |
| Argentina | 53.9 | 54.0 | 53.6 | 51.7 | 51.5 | 53.5 | 54.7 | 58.2 | 61.8 | 66.0 | 64.4 | 60.6 |
| Mundo | 57.8 | 57.7 | 57.6 | 58.0 | 58.5 | 58.3 | 58.6 | 59.2 | 60.1 | 60.8 | 60.7 | 59.7 |
| Perú | 58.7 | 57.9 | 57.6 | 58.7 | 58.8 | 59.4 | 56.3 | 58.5 | 62.3 | 57.7 | 56.2 | 56.1 |
| Nicaragua | 53.5 | 53.9 | 52.4 | 56.6 | 55.3 | 56.5 | 54.9 | 54.9 | 54.8 | 57.3 | 57.3 | 54.3 |
| América Latina y el Caribe | 48.1 | 48.2 | 48.1 | 48.0 | 48.8 | 46.3 | 46.8 | 47.6 | 49.0 | 50.4 | 51.1 | 50.3 |
| México | 46.6 | 44.7 | 43.8 | 44.2 | 45.2 | 45.0 | 45.2 | 45.4 | 47.0 | 48.2 | 49.0 | 49.4 |
| República Dominicana | 34.5 | 31.1 | 31.9 | 38.6 | 39.3 | 43.1 | 47.0 | 46.7 | 50.9 | 47.7 | 50.4 | 49.3 |
| Honduras | 54.2 | 52.6 | 53.6 | 57.1 | 53.3 | 49.2 | 45.7 | 46.1 | 44.3 | 51.5 | 49.8 | 48.1 |
| Chile | 43.7 | 43.3 | 43.1 | 39.3 | 40.1 | 40.0 | 42.0 | 42.6 | 43.5 | 47.6 | 47.2 | 47.0 |
| Brasil | 40.3 | 42.3 | 44.6 | 44.4 | 47.0 | 40.1 | 41.7 | 41.8 | 42.8 | 43.6 | 47.0 | 45.7 |
| Haití | 27.7 | 26.2 | 25.8 | 29.8 | 36.2 | 21.3 | 23.8 | 24.5 | 24.8 | 32.7 | 40.0 | 43.7 |
| Ecuador | 31.2 | 34.5 | 33.7 | 25.0 | 27.2 | 27.7 | 31.6 | 34.4 | 36.1 | 37.5 | 40.2 | 41.0 |
| Paraguay | 39.9 | 34.9 | 34.1 | 33.9 | 36.5 | 38.1 | 41.1 | 42.8 | 42.8 | 43.6 | 34.4 | 38.6 |
| Venezuela | 41.5 | 40.7 | 39.3 | 38.1 | 41.4 | 43.3 | 41.7 | 44.5 | 42.4 | 43.2 | 38.8 | 36.7 |
| Guatemala | 40.2 | 37.4 | 35.5 | 37.0 | 34.7 | 34.7 | 33.1 | 33.4 | 34.5 | 36.3 | 34.9 | 35.5 |

Fuente: Banco Mundial (2013). Indicadores de Salud.

Los indicadores observados describen los contrastes del modelo de salud que tiene el país, su contraste con el tamaño de la economía y, como se mencionó con anterioridad, el alcance de los derechos.

En la tabla 4 se observa una manera de contrastar la proporción del gasto en salud que asume un Estado: el impacto de este gasto como proporción del PIB. Este es un indicador del peso que tiene dentro del ingreso creado y, al mismo tiempo, de la prioridad que se le asigna en cada región. El mundo se gastaba el 10,1% del PIB en salud en 2011, mientras que Estados Unidos destina el 16,2%, los miembros de la OCDE el 11,9%, la zona del euro el 10,7%, América Latina el 7,6%, África el 6,6% y Asia el 6,3%.

Colombia ocupa el lugar número 16 en América Latina, según las estadísticas del Banco Mundial.

TABLA 4: GASTO EN SALUD TOTAL: PORCENTAJE DEL PIB EN LATINOAMÉRICA EN EL PERÍODO 2000–2011

| PAÍS (Región) | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Costa Rica | 7.1 | 7.1 | 8.0 | 8.1 | 7.8 | 7.7 | 7.8 | 8.4 | 9.3 | 10.3 | 10.3 | 10.9 |
| Mundo | 9.2 | 9.6 | 9.9 | 10.2 | 10.1 | 10.1 | 9.9 | 9.8 | 9.8 | 10.6 | 10.3 | 10.1 |
| Nicaragua | 7.0 | 6.8 | 7.4 | 7.9 | 7.9 | 7.9 | 8.2 | 9.1 | 9.3 | 10.1 | 9.9 | 10.1 |
| Cuba | 6.1 | 6.3 | 6.5 | 6.3 | 6.1 | 8.1 | 7.7 | 10.4 | 10.8 | 11.7 | 10.2 | 10.0 |
| Paraguay | 9.4 | 9.1 | 8.8 | 7.2 | 6.8 | 6.5 | 6.6 | 6.3 | 6.2 | 8.3 | 9.6 | 9.7 |
| Brasil | 7.2 | 7.3 | 7.2 | 7.0 | 7.1 | 8.2 | 8.5 | 8.5 | 8.3 | 8.8 | 9.0 | 8.9 |
| Honduras | 6.6 | 6.9 | 7.3 | 8.3 | 7.9 | 7.7 | 7.6 | 7.9 | 8.4 | 9.1 | 8.7 | 8.6 |
| Panamá | 7.8 | 7.7 | 8.0 | 7.6 | 8.1 | 7.5 | 7.0 | 6.7 | 7.3 | 8.1 | 8.7 | 8.2 |
| Argentina | 9.2 | 9.4 | 8.3 | 8.2 | 8.2 | 8.3 | 8.3 | 8.2 | 8.3 | 9.4 | 8.3 | 8.1 |
| Uruguay | 11.2 | 11.2 | 11.0 | 9.7 | 8.5 | 8.2 | 8.3 | 8.0 | 8.0 | 8.4 | 8.1 | 8.0 |
| Haití | 6.1 | 5.6 | 5.5 | 5.3 | 5.6 | 4.4 | 5.7 | 5.4 | 5.5 | 6.5 | 6.9 | 7.9 |
| América Latina y el Caribe | 6.5 | 6.7 | 6.3 | 6.4 | 6.5 | 6.9 | 7.0 | 7.2 | 7.2 | 7.7 | 7.7 | 7.6 |
| Chile | 7.7 | 7.6 | 7.4 | 7.0 | 6.6 | 6.5 | 6.2 | 6.5 | 7.1 | 7.7 | 7.4 | 7.5 |
| Ecuador | 4.2 | 4.6 | 5.6 | 7.7 | 7.4 | 7.1 | 7.3 | 7.6 | 7.2 | 8.2 | 7.9 | 7.3 |
| El Salvador | 8.0 | 7.8 | 7.7 | 7.3 | 7.2 | 7.1 | 6.6 | 6.3 | 6.2 | 6.8 | 6.9 | 6.8 |
| Guatemala | 5.6 | 6.4 | 6.2 | 6.4 | 6.4 | 6.5 | 7.3 | 7.2 | 6.9 | 7.1 | 6.9 | 6.7 |
| México | 5.1 | 5.4 | 5.6 | 5.8 | 6.0 | 5.9 | 5.7 | 5.8 | 5.8 | 6.4 | 6.3 | 6.2 |
| Colombia | 5.9 | 5.9 | 5.6 | 5.9 | 5.5 | 6.0 | 6.5 | 6.8 | 6.8 | 7.0 | 6.5 | 6.1 |
| República Dominicana | 6.3 | 6.2 | 6.3 | 6.5 | 5.1 | 5.3 | 5.2 | 5.0 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.4 |
| Venezuela | 5.7 | 6.0 | 5.7 | 5.9 | 5.6 | 5.4 | 5.7 | 6.0 | 5.6 | 5.8 | 5.3 | 5.2 |
| Bolivia | 6.1 | 6.3 | 6.5 | 5.6 | 5.3 | 5.6 | 4.8 | 4.7 | 4.9 | 5.8 | 5.5 | 4.9 |
| Perú | 4.7 | 4.7 | 4.8 | 4.5 | 4.4 | 4.5 | 4.5 | 5.1 | 5.7 | 5.3 | 4.9 | 4.8 |

Fuente: Banco Mundial (2013). Indicadores de Salud

En particular, resulta llamativo que, a pesar de asumir una proporción tan elevada del gasto en salud, el Estado colombiano llegue a una participación tan baja dentro del PIB, en contraste con los países vecinos de Latinoamérica.

De nuevo, con derechos ilimitados, en Colombia el valor de los gastos en salud respecto del PIB está, en esencia, por debajo de la mayoría de las naciones de América Latina y el Caribe.

El siguiente indicador seleccionado muestra cómo se comportan los gastos desembolsados en el hogar del paciente, incluidos los accesos gratuitos y los pagos en especie a los médicos y proveedores de fármacos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios destinados a la preservación y recuperación de la salud. Los hogares del mundo aportaron el 69,1% del total del gasto privado en salud, en tanto que en

Estados Unidos el valor fue del 24,4%, para los miembros de la OCDE el 40,1%, para los países de la zona del euro el 61,5%, para América Latina y el Caribe el 78,6% y para Asia el 76%.

Colombia, como es evidente por el avance de su sistema de aseguramiento, ocupa el lugar número 16 en América Latina, como se destaca en la siguiente tabla:

TABLA 5: GASTO EN SALUD DESEMBOLSADO POR PACIENTE: PORCENTAJE DEL GASTO PRIVADO EN LATINOAMÉRICA EN EL PERÍODO 2000-2011

| PAÍS (Región) | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Cuba | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Honduras | 95.0 | 95.5 | 95.9 | 93.5 | 93.2 | 94.2 | 94.6 | 94.6 | 94.6 | 94.3 | 94.3 | 92.4 |
| Nicaragua | 91.6 | 91.4 | 95.5 | 88.7 | 92.0 | 91.6 | 93.0 | 93.0 | 93.0 | 92.6 | 92.6 | 92.4 |
| México | 95.3 | 95.0 | 94.9 | 94.7 | 94.7 | 94.0 | 93.6 | 93.1 | 92.9 | 92.3 | 92.2 | 92.0 |
| Paraguay | 86.6 | 84.9 | 85.6 | 84.9 | 85.2 | 87.1 | 87.6 | 88.3 | 89.2 | 91.3 | 91.5 | 91.4 |
| Costa Rica | 88.2 | 89.9 | 90.9 | 89.7 | 90.5 | 84.5 | 86.7 | 87.7 | 89.6 | 90.2 | 90.5 | 91.0 |
| Venezuela | 90.9 | 92.1 | 92.6 | 92.6 | 91.0 | 89.4 | 88.0 | 89.0 | 90.6 | 89.8 | 90.8 | 90.1 |
| Bolivia | 81.6 | 77.9 | 78.9 | 79.1 | 78.3 | 77.9 | 70.4 | 72.9 | 76.8 | 79.0 | 77.7 | 88.3 |
| El Salvador | 94.6 | 93.1 | 93.4 | 93.3 | 92.5 | 91.7 | 88.9 | 89.0 | 88.8 | 87.9 | 88.6 | 88.0 |
| Perú | 81.3 | 81.1 | 82.0 | 78.8 | 79.2 | 79.4 | 82.1 | 85.4 | 86.5 | 84.7 | 84.9 | 87.4 |
| Ecuador | 85.3 | 87.0 | 87.9 | 79.8 | 82.8 | 86.2 | 80.4 | 80.5 | 84.9 | 84.9 | 85.0 | 83.7 |
| Guatemala | 89.4 | 84.2 | 83.1 | 84.4 | 82.3 | 82.7 | 82.5 | 81.7 | 81.2 | 80.7 | 81.2 | 82.8 |
| Panamá | 81.3 | 82.3 | 81.6 | 82.2 | 81.5 | 80.9 | 80.6 | 83.0 | 83.6 | 84.4 | 82.2 | 82.5 |
| República Dominicana | 71.9 | 72.7 | 70.6 | 70.2 | 84.4 | 83.3 | 81.4 | 78.4 | 78.3 | 77.3 | 78.7 | 78.9 |
| América Latina y el Caribe | 80.7 | 82.0 | 83.5 | 82.6 | 82.3 | 81.3 | 79.5 | 79.8 | 79.2 | 78.9 | 78.7 | 78.6 |
| Chile | 64.8 | 65.1 | 65.6 | 66.2 | 67.1 | 67.9 | 68.8 | 68.7 | 69.9 | 68.3 | 69.1 | 70.1 |
| Mundo | 68.1 | 67.5 | 67.8 | 67.7 | 68.4 | 68.5 | 69.2 | 69.8 | 70.4 | 69.5 | 69.5 | 69.1 |
| Colombia | 59.0 | 59.1 | 55.9 | 47.2 | 66.3 | 72.0 | 77.5 | 80.4 | 76.7 | 71.0 | 67.7 | 67.7 |
| Argentina | 63.0 | 64.0 | 64.2 | 64.4 | 64.1 | 64.3 | 64.1 | 61.5 | 59.2 | 59.2 | 60.0 | 62.8 |
| Brasil | 63.6 | 62.6 | 62.5 | 62.6 | 62.6 | 62.8 | 61.8 | 58.5 | 56.0 | 57.2 | 57.8 | 57.8 |
| Uruguay | 31.2 | 30.9 | 30.6 | 32.6 | 32.4 | 32.1 | 31.1 | 29.9 | 33.8 | 40.0 | 39.6 | 40.4 |
| Haití | 69.7 | 71.8 | 71.2 | 74.3 | 75.9 | 73.1 | 54.5 | 54.5 | 58.3 | 54.5 | 39.0 | 39.2 |

Fuente: Banco Mundial (2013). Indicadores de Salud.

Este indicador es consistente con lo observado en el caso colombiano, por el peso que asume el Estado en el modelo de salud, que, como antes se vio, el segundo de la región.

La observación de estos indicadores del gasto en salud en la región y la posición que ocupa Colombia en ella describen un contexto estratégico de la mayor importancia para aseguradores y prestadores de servicios de salud: recursos más que precarios para responder por derechos ilimitados significan la necesidad de enfrentar una tendencia asimétrica entre ingresos medios y costos medios por paciente. El reto de

competitividad es, en consecuencia, como con anterioridad se afirmó, construir un modelo de gestión de costos y creación de valor en una perspectiva de largo plazo.

No basta el resultado en rentabilidad, liquidez y salud durante el ejercicio, si con este aparente avance se están aplazando actividades necesarias para limitar el riesgo de agravamiento de la condición de salud del paciente, que puede implicar hospitalizaciones, la activación de enfermedades de alto costo e, incluso, el deterioro de órganos internos que obliguen a un trasplante, el ingreso a la UCI, etc.

RETOS DE GESTIÓN EN EL SECTOR SALUD COLOMBIANO

Una de las dificultades importantes en la gestión de los negocios es la ausencia de información relevante para toma de decisiones, lo cual obliga a basarse en datos sobre la estructura jurídica, el diseño organizacional, la contabilidad y los costos del negocio. Esta, realidad derivada de requisitos formales, transforma dichos aspectos en tan solo una base de datos, que carece de la posibilidad de describir la realidad del negocio; se requiere ir más allá, ampliando, incluso, la base de datos de una manera tal que de ella se pueda extraer información que revele el proceso de construcción o destrucción de valor, con el mayor detalle y desagregación posible, para que informe y oriente decisiones.

Ninguno de los formalismos de un negocio y ni siquiera la sumatoria de datos aportados sirve como un descriptor cabal del potencial de la organización, los planeamientos estratégicos y tácticos requeridos y el control sobre su desempeño.

Para fines de este documento se va a centrar la atención en lo que que aporta la contabilidad, que brinda información financiera razonable sobre el pasado del negocio, que, de entrada, tiene debilidades de consistencia por varias razones:

1. Registros de reclasificación entre cuentas de balance y resultados, que producen una mejora de la realidad financiera y a ello se acude por la presión originada por los parámetros financieros que exigen las entidades de control⁹ y la banca¹⁰.
2. El costo de los recursos fijos utilizados se desfigura dependiendo de su financiamiento, lo que provoca que un mismo activo, con idéntica capacidad de servicio, se cargue a los resultados de manera diferente¹¹:

⁹ Suficiencia patrimonial y solvencia, entre otros.

¹⁰ *Ebitda*, cobertura de intereses, endeudamiento, etc.

¹¹ Aunque la implementación de las NIIF cambia de fondo esta debilidad, las organizaciones del sector siguen obligadas a cumplir las normas de la contabilidad contenidas en el decreto 2649 de 1993; con las adaptaciones y precisiones ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud y con base en la

- 2.1 Compra de contado: se causa el valor del desgaste derivado de su uso en el proceso productivo mediante la depreciación, por lo general por el método de la línea recta, que desconoce la realidad del deterioro y el costo de reposición del activo para preservar la competitividad.
 - 2.2 Compra financiada: igual que el caso anterior, pero el gasto financiero se carga como gasto no operacional.
 - 2.3 Compra por *leasing*: se cargan el valor del activo y su financiamiento como parte del costo.
 - 2.4 Activo depreciado: se sigue utilizando en la operación, pero no se registra cargo por este concepto al resultado.
 - 2.5 Activo usado repotenciado: se carga por el valor de adquisición y se lleva al costo el monto de la depreciación.
 - 2.6 Activo donado: se utiliza pero sin cargo contable por su uso.
3. Los costos variables (materiales y mano de obra) no se refieren a óptimos relativos de desempeño; se basan en la realidad de la gestión de compras y las limitaciones de tesorería, por un lado, y de la combinación de formas de contratación del personal. Al no referir su valoración a óptimos, dadas las características de tamaño y madurez de la organización, quedan ocultas ineficiencias en la gestión de la cadena de abastecimiento o de la mano de obra del personal médico-asistencial.
 4. La carga fija necesaria para crear la propuesta de valor del negocio se distribuye con algún nivel de arbitrariedad o no se asigna al costo del producto.
 - 4.1 Los costos indirectos fijos se asignan con diversos criterios al producto, que suelen corresponder a criterios formados de espaldas a la percepción de valor del cliente, por lo general aportados por personal de contabilidad, finanzas u operaciones.
 - 4.2 Los valores cargados suponen un nivel de utilización de la capacidad instalada que, o no se cumplen en la práctica, o, peor aún, se basan en estudios teóricos de capacidad que difieren de la capacidad operable efectiva.
 5. Los servicios de preventa y postventa, esenciales para crear la ecuación de valor al cliente, no hacen parte del costo sino que son gastos operativos de administración y ventas.

métrica financiera aplicada por esta autoridad y por los contratantes, se define si la organización cumple o no los requisitos de idoneidad y solvencia financiera.

6. El financiamiento de corto plazo del ciclo operacional del negocio, en especial del ciclo neto de comercialización, hace parte de las características que impone el sector en el que se encuentra y resulta esencial para llevar el producto al cliente. Se registra dentro de los gastos no operativos.

Estas debilidades en el alcance y la precisión de la información contable la hacen precaria para la toma de decisiones y obliga a contar con una **contabilidad administrativa, gerencial o de gestión**, que produzca información consistente sobre el desempeño real del negocio, debidamente conciliada con la contabilidad formal.

Sin embargo, ese esfuerzo tiene limitaciones significativas por el enfoque de la información financiera y su desconexión con la evolución de las variables del entorno relevantes; estas, en última instancia, son las que explican, en primer lugar, los ciclos de largo plazo de las organizaciones y, en segundo término, el desempeño relativo de la organización y su viabilidad de largo plazo.

El procedimiento que se debe aplicar es, en consecuencia, uno que tiene un objetivo esencial: *informar sobre la efectividad de las operaciones y su sostenibilidad a largo plazo, mediante un proceso de Planeación por Rangos de Certeza que las valide* (Salazar, 2011).

El primer paso es proceder con el ordenamiento de la contabilidad y los procedimientos y, en este sentido, hay dos disfunciones frecuentes en la contabilidad empresarial: una típicamente originada en la cultura organizacional y otra por comodidad o realismo del área contable.

1. Tratar al área contable como el “depósito de basuras e ineficiencias” es una disfunción cultural de las organizaciones más o menos extendida: las áreas misionales o de soporte desarrollan sus actividades diarias y en algún momento envían los soportes a contabilidad; les corresponde a los contadores descifrar la consistencia de la información, completarla y con frecuencia organizarla para poderla contabilizar.
2. La segunda es propia de los contadores, por comodidad o realismo: manejar todo en “ollas” de costos y gastos; lo que puedan captar como soporte, se causa en depósitos contables generalizados, de los que resulta imposible detectar la realidad competitiva de la organización.

Identificar estas disfunciones y corregirlas es el primer paso para contar con información fiable: hacer responsables a las áreas misionales y de apoyo de la consistencia financiera de los documentos que reportan su desempeño permite que contabilidad se concentre en contabilizar, analizar y generar información financiera relevante.

Información oportuna y consistente es el primer requisito para que contabilidad, a su vez, la registre de tal manera que se pueda generar información financiera por producto, servicio, cliente, línea de negocio, zona, canal, etc., para, por lo mismo, poder establecer asociaciones entre resultados y variables explicativas.

En resumen, la condición especial del sector salud en Colombia exige eliminar el desorden y la falta de responsabilidad en los originadores de información susceptible de ser contabilizada, con el fin de que la contabilización se haga con el control y la desagregación necesarios para poder reportar en forma oportuna y con relevancia los hechos económicos de la operación.

Una vez que esto se haya logrado, la recomendación es pasar a tener un control de costos que permita gestionar la creación de valor de la organización y para ello se tienen cuatro opciones de costeo: absorbente, variable, estándar o ABC.

Se va a hacer alusión a los tres primeros por razones prácticas; el costeo absorbente es de generalizada aceptación y uso en las organizaciones del sector de la salud, con varias adaptaciones¹², y el costeo variable se aplica de igual manera en otras; el costeo estándar, por el contrario, no se usa por la dificultad de adaptarlo al sector, puesto que procede de actividades industriales.

El costeo ABC (*activity based cost*, por su expresión en inglés), hoy evolucionado como TDABC (*time-driven activity based cost*, por la expresión correspondiente en inglés) (Norton y Kaplan, 2008), resulta mucho más exigente en su aplicación y carece de utilidad para fines formales y tributarios, puesto que modifica el valor de los inventarios en función de las actividades generadoras de valor necesarias, con lo cual difiere del costo histórico o de adquisición, condición necesaria para ser admitido como deducción de la renta gravable.

Por esta razón, obliga a llevar dos valoraciones del costo: una que cumple los requisitos formales para su deducibilidad del ingreso operativo y otra que lo expresa en función de las actividades necesarias para crear la propuesta de valor de la organización.

Las empresas dedicadas a la prestación de servicios de salud operan en condiciones de competencia monopolista¹³. (Hirshleifer, *et. al*, 1994, p. 274), mientras que los aseguradores lo hacen como oligopsonios¹⁴, con lo cual se plantea una diferencia de poder de contratación notable entre prestadores, por su debilidad (son más de 40.000, de las cuales 5.000 están organizados como IPS (Superintendencia Nacional de Salud, 2013), y las EPS, por su fortaleza y discrecionalidad.

¹² Costo por protocolos, por patologías, por orden de servicios médicos, etc.

¹³ Gran número de organizaciones, ninguna de las cuales tiene una posición dominante y en los que cada una tiene se diferencia en el servicio ofrecido al asegurador.

¹⁴ Pocos compradores de servicios: las EPS.

La precariedad de los márgenes de prestadores y aseguradores se deriva de los hechos descritos: para los primeros, por su debilidad frente al asegurador y la competencia de otras IPS, y para los segundos, por la ineficacia de la UPC frente a los costos reales de un sistema de salud que sea efectivo en costos. Estos hechos hacen inevitable la tendencia asimétrica que se observa entre ingresos y costos por paciente o afiliado, como ya se ha mencionado.

En esta condición, pedirle a una IPS, que, en lo esencial, se enfoca hacia su sostenibilidad, que, además, disponga de recursos para llevar dos sistemas de costeo, cuando al mismo tiempo está obligada a adoptar las NIIF (normas internacionales de información financiera), se hace difícil, costoso e impráctico para la mayoría de ellas.

En opinión del autor del presente trabajo, y por estas razones, el TDABC debe utilizarse solo cuando haya madurado la organización con la aplicación de un modelo de costeo que le permita gestionar de manera efectiva el costo y esta madurez le permita enfrentar con eficacia el diseño y la aplicación de este modelo, aprovechando una previsible mejora de resultados.

CONTABILIDAD, COSTOS Y NIIF

Hechas las anteriores consideraciones, se debe llamar la atención sobre otro hecho que obliga a extremar el rigor en el manejo de los costos: la aplicación de las normas internacionales de información financiera (NIIF) y sus consecuencias sobre la forma como se contabilizan los hechos económicos en la empresa.

Este proceso comenzó en los años setenta del siglo XX, cuando la IASC (*International Accounting Standards Committee*) se dedicó a estudiar la “torre de babel contable” que dificulta el desarrollo de los negocios internacionales por la diversidad de denominaciones, prácticas contables e interpretaciones que se aplican en todo el mundo. Como resultado de un esfuerzo de tres décadas nacieron las normas internacionales de contabilidad (NIC), y, con ellas, en 2001 la IASB (*International Accounting Standards Board*) en Londres adoptó las NIC y avanzó para desarrollar las NIIF.

Dado que el IASB es de origen europeo, en 2002 se produjo un acercamiento entre este organismo y su par estadounidense, el FASB (*Financial Accounting Standards Board*) y, como consecuencia, alrededor de 100 países del mundo las han adoptado, como la presión de la globalización impone.

En América Latina, las pusieron en marcha Chile, México y Brasil, y, en general, todos los países de la región entraron en el proceso. Colombia se vinculó esta necesidad a mediados de 2009, con la expedición de la ley 1314, que estableció la convergencia de la normatividad contable colombiana con las NIIF. Se comenzó con la conformación del Consejo Técnico de Contaduría Pública, que opera en la actualidad como el organismo nacional con poder de interlocución con el IASB y tiene como tarea proponer las recomendaciones que se adoptarán mediante decretos reglamentarios para la implementación de las NIIF en el país.

Mediante la expedición de los decretos 2784 y 2706, de diciembre de 2012, se estableció que 2013 era el año de preparación para su implementación, 2014 el de transición y 2015 el de adopción. En este momento, las organizaciones del tipo 1¹⁵, al cual pertenecen las EPS y unas pocas IPS, están obligadas a iniciar su implementación. La mayoría de las IPS pertenecen al grupo 2, para las cuales se espera la reglamentación en 2014, que supondría este año como el de preparación, 2015 sería el de transición y 2016 de su plena adopción.

Con la aplicación de las NIIF, la contabilidad financiera será sustancialmente diferente de la tributación; la primera para informar de manera coherente y consistente sobre la realidad financiera de las personas (naturales y jurídicas) y de forma comparable con el resto del mundo, pero la segunda busca determinar las bases gravables para el cálculo de los impuestos directos e indirectos y los responsables de su causación, recaudo y pago. Podría significar la necesidad de llevar en paralelo la contabilidad financiera y otra tributaria, con exigencias de formalización y respaldo similares.

Las diferencias en el manejo y registro contable de las NIIF en el inmediato futuro son muchas; se mencionan unas pocas: el valor de los activos, no solo los que se denominan fijos o de propiedad, planta y equipo, tendrán que reflejar en forma permanente su valor de realización, pero de ahora en adelante los costos de financiamiento no se pueden llevar al valor del activo¹⁶, *sino que irán de manera directa al estado de resultados*; los repuestos que hoy se llevan al inventario respectivo ahora deberán incorporarse como parte del activo y depreciarse en el mismo período del activo para el que han sido fabricados; las partes de los equipos que tienen vidas útiles diferentes ahora deberán segregarse, lo cual implica múltiples depreciaciones para un mismo equipo; la diferencia en cambio que hoy se capitaliza ahora deberá ir contra los resultados.

¹⁵ Emisores de valores, entidades de interés público, filiales de organizaciones sujetas a las NIIF, organizaciones grandes (con plantas de personal superiores a 200 trabajadores o con activos superiores a 30.000 salarios mínimos mensuales legales vigentes, o sea: \$17.685 millones en 2013).

¹⁶ Salvo cuando están en proceso de construcción o instalación.

Otra diferencia importante: ¿cómo se afecta la contabilidad de un activo dependiendo de su forma de pago? Hoy se hacen tantos cargos al costo como al gasto cuanto diferentes sean las formas de financiarlos, pero las NIIF no lo permiten, porque se centran en el hecho económico detrás de cada registro contabilizado para revelar el valor real ante terceros. En efecto, los activos deben registrarse a su valor razonable, entendiendo este como el valor de venta en condiciones normales de mercado (IASB, NIIF 13).

En relación con los ingresos o las compras: los descuentos, rebajas y descuentos pueden manejarse aplicando lo regulado por la Superintendencia Nacional de Salud para el PUC (plan único de cuentas) o el PUCH (plan único de cuentas hospitalarias) como un menor valor del costo o como una partida no operacional. Las NIIF únicamente permiten registrarlos como un menor valor del costo o del ingreso, según sea el caso.

Por último, todas las contingencias que hoy no se registran o que se subvalúan de ahora en adelante tendrán que valorarse y monitorearse de manera juiciosa dentro de la contabilidad: activos o pasivos representados en derivados, *swaps*, opciones, futuros, valor actuarial, valor presente de derechos y obligaciones, determinación de tasas de descuentos, inversiones en acciones o aportes de sociedades cerradas, etc.

Como se deduce de lo expuesto, lo que está en proceso de implementación es de la mayor importancia y puede traer enormes beneficios en cuanto a claridad, pertinencia y oportunidad de la información financiera. A todos los involucrados les va a facilitar la internacionalización de las respectivas operaciones, el acceso a fuentes de financiamiento de largo plazo, la consecución de socios estratégicos, el fortalecimiento patrimonial, la ampliación y diversificación de las correspondientes cadenas de abastecimiento y, lo que es más importante: *contar con información actualizada y relevante de los negocios y la medición de la creación de valor que ellos generan.*

Hacer esto sin soporte tecnológico adecuado es poco menos que una pesadilla. Con estos antecedentes en mente, se inicia el proceso que en adelante se describe para el diseño, la adaptación y la implementación de un modelo de gestión de costos y generación de valor, comenzando por la adaptación del costeo estándar aplicado en la industria a las necesidades y características de las organizaciones del sector de la salud en Colombia.

SISTEMAS DE VALORACIÓN DEL COSTO APLICABLES AL SECTOR DE LA SALUD

En el sector de la salud se utilizan diversas formas de costeo que permiten acumular en forma ordenada los costos asociados a la prestación de salud o al aseguramiento, pero no permiten individualizar en forma oportuna ineficiencias y mucho menos sus responsables. El inconveniente, en general, está en la multiplicidad de procesos, contratistas y empleados que intervienen en este hecho económico: logística en salud, compras de medicamentos e insumos hospitalarios, contratación de personal de salud, adquisición de terapias, servicios de laboratorio e imagenología, etc.

El costo causado en aseguramiento y prestación de servicios de salud es el resultado de procesos directos o tercerizados, que se componen de medicamentos, vacunas, productos especiales de nutrición, servicios de diagnóstico, terapias, medicina general y especializada, procedimientos quirúrgicos, aplicación de medicamentos de alto costo que requieren soporte hospitalario, hospitalización, servicios de cuidados intermedios o intensivos, servicios de apoyo psicológico al paciente y al cuidador primario (su familia), servicios de nutrición y trabajo social, etc.

La heterogeneidad de los componentes del costo en el aseguramiento, la prevención y recuperación de la salud, así como la combinación de servicios que se prestan con personal propio y subcontratado, añaden un elemento de complejidad al momento de controlar y gestionar el costo del servicio, todo ello sumado a un hecho de la mayor importancia: la perspectiva de análisis no es de costo-beneficio financiero, como se estila en los demás sectores de la economía, puesto que en este casi todo el tiempo es imperativo guiarse por una perspectiva de largo plazo: costo-efectividad, es decir, la evidencia de lograr la mejora de la salud de la población, entre alternativas complementarias o mutuamente excluyentes y al mínimo costo posible, todo lo cual es verificable solo a largo plazo.

Es importante en este punto precisar que esta perspectiva se aplica *desde el punto de vista de la realidad de aseguradores y prestadores*, no de la de la salud pública, que es la que compete al Estado y en la que se usan herramientas de análisis de costos de salud en una perspectiva diferente:

- **Costo-efectividad:** para evaluar los costos y las consecuencias de los tratamientos o programas de salud pública, en términos de años de vida ganados (De Niro, 1984).
- **Costo-utilidad:** es el cociente entre el costo de una terapia o tratamiento y el incremento en la cantidad de vida, por reducción de la mortalidad y el aumento

en la calidad de vida, por reducción de la morbilidad. Se conoce como QALY (*Quality Adjusted Life Years*).

- **Costo-beneficio:** evalúa los resultados de las acciones de salud, en términos monetarios.

En un sector con un reto de competitividad en costos tan significativo, la oportunidad en la detección de desviaciones de costo y sus responsables es de la mayor importancia. Se describen los sistemas de costeo utilizados, sus ventajas y limitaciones.

Para mayores detalles sobre técnicas de costeo se recomienda acudir a Uribe Marín (2011), Cuevas Villegas (1995; 1997 y 2001), Gómez Bravo (2005) y Arcila Rodríguez (2003).

COSTEO TOTAL

Se determinan unos costos fijos que se valoran, según la exigencia operativa que demandan el tamaño de la población atendida y los niveles de prestación de servicios y aseguramiento. Esta carga fija se asigna con la menor arbitrariedad posible al bien o servicio utilizado en salud (producto) y se le adicionan los costos variables. Los costos se agrupan en tres categorías: materiales y servicios (medicamentos, insumos, terapias y exámenes diagnósticos¹⁷), mano de obra del personal médico-asistencial¹⁸ y carga médico-asistencial e insumos y servicios indirectos.

Para cada patología existen protocolos de tratamiento establecidos con base en el estado de avance de las técnicas médico-científicas, en el que se prescriben los medicamentos, insumos, diagnósticos de control para dosificación del tratamiento, tipo de servicio por personal médico, etc. Estos protocolos dan origen a la guía de atención y esta, a su vez, a la nota técnica, en la que se cuantifican con todo detalle los medicamentos, insumos y servicios y sus costos.

Los materiales e insumos utilizados descritos en la nota técnica corresponden a los componentes, procedimientos y terapias, las cantidades requeridas de los mismos, incluyendo el desperdicio de materiales y la variabilidad previsible por pertinencia médica y según supuestos razonables de eficiencia en los procesos médico-asistenciales.

Los exámenes de diagnóstico se precisan de igual manera, incluyendo su frecuencia y las actividades por seguir según la evolución del tratamiento.

¹⁷ Exámenes de laboratorio, funcionales e imagenología.

¹⁸ En el mundo de los negocios diferentes a los de salud se denomina mano de obra directa.

La mano de obra directa del personal médico-asistencial es identificable por servicio ofrecido: se sabe cuánto tiempo de trabajo, de cuál categoría y cuál valor por unidad de tiempo requiere la prestación del servicio. La operación productiva de los servicios de salud centra gran parte de su eficiencia en reducir el tiempo improductivo del personal médico-asistencial y en mejorar su destreza, para lograr mejoras en productividad y, con ellas, reducciones de costos unitarios.

Los materiales e insumos y la mano de obra vinculada de manera directa al servicio de salud, por ser verificables con facilidad en la prestación, se podría denominar también, como ocurre en el sector real, costo primo de producción de servicios médico-asistenciales, cuando se valora el costo de las operaciones, o costo primo de venta de servicios, cuando se determina el costo de ventas de servicios médico-asistenciales o de aseguramiento, en el estado de resultados.

COSTO PRIMO = costo de materiales, servicios e insumos directos + costo de la mano de obra del personal médico-asistencial = MASID + MOMA

Donde:

- **MASID:** son los costos de materiales, servicios e insumos médico-asistenciales directos, y
- **MOMA:** es el valor al costo, de la mano de obra del personal médico asistencial.

Además de los materiales (MASID) y de la mano de obra del personal médico-asistencial (MOMA), hay un sinnúmero de materiales, servicios y actividades que se utilizan de manera directa en el proceso de atención a los pacientes o afiliados, pero que no son reconocibles con claridad en cada servicio ofrecido. Todos ellos se consumen para hacer posible el tratamiento a los pacientes pero sin estar asociados de manera nítida a cada servicio. Son los denominados costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales (CISMA).

Los costos de los servicios médico-asistenciales se determinan con la suma del costo primo y los CISMA¹⁹:

COSTO TOTAL = MASID + MOMA + CISMA = costo primo + CISMA

Donde:

- **MASID** : materiales, servicios e insumos directos
- **MOMA** : mano de obra directa del personal médico-asistencial.

¹⁹ En los demás sectores de la economía se denominan CIF: costos indirectos de fabricación.

- **CISMA** : costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales.

Los materiales, servicios e insumos son un costo variable y se deben identificar y asociar por paciente o afiliado; la mano de obra puede ser fija, variable o mixta, dependiendo de los sistemas de contratación. Cuando se contrata a destajo, o por horas de servicio utilizadas, resulta variable; cuando se contrata a término fijo o indefinido, se convierte en un costo fijo. En la práctica, las empresas tienen un componente fijo de mano de obra y en picos de servicio se contratan temporales para atender las necesidades de prestación de servicios. En tales casos, se tiene una parte del costo de la mano de obra del personal médico-asistencial como fijo y otra como variable.

Los costos indirectos de prestación de servicios (CIS), que se denominan **CISMA**, son todos los otros conceptos de costo diferentes a los materiales e insumos y la mano de obra directa: materiales e insumos indirectos (productos y sistemas de aseo, desinfección e higiene, combustibles y lubricantes, etc.), mano de obra de personal médico-asistencial indirecta (utilizada en operaciones de transporte, supervisión y control, etc.) y servicios indirectos (arrendamientos, energía, agua, vapor, seguros, control de calidad, etc.). Los CIS se clasifican también en variables y fijos.

Como ya se mencionó, y dado que el originador del costo y del ingreso es el paciente, los costos totales se dividen entre el número de pacientes o servicios prestados, para el control de la eficiencia, que se evidencia, además, por la correspondencia entre la nota técnica y los resultados de la operación. Las diferencias evidencian las siguientes opciones:

- Si el costo real por paciente es mayor que el costo por paciente estimado en la nota técnica, hay ineficiencias (rendimientos negativos de escala) en los procesos médico-asistenciales o en los de apoyo (deseconomías de escala), o cambios en la incidencia de la enfermedad y la frecuencia de la demanda de servicios, no detectadas en la nota técnica o sobrevaluaciones del costo estimado.
- Si el costo real por paciente menor que el costo por paciente valorado en la nota técnica, hay eficiencias (rendimientos positivos de escala) en los procesos asistenciales o en los de apoyo (economías de escala) o sub valuaciones de la nota técnica.

El estado de resultados se presenta así:

Ingresos

menos: costo primo de los servicios prestados
= utilidad prima
menos: costos indirectos de prestación de servicios médico asistenciales
= utilidad bruta
menos: gastos de administración, ventas y mercadeo
= utilidad operativa
+/- ingresos no operativos netos de gastos no operacionales.
= utilidad antes de impuestos
menos: provisión de impuesto a la renta
= utilidad neta

- **Ventajas:** la información es relativamente sencilla de obtener, y los cálculos necesarios son simples de efectuar, y se puede llegar a un consenso en términos generales coherente para aplicar los costos fijos.
- **Limitaciones:** nada se dice sobre las debilidades competitivas del proceso de producción de servicios o la organización y obliga a prorrateos que tienen un alto grado de arbitrariedad y, por lo mismo, provocan sobre o subvaluaciones del costo, que son trasladadas a otros productos.

COSTEO VARIABLE

En buena parte de la literatura contable, los sistemas de costeo directo o variable se consideran sinónimos; sin embargo, otros autores los diferencian, puesto que esta situación solo ocurre cuando *todos los costos y gastos son variables*; cuando hay costos y gastos fijos directos la identidad desaparece por las siguientes razones:

- En el costeo variable solo se incluyen los costos y gastos variables, *directos e indirectos* vinculados a la producción y venta del producto o servicio creado.
- En el costeo directo solo se consideran los costos fijos y variables vinculados *en forma directa* con el proceso de creación de valor del producto o servicio (Uribe Marín, 2011, pp. 155, 159-160); no se incluyen, en consecuencia, los costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales (CISMA).

Tanto en el costeo variable como en el directo, los costos causados por la prestación de servicios médico-asistenciales en proceso, que aún no han causado el ingreso, y como se explica adelante, van como un activo: servicios en proceso.

Se propone, en consecuencia, adoptar esta distinción, por lo cual para el costeo variable se toman en cuenta los **costos primos y los CISMA variables** (que se causan como consecuencia de la actividad o servicio): materiales e insumos médicos, mano de obra médico-asistencial, insumos indirectos médico-asistenciales variables. También se incluyen los gastos operativos variables, vinculados con la generación de valor financiero: gastos de logística, comisiones sobre ventas, etc.

- **Ventajas:** la información es aún más sencilla de obtener pues solo se incluyen los costos y gastos operativos variables, identificables con claridad en el servicio prestado.
- **Limitaciones:** muy poco se dice sobre las debilidades competitivas del proceso o la organización y si la tarificación no es competitiva, no se cumplen las ventas de servicios necesarias para hacer sustentable el modelo de negocios, se dejan de cubrir los costos y gastos operativos fijos, lo mismo que el margen necesario para investigación y desarrollo, además de los gastos operativos.

El estado de resultados se presenta así:

Ingresos

menos: costos variables de los servicios prestados

 materiales e insumos médico-asistenciales (MASID)

 mano de obra del personal médico-asistencial (MOMA)

= contribución marginal prima

menos: costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales (CISMA) variables

= contribución marginal bruta

menos: gastos de administración, ventas y mercadeo variables

= contribución marginal operativa

menos: mano de obra de personal médico-asistencial fija

menos: costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales (CISMA) fijos

menos: gastos operativos fijos

= utilidad operativa

+/- ingresos no operativos netos de gastos no operacionales

= utilidad antes de impuestos

menos: provisión de impuesto a la renta

= utilidad neta

COSTEO DIRECTO

Se toman en cuenta todos los costos y gastos vinculados en forma directa al proceso de creación de valor financiero, sean fijos o variables. Como antes se mencionó, son activables solo los costos primos, y los gastos directos.

El estado de resultados se presenta así:

Ingresos

menos: costos variables directos de los servicios prestados

materiales e insumos médico asistenciales
 mano de obra del personal médico asistencial fija y variable
 = utilidad bruta directa
 menos: gastos de administración, ventas y mercadeo directos
 = utilidad operativa directa
 menos: costos fijos indirectos
 materiales e insumos médico asistenciales
 mano de obra del personal médico asistencial
 CISMA fijos y variables
 menos: gastos operativos fijos indirectos
 = utilidad operativa
 +/- ingresos no operativos netos de gastos no operacionales
 = utilidad antes de impuestos
 menos: provisión de impuesto a la renta
 = utilidad neta

- **Ventajas:** la información es, de igual manera, sencilla de obtener, pues se identifican los costos y gastos variables, identificables con nitidez en el servicio prestado. Permite, además, determinar con claridad el punto de equilibrio operativo de la organización y, al hacerlo, el nivel de actividad en servicios o pacientes requeridos para equilibrar la operación.
- **Limitaciones:** las mismas del caso anterior.

COSTEO ESTÁNDAR

El costeo estándar es una modalidad de costeo, predeterminada de conformidad con supuestos de eficiencia del proceso de producción de un bien o servicio. Es, por lo mismo, una herramienta que permite efectuar un control efectivo de costo-volumen-utilidad (Uribe Marín, 2011, pp. 160 y siguientes), pero plantea, sin embargo, un conflicto práctico: al establecerlos, el referente de eficiencia es el ideal, dada la estructura de producción de servicios, o es el alcanzable, dadas las limitaciones particulares.

En el primer caso, tendría que suponerse una valoración del costo con base en la tecnología médico-científica más adelantada en el momento de estimación, lo cual suele implicar supuestos de calidad y cobertura de infraestructura que no corresponden a la realidad nacional; hay diferencias significativas entre las economías latinoamericanas y, con mayor razón, si la fuente de contraste son las economías desarrolladas. Este supuesto sería en extremo impráctico y haría poco efectivo el ejercicio de costo-efectividad que se propone: habría desviaciones negativas de todo

tipo y se diluiría la responsabilidad, a causa de variables no controlables por los responsables del costo.

Se propone, en consecuencia, el uso de estándares de eficiencia en los procesos que correspondan al uso óptimo de la capacidad de servicio instalada; se trata de fijar como meta un costo alcanzable para la organización y se procedería como se describe a continuación.

Se hace un estudio de capacidad de servicio instalada, de las alternativas de servicio, de los tiempos y movimientos de la mano de obra médico-asistencial requeridos, de los insumos necesarios en la prestación, de la eficiencia teórica esperada en los procesos, y con ello se llega a su valoración. Con la debida periodicidad se identifican las desviaciones al costo imputables al nivel de actividad y a las ineficiencias en los procesos. Estas ineficiencias se llevan al estado de resultados como desviaciones de capacidad, eficiencia o precio.

Una vez determinados los costos estándares, el costo real observado va a presentar diferencias, costos superiores (desviación negativa) o inferiores (desviación positiva), que son de tres clases:

- **En el precio o la tarifa unitaria:** por ineficiencias en la cadena de abastecimiento (negativas) o por el logro de economías de escala con los proveedores de medicamentos, insumos médico-hospitalarios o de servicios médico-asistenciales.
- **En el volumen de bienes o servicios aplicados:** por fallas de control en la entrega de medicamentos, insumos médico-hospitalarios, las terapias o servicios médicos, o por una mejora en la eficacia de los servicios prestados.
- **En el uso de la capacidad de servicio instalada:** por ineficiencias en el proceso comercial y de mercadeo, que se expresan en la forma de fallas de gestión, que no permiten ocupar la infraestructura de servicio instalada, o por uso excesivo de ella, en cuyo caso, si es una situación de demanda de servicios gestionada en forma adecuada, se debe entrar a ampliar la capacidad instalada.

Suele ocurrir en la práctica que las desviaciones se explican a causa de variables no controlables por los responsables de los procesos vinculados a la creación de valor en los servicios de aseguramiento y atención en salud. En tal caso, se debe identificar y sustentar de manera adecuada y hacer los ajustes en las previsiones subsiguientes.

Es el caso de muchos medicamentos e insumos médico-hospitalarios, que se importan o que, en caso de ser fabricados en el país, tienen un componente importado significativo. Estos productos se cotizan en divisas sujetas a los flujos financieros

internacionales y al comportamiento de la balanza cambiaria²⁰. Una balanza cambiaria positiva y creciente va a provocar reducciones en la tasa de cambio y, en consecuencia, un abaratamiento del costo en moneda local; por el contrario, si hay un déficit persistente y creciente de la balanza cambiaria, habrá una tendencia a la devaluación, que encarece los costos en moneda nacional. Ocurre algo similar si no hay una afectación significativa de la balanza cambiaria pero sí en la balanza de capital²¹.

También puede explicarse por una variable de la mayor importancia en estos momentos: la diferencia entre la oferta y la demanda laboral de los profesionales de la salud; hay un déficit significativo de algunas especialidades; además, por el desestimulo a la condición de la profesión médica, pero también hay déficits regionales, que contrastan con situaciones de normalidad o excedentarias en algunos de los grandes centros urbanos.

Las desviaciones en costos, por variables no controlables, deben provocar respuestas de gestión en la valuación de los estándares y también con los contratantes, por eventuales desequilibrios económicos en los contratos.

Las desviaciones por variables controlables deben inducir una respuesta de gestión por parte de los procesos y empleados responsables de tales desviaciones, para preservar la sustentabilidad de la organización a largo plazo, incluyendo su confiabilidad, cuando se detecta un cambio por pertinencia médica en el tratamiento, en cuyo caso se debe gestionar con el contratante el restablecimiento del equilibrio económico.

El poder del sistema de costos estándar para la gestión es enorme, con el fin de preservar la competitividad de la organización, con resultados efectivos en costos:

- Hacia el sistema nacional de salud: por mejora en la salud del paciente, con niveles de calidad óptimos en el servicio y que contienen el costo del mismo.
- Hacia la organización: por control oportuno de las desviaciones de costo destructoras de valor financiero y, en consecuencia, gestionando en forma efectiva la tendencia asimétrica entre ingresos y costos medios.

El control permanente de los supuestos de precios y tarifas, volúmenes de medicamentos y servicios y uso eficiente de la capacidad de servicios instalada, derivados del uso de costos estandarizados, es una alternativa importante por considerar en las organizaciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud.

²⁰ La diferencia entre los ingresos de divisas por exportaciones de bienes, servicios y transferencias y las salidas de divisas por importaciones de rubros equivalentes.

²¹ La diferencia entre los ingresos por inversión extranjera directa y crédito externo, y los egresos por inversión de nacionales en el exterior o por los créditos que se conceden a clientes del exterior.

- **Ventajas:** el precio de venta de servicios siempre se define con base en supuestos de efectividad del servicio, sin que se trasladen o pretendan trasladar al asegurador o al paciente los sobrecostos derivados de la ineficiencia o la falta de eficacia de la organización. *Mantiene a la alta dirección alerta sobre la efectividad de sus procesos operativos, por los cargos contables que se hacen mediante la valoración de sus desviaciones.*
- **Desventajas:** se basa en supuestos laborales, logísticos y de ingeniería de procesos médicos, que pueden tener modificaciones importantes, incluso a corto plazo. De igual manera, supone un nivel de actividad operativa y comercial que puede tener desviaciones significativas. *Por su elaborado sistema de valoración tienden a dejarse sin revisión por períodos largos o a convertirse en una información que carece de uso práctico, hasta que se detectan desviaciones importantes.*

PROPUESTA DE DISEÑO, ADAPTACIÓN Y APLICACIÓN DE COSTOS ESTÁNDAR AL SECTOR SALUD

Por la necesidad práctica de tener control sobre desviaciones entre los costos y gastos contenidos en la nota técnica y los realmente ejecutados, si la herramienta tecnológica lo permite, se puede aplicar el costeo total o absorbente o el costeo variable o el costeo directo, combinado con el costeo estándar para tener una herramienta gerencial idónea para la gestión de costos y la creación de valor financiero en las organizaciones de salud en Colombia. Sin embargo, y habida cuenta de que los paquetes de software de tipo *ERP* o los desarrollos efectuados en cada organización, al operar mediante una “llave” que activa los estándares o los inactiva, transformando el costeo en costeo total o absorbente, más la rutina de fin de mes que obliga a “devolverles” al valor de los inventarios finales la desviación²², se recomienda aplicar con plenitud los estándares con las adaptaciones que se proponen más adelante.

La clave en el uso de los costos estándar, aplicados y adaptados al sector de la salud, es la identificación de las variaciones que se producen entre el costo de ventas de servicios médico-asistenciales, valorado según el estándar, y el costo real registrado en la contabilidad por materiales, servicios e insumos, mano de obra del personal médico-asistencial y carga indirecta de servicios.

Para una mejor comprensión y adaptación de este sistema de costeo al sector de la salud se procederá a desagregar los conceptos de costo según su utilización en salud, mediante la creación, en lo posible, de siglas con características nemotécnicas para su uso y aplicación.

²² El valor del inventario debe corresponder a los costos promedios ponderados, con miras al reconocimiento del costo de venta para fines tributarios.

Las variaciones de costos en salud se analizan y desagregan por concepto, como se describe a continuación.

VARIACIÓN EN MATERIALES, MEDICAMENTOS E INSUMOS DIRECTOS (MAMID):

- **Variación en precio** = $Q_r \times (P_r - P_s)$, donde Q_r es la cantidad real de materiales, medicamentos e insumos utilizados; P_r es el precio real de compra del material o servicio y P_s es el precio estándar determinado en la nota técnica.
- **Variación en eficiencia o cantidad** = $P_s \times (Q_r - Q_s)$, donde Q_s es la cantidad estándar establecida para materiales, medicamentos e insumos utilizados.

Ejemplo de aplicación:

Usando como base los datos disponibles para el lapso en que el caso fue estudiado y modificando los números observados, se tendrían dos datos para ser analizados: el estándar definido en la nota técnica, que establece el número de productos y el costo medio previsto y la realidad encontrada, por un lado y, por otro, la cantidad real de productos usados y el costo real de adquisición o inventario. El resultado de este análisis se ve en la siguiente tabla:

| CONCEPTO | Unidad | ESTÁNDAR SEGÚN NOTA TÉCNICA | | | COSTO REAL CONTABILIZADO | | |
|--|--------------------|-----------------------------|------------------|------------------|--------------------------|--------------------|-------------------|
| | | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
| Medicamentos e insumos médico asistenciales | | | | | | | |
| BOLSA PARA DRENAJE URINARIO (CYSTOFLO) 2000 ML . | c/u | 13.00 | \$ 1,899 | \$ 24,687 | 11.00 | \$ 1,905.00 | \$ 20,955 |
| GASA PRECORTADA ESTERIL 3 X 3 (7.5 CM X 7.5 CM) | Sobre x 5 unidades | 50.00 | \$ 1,261 | \$ 63,050 | 62.00 | \$ 1,257.00 | \$ 77,934 |
| JERINGA 10 ML 3P C.A. Nº. 21 G X 1 1/2" LUER LOCK . | c/u | 2.00 | \$ 135 | \$ 270 | 2.00 | \$ 141.00 | \$ 282 |
| JERINGA 10 ML 3P C.A. Nº. 21 G X 1 1/2" LUER LOCK . | c/u | 15.00 | \$ 135 | \$ 2,025 | 12.00 | \$ 141.00 | \$ 1,692 |
| MICROPORE COLOR PIEL 2 " X 10 YD (4.8 CM X 9.1 M) . | c/u | 4.00 | \$ 1,190 | \$ 4,760 | 8.00 | \$ 1,210.00 | \$ 9,680 |
| SONDA FOLEY 2 VIAS Nº. 16 . | c/u | 2.00 | \$ 80 | \$ 160 | 2.00 | \$ 75.00 | \$ 150 |
| SONDA FOLEY 2 VIAS Nº. 18 . | c/u | 7.00 | \$ 96 | \$ 672 | 9.00 | \$ 95.00 | \$ 855 |
| SONDA FOLEY 2 VIAS Nº. 20 . | c/u | 3.00 | \$ 164 | \$ 492 | 2.00 | \$ 160.00 | \$ 320 |
| SONDA FOLEY 2 VIAS Nº. 22 . | c/u | 1.00 | \$ 68 | \$ 68 | 1.00 | \$ 75.00 | \$ 75 |
| SONDA NELATON Nº. 12 . | c/u | 2.00 | \$ 48 | \$ 96 | 1.00 | \$ 52.00 | \$ 52 |
| Costo Materiales e insumos médico asistenciales | | 99 | \$ 972.53 | \$ 96,280 | 110 | \$ 1,018.14 | \$ 111,995 |

Fuente: elaboración del autor.

Como se aprecia, y es lo que se quiere ejemplificar, con los sistemas de costeo por absorción o costeo total se tendría solo el resultado final: \$111.995 contra un estimado en la nota técnica de \$96.280. Es lo único que hoy se puede identificar y solo si en la contabilización se ha desagregado la “olla de costos”: de costo total del contrato a su detalle por concepto: materiales, personal e indirectos. Si es así, ahora se tiene un avance importante, porque se cuenta con “ollitas de costos” para mejorar la información.

Al revisar el resultado de la tabla, a simple vista se observa que, primero, se han usado más productos de los previstos y que los precios unitarios de compra son diferentes; en ambos casos hay resultados mixtos, unos por encima y otros por debajo de lo previsto, tanto en las cantidades consumidas como en los precios unitarios de suministro, con una dificultad práctica: en un sistema de costeo tradicional no es posible ver en detalle y desagregado el efecto.

Con el único resultado visible en la actualidad el mayor o menor costo, no es posible inducir una respuesta que gestione el costo, es decir, identificar en dónde se produjeron excesos de consumo y su razón y, de igual manera importante, en cuáles hubo defectos y su motivación; por el lado del precio se hace otro tanto: en cuáles casos hubo ahorros en el costo y en cuáles hubo pérdidas por sobrecostos.

Sin saber de manera precisa dónde ocurrieron excesos o defectos de medicamentos e insumos médico-asistenciales, es decir, la desviación de eficiencia, no se puede responder por qué sucedió esta desviación y, en consecuencia, cómo neutralizarla, puesto que habría, al menos, cuatro explicaciones factibles:

1. Exceso por una necesidad puntual y poco probable que se repita: no requiere gestión específica.
2. Debido a una subestimación de la nota técnica: debe ajustarse la misma y revisar si hay opciones de renegociación dentro del contrato o, al menos, tomar el hecho en cuenta para futuras contrataciones.
3. Por no entregar los medicamentos previstos y necesarios para la salud del paciente: se estaría incumpliendo el contrato y tomando riesgos de complicaciones mayores, que el asegurador puede cobrar al prestador.
4. Desperdicio o mal uso de los productos: se mejoran controles o se ajusta el proceso, para evitar esta destrucción de valor.

Como se puede deducir, son explicaciones que inducen igual número de respuestas de gestión diferentes y comoquiera que hay desviaciones positivas (mayores consumos que lo previsto) o negativas (menores consumos que los establecidos) dentro de la categoría del costo, sin identificarlas no es posible responder con medidas efectivas en cada caso en el que ocurren. En una organización de prestación de servicios o de

aseguramiento que tiene inventarios de más de 5.000 productos, el multiplicador de destrucción de valor por eficiencia es enorme y no puede ser controlado con sistemas de costeo convencionales.

Algo igual ocurre con los precios de productos mayores o menores que lo previsto. Si son mayores, ¿se debe a una escasez temporal o a una debilidad en el área responsable del abastecimiento? Pero, si son menores que lo estimado, ¿se está sobrestimado el costo promedio de suministro u ocurre como resultado de eficiencias en su compra? También se observan, a lo largo del listado de productos, resultados mixtos, y cada caso según su importancia (que se deduciría mediante diagramas de Pareto) obliga a un compromiso específico de gestión.

Se procederá a continuación a la ampliación del análisis del ejemplo, con las desviaciones identificadas:

| CONCEPTO | Unidad | DESVIACIÓN DEL COSTO | | | | | | | | |
|--|-------------------|----------------------|----------------|--------------|-----------------|----------------|--------------|---------------------|----------------|--------------|
| | | Eficiencia | Distribución % | % Desviación | Precio | Distribución % | % Desviación | Total | Distribución % | % Desviación |
| Medicamentos e insumos médico asistenciales | | | | | | | | | | |
| BOLSA PARA DRENAJE URINARIO (CYSTOFLO) 2000 ML . | c/u | (\$ 3,798.00) | -24.2% | -15.4% | \$ 66.00 | 143.5% | 0.3% | (\$ 3,732.00) | -23.7% | -15.1% |
| GASA PRECORTADA ESTERIL 3 X 3 (7.5 CM X 7.5 CM) | Sobre x5 unidades | \$ 15,132.00 | 96.6% | 24.0% | (\$ 248.00) | -539.1% | -0.4% | \$ 14,884.00 | 94.7% | 23.6% |
| JERINGA 10 ML 3P C.A. Nº. 21 G X 1 1/2" LUER LOCK . | c/u | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | \$ 12.00 | 26.1% | 4.4% | \$ 12.00 | 0.1% | 4.4% |
| JERINGA 10 ML 3P C.A. Nº. 21 G X 1 1/2" LUER LOCK . | c/u | (\$ 405.00) | -2.6% | -20.0% | \$ 72.00 | 156.5% | 3.6% | (\$ 333.00) | -2.1% | -16.4% |
| MICROPORE COLOR PIEL 2 " X 10 YD (4.8 CM X 9.1 M) . | c/u | \$ 4,760.00 | 30.4% | 100.0% | \$ 160.00 | 347.8% | 3.4% | \$ 4,920.00 | 31.3% | 103.4% |
| SONDA FOLEY 2 VIAS Nº. 16 . | c/u | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | (\$ 10.00) | -21.7% | -6.3% | (\$ 10.00) | -0.1% | -6.3% |
| SONDA FOLEY 2 VIAS Nº. 18 . | c/u | \$ 192.00 | 1.2% | 28.6% | (\$ 9.00) | -19.6% | -1.3% | \$ 183.00 | 1.2% | 27.2% |
| SONDA FOLEY 2 VIAS Nº. 20 . | c/u | (\$ 164.00) | -1.0% | -33.3% | (\$ 8.00) | -17.4% | -1.6% | (\$ 172.00) | -1.1% | -35.0% |
| SONDA FOLEY 2 VIAS Nº. 22 . | c/u | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | \$ 7.00 | 15.2% | 10.3% | \$ 7.00 | 0.0% | 10.3% |
| SONDA NELATON Nº. 12 . | c/u | (\$ 48.00) | -0.3% | -50.0% | \$ 4.00 | 8.7% | 4.2% | (\$ 44.00) | -0.3% | -45.8% |
| Costo Materiales e insumos médico asistenciales | | \$ 15,669.00 | 100.0% | 16.3% | \$ 46.00 | 100.0% | 0.05% | \$ 15,715.00 | 100.0% | 16.3% |

Nota: Las cifras en rojo corresponden a desviaciones negativas

Fuente: elaboración del autor.

Con este nivel de detalle sí es posible gestionar de manera efectiva el costo: se generan compromisos de gestión para actuar sobre el diagrama de Pareto de las desviaciones por eficiencia y por precio y el resultado a corto plazo es reducir al mínimo las debilidades de gestión que provocan la desviación. Lo que no se mide no se puede gestionar, parafraseando la conocida máxima del movimiento de la calidad total.

Sobre dichas variaciones, puesto que se conoce la realidad de aseguradores y prestadores, es posible postular que podrían capturarse por el sistema **al momento de la compra o el suministro**, de tal manera que la diferencia entre el precio de compra y el establecido en la nota técnica se lleve de entrada como una variación en precio. Al cierre del ejercicio se ajustaría el inventario final, para retornarle la variación que le corresponda, de tal manera que su valoración final corresponda al costo promedio, como lo exigen las normas contables y tributarias vigentes. *Esta es la metodología que siguen los paquetes de software de tipo ERP de clase mundial, que permiten costeo estándar, tales como SAP, QAD o Siesa Enterprise.*

La variación de eficiencia solo se detecta al cierre del ejercicio y no crea desviaciones frente al costo histórico; en consecuencia, no induce debilidades de contabilización que contravengan las normas que permiten deducirla del costo

VARIACIÓN EN SERVICIOS MÉDICO-ASISTENCIALES DIRECTOS (SEMAD)²³:

- **Variación en precio** = $Q_r \times (P_r - P_s)$, donde Q_r es la cantidad real de servicios utilizados; P_r , es el precio real de compra del servicio y P_s es el precio estándar determinado en la nota técnica.
- **Variación en eficiencia o cantidad** = $P_s \times (Q_r - Q_s)$, donde Q_s es la cantidad estándar establecida en la nota técnica para los servicios utilizados.

Ejemplo de aplicación:

²³ Corresponde a los exámenes de laboratorio, imagenología, terapias, etc.

| CONCEPTO | Unidad | ESTÁNDAR SEGÚN NOTA TÉCNICA | | | COSTO REAL CONTABILIZADO | | |
|---|--------|-----------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|
| | | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
| MANO DE OBRA DE PERSONAL MÉDICO ASISTENCIAL | | | | | | | |
| TERAPIA FISICA DOMICILIARIA URBANO (tipo 1) | c/u | 61.00 | \$ 27,366 | \$ 1,669,326 | 62.00 | \$ 27,400.00 | \$ 1,698,800 |
| TERAPIA FISICA DOMICILIARIA URBANO (tipo 2) | c/u | 62.00 | \$ 27,366 | \$ 1,696,692 | 59.00 | \$ 28,500.00 | \$ 1,681,500 |
| TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA CON Y SIN SUCCION | c/u | 14.00 | \$ 27,366 | \$ 383,124 | 16.00 | \$ 25,000.00 | \$ 400,000 |
| VISITA DOMICILIARIA ENFERMERA AUXILIAR URBANO | horas | 47.00 | \$ 6,888 | \$ 323,736 | 53.00 | \$ 6,300.00 | \$ 333,900 |
| VISITA DOMICILIARIA ENFERMERA PROFESIONAL URBANO | horas | 2.00 | \$ 1,450 | \$ 2,900 | 3.00 | \$ 2,200.00 | \$ 6,600 |
| VISITA DOMICILIARIA MEDICO GENERAL URBANO | horas | 26.00 | \$ 24,979 | \$ 649,454 | 22.00 | \$ 27,000.00 | \$ 594,000 |
| COSTO DE LA MANO DE OBRA DEL PERSONAL MÉDICO ASISTENCIAL | | 212.0 | \$ 22,288.83 | \$ 4,725,232 | 215.0 | \$ 21,929.30 | \$ 4,714,800 |

Fuente: elaboración del autor.

Este ejemplo es igual de ilustrativo: para comenzar, si es que se cuenta con una desagregación de costos, la “ollita” como se ha denominado antes, no habría el menor interés de enfocarse en optimizar el resultado; el costo de la mano de obra médico-asistencial estuvo por debajo de lo previsto en la nota técnica.

Sin embargo, ese resultado está lejos de ser el óptimo relativo: en varios casos hubo desviaciones de eficiencia que destruyeron valor y en otros se observa creación de valor; por el lado de la tasa de remuneración pagada, hubo situaciones similares y la optimización es justamente lo contrario: maximizar las opciones de creación de valor y minimizar las destrucciones, y si esto es lo que se hace, el resultado final es de un costo menor al registrado.

Conviene mirar en detalle el resultado en la siguiente tabla:

| CONCEPTO | Unidad | DESVIACIÓN DEL COSTO | | | | | | | | |
|---|--------|----------------------|----------------|--------------|-----------------------|----------------|--------------|-----------------------|----------------|--------------|
| | | Eficiencia | Distribución % | % Desviación | Tasa | Distribución % | % Desviación | Total | Distribución % | % Desviación |
| MANO DE OBRA DE PERSONAL MÉDICO ASISTENCIAL | | | | | | | | | | |
| TERAPIA FISICA DOMICILIARIA URBANO (tipo 1) | c/u | \$ 27,366.00 | 40.9% | 1.6% | \$ 2,108.00 | -2.7% | 0.1% | \$ 29,474.00 | -282.5% | 1.8% |
| TERAPIA FISICA DOMICILIARIA URBANO (tipo 2) | c/u | (\$ 82,098.00) | -122.8% | -4.8% | \$ 66,906.00 | -86.6% | 3.9% | (\$ 15,192.00) | 145.6% | -0.9% |
| TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA CON Y SIN SUCCION | c/u | \$ 54,732.00 | 81.9% | 14.3% | (\$ 37,856.00) | 49.0% | -9.9% | \$ 16,876.00 | -161.8% | 4.4% |
| VISITA DOMICILIARIA ENFERMERA AUXILIAR URBANO | horas | \$ 41,328.00 | 61.8% | 12.8% | (\$ 31,164.00) | 40.3% | -9.6% | \$ 10,164.00 | -97.4% | 3.1% |
| VISITA DOMICILIARIA ENFERMERA PROFESIONAL URBANO | horas | \$ 1,450.00 | 2.2% | 50.0% | \$ 2,250.00 | -2.9% | 77.6% | \$ 3,700.00 | -35.5% | 127.6% |
| VISITA DOMICILIARIA MEDICO GENERAL URBANO | horas | (\$ 99,916.00) | -149.4% | -15.4% | \$ 44,462.00 | -57.5% | 6.8% | (\$ 55,454.00) | 531.6% | -8.5% |
| COSTO DE LA MANO DE OBRA DEL PERSONAL MÉDICO ASISTENCIAL | | \$ 66,866.49 | 100.0% | 1.4% | (\$ 77,298.49) | 100.0% | -1.6% | (\$ 10,432.00) | 100.0% | -0.2% |

Nota: Las cifras en rojo corresponden a desviaciones negativas.

Fuente: elaboración del autor.

De contar con información, con este nivel de detalle se llegaría a las siguientes conclusiones:

Se usa más terapia física domiciliaria urbana del tipo 1 que lo previsto y, además, se pagó a una tasa más alta de honorarios por servicio: ¿la desviación de eficiencia fue necesaria y, de ser así, quién la autorizó? ¿Por qué se pagó una tasa por terapia mayor a la prevista? ¿Tuvo alguna consecuencia en la efectividad del servicio para lograr la mejora en salud del paciente y, en consecuencia, se puede prever un ahorro en períodos subsiguientes?

En la visita domiciliaria de médico general, hubo un ahorro importante en eficiencia: menos horas de servicio a los pacientes, pero este ahorro fue consumido por una tarifa más alta de la prevista en la nota técnica: ¿ese ahorro fue en realidad una eficiencia en el servicio, o sea que se creó valor, o, por el contrario, fue una ineficiencia que se va a traducir en riesgos de hospitalización o en ingreso a la UCI para algunos de esos pacientes? ¿La mayor tarifa por qué se autorizó y por quién?

Como se ve, son muchos los análisis y explicaciones a los que están obligado los directivos que intervienen en la asignación de horas y terapias a los pacientes y los responsables de autorizar sus tarifas; en ello se centra el control las desviaciones, que es lo que hace posible gestionar la creación de valor.

Al igual que en el caso de materiales, medicamentos e insumos médico-asistenciales, estas variaciones se pueden capturar por el sistema **al momento de la contratación o del suministro**.

VARIACIÓN DE LA MANO DE OBRA DEL PERSONAL MÉDICO-ASISTENCIAL DIRECTA (MOMA):

Las variaciones en mano de obra permiten evaluar y controlar la productividad del personal médico-asistencial y, de igual forma que en los materiales, servicios e insumos, se miden en cantidad y precio y están dadas por:

- **Variación en precio o tasa** = $Hr \text{ mod} \times (Pr \text{ mod} - Ps \text{ mod})$, donde Hr mod, es la cantidad real de horas de mano de obra directa utilizadas en la prestación de servicios; Pr mod es el precio real liquidado de la hora de mano de obra directa del personal médico asistencial y Ps mod es el precio estándar establecido para la mano de obra directa del mismo personal.

Variación en eficiencia o cantidad = $Ps \text{ mod} \times (Hr \text{ mod} - Hs \text{ mod})$, donde Hr mod es la cantidad de horas reales de mano de obra directa utilizadas en el proceso médico-asistencial y Hs mod es el número de horas estándar de mano de obra directa previstas en la nota técnica. El valor de Hr mod resulta de multiplicar la Hr unitaria de mod por la cantidad de pacientes atendidos, mientras que la Hs mod resulta de multiplicar la Hs unitaria prevista en la nota técnica por el número de pacientes atendidos.

VARIACIÓN DE LOS COSTOS INDIRECTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-ASISTENCIALES (CIS):

Los costos indirectos de prestación de servicios están relacionados con todas aquellas erogaciones que no están asociadas en forma directa con la prestación del servicio o que, aunque estén vinculadas al servicio al paciente, no se pueden individualizar hasta ese punto, pero tales que sin ellas no sería posible realizar la atención médica adecuada. Estos costos indirectos son de naturaleza fija (no dependen del número de pacientes atendidos) o variable (dependen del número de atenciones).

En esta clasificación se identifica al personal administrativo encargado de admisiones y coordinación médica, algunos servicios públicos como teléfono, los insumos utilizados

por este personal, más el costo de oportunidad del área ocupada por el equipo humano vinculado de manera directa con la prestación.

La base de aplicación de los CIS es una tasa predeterminada que se diseña de dos maneras: una para los variables y otra para los fijos.

La tasa predeterminada de asignación de costos indirectos de prestación de servicios médico asistenciales variable (TCISMAV) debería recoger todos los variables en realidad relevantes y determinar el mecanismo de asignación, seguramente por servicio o por horas de servicio, según se considere adecuado.

La tasa predeterminada de asignación de costos indirectos de prestación de servicios médico asistenciales fija (TCISMAF) se determina de manera diferente. El primer paso es establecer un presupuesto periódico de los costos indirectos fijos, que se dividen entre el número de servicios previstos, para llegar a un valor por servicio. De esta manera, cada servicio prestado provocará que se asigne de manera automática un valor por este concepto.

Al finalizar el período habrá una desviación si los costos unitarios de los fijos previstos se modifican frente a la previsión y se determina de modo similar a la desviación por precio; el complemento de la desviación no puede ser, como en los casos anteriores, por eficiencia, puesto que la carga fija no se modifica durante el período; es resultado de un cambio en el denominador, cuando el nivel de actividad es mayor o menor que el previsto en la tasa predeterminada.

Para determinar dichas variaciones, el estándar debe tener en cuenta la capacidad de prestación de servicios, entendida como la cantidad de pacientes que se pueden atender con los recursos con que se cuenta. Las variaciones en los costos indirectos de prestación de servicios resultan de restar al CISMA real el determinado en la correspondiente nota técnica.

Primero se determinan las tasas de CISMA aplicables:

- **Tasa predeterminada de CISMA fijo** = total de CISMA fijo estándar dividido entre la producción de servicios estimada según el estándar (base estimada con base en la capacidad de servicio instalada).

Con las tasas predeterminadas de cada concepto de CISMA fijo, se entran a calcular las variaciones, de manera similar a como se propuso para la mano de obra médico-asistencial y para los materiales, servicios e insumos directos.

- **Variación en precio** = total de CISMA real – CISMA presupuestado según el estándar para la producción real de servicios. El CISMA presupuestado según el estándar para la prestación de servicios reales = CISMA fijo presupuestado según el estándar + tasa de CISMA variable multiplicado por la producción real de servicios médico-asistenciales.
- **Variación en eficiencia o en cantidad de CISMA variable** = tasa de CISMA variable x (prestación real de servicios – prestación de servicios según el estándar).
- **Variación en volumen o capacidad** = tasa predeterminada de CISMA fijo x (producción real de servicios – producción estimada según el estándar).

Ejemplo de aplicación:

| CONCEPTO | Unidad | ESTÁNDAR SEGÚN NOTA TÉCNICA | | | COSTO REAL CONTABILIZADO | | |
|---|--------|-----------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|
| | | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
| CISMA | | | | | | | |
| Fijos | | | | | | | |
| Arrendamiento sede | TPxP * | 26.0 | \$ 10,000.00 | \$ 260,000 | 26.00 | \$ 20,000.00 | \$ 520,000 |
| Horas Administrativas del personal medico - asistencial | TPxP * | 26.0 | \$ 20,000.00 | \$ 520,000 | 26.00 | \$ 40,000.00 | \$ 1,040,000 |
| Servicios Públicos | TPxP * | 26.0 | \$ 2,000.00 | \$ 52,000 | 26.00 | \$ 4,000.00 | \$ 104,000 |
| Papelería | TPxP * | 26.0 | \$ 1,000.00 | \$ 26,000 | 26.00 | \$ 2,000.00 | \$ 52,000 |
| CISMA FIJO | | 104.0 | \$ 8,250.00 | \$ 858,000 | 104.0 | \$ 16,500.00 | \$ 1,716,000 |

Fuente: elaboración del autor.

Para facilitar la comprensión del ejercicio, se supone que la capacidad de servicio instalada es de 500 pacientes por mes y que solo se están atendiendo el 50%; por esta razón, al asignar la tasa predeterminada de CISMA fijo por arrendamiento, personal médico-asistencial en trabajo administrativo, servicios públicos y papelería, se asigna la mitad del valor previsto: el costo indirecto de prestación de servicios médico-asistenciales fijos real fue de \$ 1.716.000, equivalente al uso pleno de la capacidad.

Dado que son costos fijos, no se esperaría variación en precio o tasa, pero podría suceder, por lo cual es un elemento que debe controlarse; para fines del ejercicio, se supone que no hay cambios; en consecuencia, la desviación la produce la operación por debajo de la capacidad de servicio instalada, que, a su vez, de manera agregada, cuando se contabilicen todos los contratos, permite estimar la destrucción de valor más significativa en salud: el margen de contribución perdido por operar por debajo de la capacidad.

El resultado del análisis de las desviaciones sería el que se describe en la siguiente tabla:

| CONCEPTO | DESVIACIÓN DEL COSTO | | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------|--------------|----------------------|----------------|---------------|----------------------|----------------|---------------|
| | Eficiencia | Distribución % | % Desviación | Capacidad | Distribución % | % Desviación | Total | Distribución % | % Desviación |
| CISMA | | | | | | | | | |
| Fijos | | | | | | | | | |
| Arrendamiento sede | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | \$ 260,000.00 | 30.3% | 100.0% | \$ 260,000.00 | 30.3% | 100.0% |
| Personal medico - asistencial administrativo en la sede | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | \$ 520,000.00 | 60.6% | 100.0% | \$ 520,000.00 | 60.6% | 100.0% |
| Servicios Publicos | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | \$ 52,000.00 | 6.1% | 100.0% | \$ 52,000.00 | 6.1% | 100.0% |
| Papeleria | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | \$ 26,000.00 | 3.0% | 100.0% | \$ 26,000.00 | 3.0% | 100.0% |
| CISMA FIJO | | | | \$ 858,000.00 | 100.0% | 100.0% | \$ 858,000.00 | 100.0% | 100.0% |

Fuente: elaboración del autor.

Esta categoría del costo, los CISMA fijos, es de la mayor importancia para impulsar la gestión comercial: todas las desviaciones que se producen por operar por debajo de la capacidad de servicio instalada obligan a los responsables de la venta de servicios a gestionar el uso de la infraestructura de servicios prevista para cada sede o caso de análisis.

En la práctica, se controlan las tres desviaciones: de eficiencia, de precio o tasa y de capacidad.

El análisis de la variación en los CISMA variables se controla de manera similar a los costos de medicamentos e insumos médico-asistenciales o de personal; el resultado se aprecia en la siguiente tabla; por comodidad, se incluye el análisis total de la desviación:

| CONCEPTO | Unidad | ESTÁNDAR SEGÚN NOTA TÉCNICA | | | COSTO REAL CONTABILIZADO | | |
|---|------------|-----------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|
| | | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
| Variables | | | | | | | |
| Transporte de personal médico asistencial | x paciente | 26.0 | \$ 25,000.00 | \$ 650,000 | 26.00 | \$ 28,000.00 | \$ 728,000 |
| Logística de medicamentos a pacientes | x paciente | 26.0 | \$ 15,000.00 | \$ 390,000 | 26.00 | \$ 15,000.00 | \$ 390,000 |
| CISMA VARIABLE | | 52.0 | \$ 20,000.00 | \$ 1,040,000 | 52.0 | \$ 21,500.00 | \$ 1,118,000 |
| CISMA TOTAL | | 156.0 | \$ 12,166.67 | \$ 1,898,000 | 156.0 | \$ 18,166.67 | \$ 2,834,000 |
| Costo total al estándar determinado en la nota técnica | | | | \$ 6,719,512 | Costo Total Real | \$ 7,660,795 | |
| <i>Desviación general del costo observada</i> | | | | | | | 14.0% |

Fuente: elaboración del autor.

De nuevo, debe analizarse en detalle la desviación de los CISMA variables, como se ilustra en la siguiente tabla:

| CONCEPTO | Unidad | DESVIACIÓN DEL COSTO | | | | | | | | |
|---|------------|----------------------|----------------|--------------|----------------------|----------------|--------------|----------------------|----------------|--------------|
| | | Eficiencia | Distribución % | % Desviación | Precio o Tasa | Distribución % | % Desviación | Total | Distribución % | % Desviación |
| Variables | | | | | | | | | | |
| Transporte de personal médico asistencial | x paciente | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | \$ 78,000.00 | 9.1% | 12.0% | \$ 78,000.00 | 9.1% | 12.0% |
| Logística de medicamentos a pacientes | x paciente | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% |
| CISMA VARIABLE | | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | \$ 78,000.00 | 9.1% | 7.5% | \$ 78,000.00 | 9.1% | 7.5% |
| CISMA TOTAL | | \$ 0.00 | 0.0% | 0.0% | \$ 936,000.00 | 109.1% | 49.3% | \$ 936,000.00 | 109.1% | 49.3% |

Fuente: elaboración del autor.

Al igual que en los casos anteriores, cada categoría de desviación tiene un responsable único que debe sustentarla y, al mismo tiempo, proponer las medidas necesarias para controlarla.

En esta consecuencia de la aplicación de un modelo de costos como el propuesto, adaptado a la realidad del sector de la salud en Colombia, está todo el fondo del modelo: crear información confiable sobre los resultados de quienes gestionan el costo en una organización. Con ello, cada desviación será objeto de análisis, por medio de diagramas de Pareto, por supuesto, y produce como consecuencia su control, mediante planes de acción específicos y el logro de la competitividad en costos, sin la cual cualquier organización de prestación o aseguramiento en salud en Colombia se destruye a mediano plazo.

Los resultados de estas variaciones se llevan al estado de resultados como análisis de desviaciones del costo de ventas de servicios, valorado según el estándar, y el costo real de la venta de servicios, y, al desagregarlo por variaciones, se identifican responsabilidades claras sobre ellas, de la siguiente manera:

- ✓ La variación en precio de materiales es consecuencia de la logística de materiales e insumos gestionada.

- ✓ La variación en precio de mano de obra de personal médico-asistencial (MOMA) es consecuencia de la gestión humana o de contratación y el uso de en el proceso por el responsable de las operaciones médico-asistenciales.
- ✓ La variación en eficiencia es responsabilidad de las operaciones médico-asistenciales.
- ✓ La variación en volumen o capacidad suele ser responsabilidad del área comercial, por el uso de la capacidad instalada según los pronósticos de venta de servicios y su cumplimiento en el ejercicio.

En la práctica, y siguiendo la técnica descrita, se puede ampliar o simplificar los análisis, según se requiera.

PRIMERA NOVEDAD TÉCNICA: LA DESVIACIÓN DE INGRESOS

Una necesidad evidente para la aplicación de este modelo al sector de la salud es la identificación de las desviaciones en ingresos, que con gran dificultad se observa en algún otro sector de actividad económica. En efecto, por los formalismos vigentes en el sector, resulta frecuente que los ingresos efectivos no correspondan a los esperados. Se propone, en consecuencia, determinar una herramienta que valore esta situación tan frecuente.

Tanto para el asegurador como para el prestador de servicios de salud, el ingreso esperado supone la captación de los derechos causados por la población asegurada o por los servicios contratados. En la práctica, sin embargo, hay valores asociados a servicios prestados o a la UPC por la población asignada al asegurador, que no se alcanzan a formalizar en forma adecuada o no se reconocen desde el inicio, a pesar de que han inducido costos y gastos operativos, por lo que no son reconocidos.

Estas fallas suelen ocurrir por razones administrativas y tienen un impacto importante en la generación y destrucción de valor de la organización.

Se propone, en consecuencia, adaptar la metodología descrita, para valorar estas desviaciones de ingreso, así:

Desviación en precio:

- **Variación en precio o tasa en los ingresos causados**= Q_r servicios o derechos causados \times (P_r o tasa – P_s contrato), donde Q_r servicios es la cantidad real de servicios o derechos causados en el aseguramiento o la prestación de

servicios; Pr o tasa es el precio real liquidado por los servicios o derechos causados y Ps contrato es el precio estándar establecido en los contratos.

Desviación en eficiencia:

- **Variación en eficiencia o cantidad en los ingresos causados** = $Ps \text{ contrato} \times (Qr \text{ servicios o derechos} - Qs \text{ contrato})$, donde Qr servicios o derechos es la cantidad de servicios o derechos causados y Qs contrato es la cantidad de los servicios o derechos estipulados en el contrato.

Por razones obvias, la aplicación del modelo comienza por captar, según el estándar de la nota técnica, el ingreso al momento que capta al paciente asegurado o atendido y, al mismo tiempo, causa todos los costos previstos en la nota técnica con los valores allí establecidos. Si la organización presta el servicio o cubre el riesgo (en aseguramiento o en prestación mediante un porcentaje de la UPC), en ese momento el modelo debe causar ingresos y costos, pero, si por alguna razón el servicio o derecho no se causa, de inmediato se produce la desviación de ingresos y, al mismo tiempo, reportará desviaciones de eficiencia a todo lo largo de los conceptos de costos descritos.

SEGUNDA NOVEDAD TÉCNICA: LOS SERVICIOS EN PROCESO

Otra de las particularidades importantes en el sistema de salud es el de los servicios que no alcanzan a completarse al finalizar el ejercicio: pacientes en altas tempranas que no han culminado su recuperación, enfermos crónicos o de enfermedades de alto costo que a fin de mes no han culminado los tratamientos periódicos a los que son sometidos, etc. En estos casos concurren dos hechos diferentes:

- El asegurador ha registrado la autorización para el otorgamiento de los medicamentos o terapias requeridos por su afiliado; sin embargo, a fin del ejercicio no se han completado o efectuado.
- El prestador tiene registrado costos y gastos asociados a la atención del paciente, pero, al no haber culminado el tratamiento establecido en el paquete de servicios o en el evento médico, solo se puede cobrar al asegurador hasta que se hayan completado los servicios o la entrega de medicamentos.

Esto implica que los costos y gastos del servicio carecen de ingreso asociado, por lo que deben llevarse a una cuenta de servicios en proceso, para evitar la desfiguración del resultado operativo o provocar desviaciones de costo o ingreso que, en realidad, no lo son; estas solo se pueden verificar una vez el servicio médico se complete, como lo establecen el protocolo y la guía de atención para la patología.

Una vez completado el servicio, se emite la factura correspondiente y, en consecuencia, queda determinado el costo de prestación de servicios, con lo cual se acredita la cuenta de servicios en proceso y se lleva a la cuenta de costos de prestación de servicios, con la desagregación que corresponda en cada caso.

De lo expuesto, resulta obvio que los costos y gastos asociados a un servicio que aún no se ha completado para poder transformarse en ingreso causado, debe llevarse a una cuenta del activo; por las limitaciones del plan único de cuentas (PUC) del sector de la salud, resulta necesario hacer adaptaciones y, entre las establecidas en la reglamentación, se propondría que se use la de ingresos por cobrar, otros, como cuenta receptora de los costos y gastos, que una vez completado permiten causar el ingreso. En el PUC de salud aparece así (Superintendencia Nacional de Salud, 2013):

1345 INGRESOS POR COBRAR

134505 DIVIDENDOS O PARTICIPACIONES

134510 INTERESES

134515 COMISIONES

134520 HONORARIOS

134525 SERVICIOS

134530 ARRENDAMIENTOS

134535 CERT POR COBRAR

134595 OTROS

REDISEÑO DEL ESTADO DE RESULTADOS

El estado de resultados, para fines de los estados financieros, se presentará así:

| |
|--|
| ESTADO DE RESULTADOS (\$ 000) AL ___ de ___ de 201__ |
|--|

Ingresos de operación según la nota técnica

menos costos de operación según la nota técnica

- de materiales e insumos médico-asistenciales (MAMID)
- de servicios médico-asistenciales (SEMAD)
- de mano de obra de personal médico-asistencial (MOMA)

- de costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales (CISMA) variables

total: contribución marginal según la nota técnica

menos:

- costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales (CISMA) fijos según la nota técnica

total: utilidad bruta según la nota técnica

más (menos) desviaciones:

de ingresos

- por precio
- por eficiencia

de costos

en materiales, medicamentos e insumos médico-hospitalarios

- por precio
- por eficiencia

en servicios médico-hospitalarios

- por precio o tasa
- por eficiencia

en mano de obra de personal médico-asistencial

- por tasa
- por eficiencia

en costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales variables

- por precio o tasa
- por eficiencia

total de la desviación en ingresos y costos variables

- por precio o tasa
- por eficiencia

total del margen de contribución real

menos:

desviación en costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales fijos

- por gasto
- por eficiencia
- por capacidad o uso

total de la utilidad bruta real

De este punto en adelante se conserva la forma convencional de presentación de un estado de resultados clasificado (gastos operativos, ingresos y gastos no operativos, etc.)

A continuación se propone un ejemplo de aplicación del modelo de presentación sugerido.

Una empresa ha efectuado una inversión con una capacidad de servicio instalada de 1.300 pacientes mensuales y se dedica a la atención de una patología de alto costo, para la cual se cuenta con un protocolo de atención médico-científica, del cual se ha derivado una guía de atención, cuya nota técnica es la que se presenta a continuación:

| NOTA TÉCNICA POR PACIENTE | | | |
|---|--------------|-----------------------|-------------------|
| CONCEPTO | CANT. | VALOR UNITARIO | VALOR |
| COSTOS VARIABLES | | | |
| Materiales e insumos médico asistenciales (MAMID) | 5 | \$ 11,000 | \$ 55,000 |
| Servicios médico asistenciales (SEMAD) | 3 | \$ 15,000 | \$ 45,000 |
| Mano de obra de personal médico asistencial (MOMA) | 4 | \$ 18,000 | \$ 72,000 |
| Costos indirectos de prestación de servicios médico asistenciales variables (CISMA V) | 6 | \$ 6,000 | \$ 36,000 |
| TOTAL COSTOS VARIABLES | | | \$ 208,000 |
| COSTOS FIJOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO ASISTENCIALES | 1 | \$ 29,600 | \$ 29,600 |
| TOTAL COSTOS POR PACIENTE | | | \$ 237,600 |
| Precio con margen de utilidad objetivo para contratación competitiva | | | \$ 297,000 |

** Margen de utilidad objetivo para contratación competitiva 20%*

| PRESUPUESTO DE COSTOS FIJOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO ASISTENCIALES (CISMA F) | | | |
|--|---|---------------|----------------------|
| Arrendamiento | 1 | \$ 10,000,000 | \$ 10,000,000 |
| Servicios | 1 | \$ 8,480,000 | \$ 8,480,000 |
| Personal | 4 | \$ 5,000,000 | \$ 20,000,000 |
| TOTAL | | | \$ 38,480,000 |
| Tasa predeterminada de costos fijos por paciente | | | \$ 29,600.00 |

Fuente: elaboración del autor.

Durante el mes evaluado, se recibió una contratación, acordada con una tarifa por paciente de \$297.000 mensuales.

El resultado del servicio mensual es el siguiente:

- Pacientes asignados en el contrato: 1.300
- Pacientes agendados en la sede: 1.200

- Pacientes atendidos en la sede: 1.100

Esta es una situación habitual en el sistema colombiano de salud, tanto para aseguradores como para prestadores de servicios de salud.

El resultado arrojado por la contabilidad, comparado con lo planeado, es el siguiente:

| ESTADO DE RESULTADOS AL __ DEL MES DE _____ DE 20__ | | | PLANEADO | VAR. VR. | VR. % |
|---|-----------------------|--------------|-----------------------|------------------------|---------------|
| Ingresos | \$ 319,000,000 | 100.0% | \$ 326,700,000 | (\$ 7,700,000) | -2.4% |
| Menos: Costos Variables | \$ 267,795,000 | 83.9% | \$ 228,800,000 | \$ 38,995,000 | 17.0% |
| Materiales e insumos médico asistenciales (MAMID) | \$ 67,760,000 | 21.2% | \$ 60,500,000 | \$ 7,260,000 | 12.0% |
| Servicios médico asistenciales (SEMAD) | \$ 58,905,000 | 18.5% | \$ 49,500,000 | \$ 9,405,000 | 19.0% |
| Mano de obra de personal médico asistencial (MOMA) | \$ 91,080,000 | 28.6% | \$ 79,200,000 | \$ 11,880,000 | 15.0% |
| Costos indirectos de prestación de servicios médico asistenciales variables (CISMA V) | \$ 50,050,000 | 15.7% | \$ 39,600,000 | \$ 10,450,000 | 26.4% |
| Contribución Marginal | \$ 51,205,000 | 16.1% | \$ 97,900,000 | (\$ 46,695,000) | -47.7% |
| Menos: Costos indirectos de prestación de servicios médico asistenciales fijos (CISMA F) | \$ 48,480,000 | 15.2% | \$ 32,560,000 | \$ 15,920,000 | 48.9% |
| Utilidad Bruta | \$ 2,725,000 | 0.9% | \$ 65,340,000 | (\$ 62,615,000) | -95.8% |

Fuente: elaboración del autor.

Con esta información, que es la habitual en estas empresas, se identifica una destrucción de valor en el servicio así:

- En los ingresos \$7'700.000

- En los costos variables \$38'995.000
 - MAMID \$7'260.000
 - SEMAD \$9'405.000
 - MOMA \$11'880.000
 - CISMA V \$10'450.000

- En los costos indirectos fijos \$15'920.000

- **Total de la desviación frente a lo planeado \$62'615.000**

Esta desviación concentrará los esfuerzos de gestión, comenzando por los valores de mayor peso y, dado el rezago que hay entre la ocurrencia de los hechos y la presentación de la información, lo habitual es que se pierda, al menos, otro mes antes de atacar las principales desviaciones.

La dificultad práctica radica en que estas desviaciones son resultado de cambios en la cantidad y los precios o tasa pagados por los costos descritos; *en consecuencia, tienen responsables diferentes*; se ha de sumar, entonces, al tiempo que tarda tomar acciones efectivas, la limitación de hacerlo con información agregada y, lo que es peor, con varios responsables. Si a esto se le agrega la complejidad del manejo de los eventos, se agrava la limitada efectividad de gestionar costos en salud: en la práctica, estos costos se derivan de inventarios de cientos o miles de medicamentos (de marca o genéricos), un gran número de terapias con varios proveedores de las mismas, servicios médicos provistos por una diversidad de personal directo y por contrato, etc.

Conviene mirar de nuevo el resultado, aplicando el modelo propuesto:

| ESTADO DE RESULTADOS AL __ DEL MES DE _____ DE 20__ | | | | |
|---|--------------|-------------------|-----------------------|---------------|
| CONCEPTO | Cantidad | Valor Unitario | Valor | Distr. % |
| Ingresos pacientes agendados a la nota técnica | 1,100 | \$ 297,000 | \$ 326,700,000 | 100.0% |
| Menos Costos Variables | | | \$ 228,800,000 | 70.0% |
| Materiales e insumos médico asistenciales (MAMID) | 5,500 | \$ 11,000 | \$ 60,500,000 | 18.5% |
| Servicios médico asistenciales (SEMAD) | 3,300 | \$ 15,000 | \$ 49,500,000 | 15.2% |
| De mano de obra de personal médico asistencial (MOMA) | 4,400 | \$ 18,000 | \$ 79,200,000 | 24.2% |
| De costos indirectos de prestación de servicios médico asistenciales variables (CISMA V) | 6,600 | \$ 6,000 | \$ 39,600,000 | 12.1% |
| Total: Contribución Marginal a la nota técnica | 1,100 | \$ 89,000 | \$ 97,900,000 | 30.0% |
| Menos: Costos indirectos de prestación de servicios médico asistenciales fijos (CISMA F) | 1,100 | \$ 29,600 | \$ 32,560,000 | 10.0% |
| Total: Utilidad Bruta a la nota técnica | 1,100 | \$ 59,400 | \$ 65,340,000 | 20.00% |
| Menos: Desviaciones en los resultados frente a la nota técnica | | | \$ 46,695,000 | 14.3% |
| EN INGRESOS: aumento (disminución) | | | (\$ 7,700,000) | -2.4% |
| De precio | 1,100 | \$ 290,000 | (\$ 7,700,000) | -2.4% |
| De eficiencia | 1,100 | \$ 297,000 | \$ 0 | 0.0% |
| EN COSTOS: aumento (disminución) | | | \$ 38,995,000 | 11.9% |
| Materiales e insumos médico asistenciales (MAMID) | | | \$ 7,260,000 | 2.2% |
| De precio | 6,050 | \$ 11,200 | \$ 1,210,000 | 0.4% |
| De eficiencia | 6,050 | \$ 11,000 | \$ 6,050,000 | 1.9% |
| Servicios médico asistenciales (SEMAD) | | | \$ 9,405,000 | 2.9% |
| De tasa | 3,850 | \$ 15,300 | \$ 1,155,000 | 0.4% |
| De eficiencia | 3,850 | \$ 15,000 | \$ 8,250,000 | 2.5% |
| De mano de obra de personal médico asistencial (MOMA) | | | \$ 11,880,000 | 3.6% |
| De precio | 4,950 | 18,400 | \$ 1,980,000 | 0.6% |
| De eficiencia | 4,950 | 18,000 | \$ 9,900,000 | 3.0% |
| De costos indirectos de prestación de servicios médico asistenciales variables | | | \$ 10,450,000 | 3.2% |
| De precio | 7,700 | \$ 6,500 | \$ 3,850,000 | 1.2% |
| De eficiencia | 7,700 | \$ 6,000 | \$ 6,600,000 | 2.0% |
| Total: Contribución marginal real | 1,100 | \$ 46,550 | \$ 51,205,000 | 16.1% |
| Menos: Costos indirectos de prestación de servicios médico asistenciales APLICADOS | | | \$ 32,560,000 | 10.0% |
| Menos: Desviación de Costos indirectos de prestación de servicios médico asistenciales fijos | | | \$ 15,920,000 | 4.9% |
| De tasa predeterminada | 1,100 | \$ 37,292.31 | \$ 8,461,538 | 2.6% |
| De eficiencia en CIF fijos | 200 | \$ 29,600 | \$ 1,538,462 | 0.5% |
| De capacidad | 1,300 | \$ 29,600 | \$ 5,920,000 | 1.8% |
| Total: Utilidad Bruta Real | 1,100 | \$ 2,477 | \$ 2,725,000 | 0.9% |

Fuente: elaboración del autor.

Como se puede observar, aunque el resultado final es el mismo, la información aportada es, en esencia, diferente:

1. En la desviación de ingresos:
 - 1.1 ¿Por qué si se firma un contrato para atender 1.300 pacientes, solo se lograron agendar 1.200?
 - 1.2 ¿Por qué si se agendaron 1.200 solo se atendieron 1.100?
 - 1.3 ¿Por qué se cobró una tarifa inferior en \$7.000 a la contractual? ¿Fue resultado de algún tipo de glosas o descuento no especificado?
2. En la desviación de costos variables:
 - 2.1 Materiales e insumos médico asistenciales (MAMID):
 - 2.1.1 ¿Quién autorizó, y por cuál razón, la entrega de 550 unidades adicionales a la establecida en el contrato?
 - 2.1.2 ¿Quién autorizó, y por cuál razón, adquirir estos productos \$200 por encima de lo previsto?
 - 2.2 Servicios médico-asistenciales (SEMAD):
 - 2.2.1 ¿Quién autorizó, y por cuál razón, autorizó 550 servicios adicionales?
 - 2.2.2 ¿Quién autorizó, y por cuál razón, adquirirlos a una tasa \$300 mayor?
 - 2.3 Mano de obra de personal médico-asistencial (MOMA):
 - 2.3.1 ¿Quién autorizó 550 servicios adicionales?
 - 2.3.2 ¿Quién autorizó, y por cuál razón, una tarifa \$400 más alta?
 - 2.4 De costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales variables (CISMA V):
 - 2.4.1 ¿Quién y por qué autorizó 1.100 unidades adicionales?
 - 2.4.2 ¿Quién, y basado en qué, autorizó pagar un precio \$500 superior?
3. En la desviación de costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales fijos (CISMA F):
 - 3.1 ¿Quién y por cuál razón autorizó un aumento de CISMA fijos de \$15.920.000?
 - 3.2 La nota técnica prevé una tasa predeterminada de CISMA fijos de \$29.600 por paciente; cuando se elaboró, ¿se desconocía que la realidad era de \$37.292,31?
 - 3.3 ¿Por qué, si se tiene una capacidad de servicio instalada para 1.300 pacientes, solo se atendieron 1.100? ¿Fue una falla de servicio o existe en la práctica una capacidad de servicio de 200 pacientes adicionales que podrían contratarse con otro cliente?

Como se puede deducir de lo expuesto, hay una diferencia esencial entre gestionar costos en salud con información que no individualiza responsabilidades. En este caso se responsabiliza a múltiples procesos y funcionarios, algunos de soporte y otros

misionales y se obtienen respuestas y planes de acción concretos, que tienden a minimizar las desviaciones destructoras de valor financiero e, incluso, a ajustar las previsiones de las guías de atención y, en consecuencia, de la nota técnica, si se identifican exigencias de pertinencia médica, costo efectivas, que lo ameritan y que permiten, con argumentos, renegociar el equilibrio económico del contrato.

Lo que no se mide no se controla: es una frase que con frecuencia se escucha en las empresas, pero: ¿sin información precisa cómo hacerlo?

En un sector caracterizado por una asimetría negativa entre ingresos y costos medios, por las razones estructurales descritas, es de la mayor importancia contar con una herramienta de medición de costo-efectividad, que permita gestionar y controlar tal asimetría. Según la experiencia y la opinión del autor del presente trabajo, la aplicación de la contabilidad de costos en las empresas del sector de la salud carece, en alto grado, de la capacidad de informar con la precisión y el detalle necesarios para asegurar la sustentabilidad de las organizaciones a largo plazo.

El autor considera, de igual manera, en este caso en especial, que se hace necesario diferenciar palabras que suelen entenderse como sinónimas:

- Sostenibilidad: operar alrededor del punto de equilibrio; la empresa se sostiene pero sin generar el valor financiero necesario para financiar las necesidades de investigación y desarrollo de productos, estudio y adopción de nuevas tecnologías, capacitación y desarrollo de talento humano, infraestructura de servicios, etc.
- Sustentabilidad: operar con flujo de caja libre positivo y en las necesidades de *Capex* (por su expresión en inglés: *Capital Expenditures*, o inversiones en bienes de capital) y *Opex* (por su expresión en inglés: *Operating Expenses*, en inglés: costo necesario para la operación) se incluyen las necesidades de innovación y desarrollo para la competitividad de la organización.

APLICACIÓN EN LA GESTIÓN PARA OPTIMIZAR EL FLUJO DE CAJA LIBRE (FCL)

Como se ha mostró en el ejemplo anterior, la importancia de esta adaptación es que se pueden identificar con claridad los responsables directos de las desviaciones, como se anticipó con brevedad en párrafos anteriores; en ello reside la capacidad del modelo propuesto para optimizar el flujo de caja libre, que, como se sabe, determina la valoración de una organización ante terceros.

El ocultamiento de las ineficiencias por rendimientos o economías de escala negativos²⁴, o por debilidades de calidad en los procesos, impacta en forma negativa tanto los ingresos como los costos y gastos de operación y por esta razón reduce el valor de la organización: impacta en sentido adverso el *ebitda* del negocio, al deteriorar la utilidad operacional; eleva la demanda de capital de trabajo neto operativo, al trasladar dichos sobrecostos al inventario y a las cuentas por pagar a proveedores, con lo cual se reduce el valor del flujo de caja libre, justamente la base para la valoración de una empresa.

Como se sabe, el FCL se determina así:

Ebitda neto de impuestos equivalentes - cambios en el CTNO (capital de trabajo neto operativo) – cambios en CAPEX (inversión en activos no corrientes operativos o en bienes de capital).

Al lograr identificar en tiempo real las desviaciones y sus responsables, la respuesta en gestión es oportuna y permite reducir la destrucción de valor originada en las causas anteriores.

En la práctica, y por rubros del estado de resultados, la optimización del FCL opera de la siguiente manera:

- En ingresos: el superior jerárquico a cargo de los servicios derivados de los contratos suscritos y de los servicios prestados es quien debe cuidar, en equipo con el área de facturación o de causación de ingresos, que *la totalidad de los ingresos causados efectivamente se cobren al contratante o beneficiario.*
- En costos: será de igual manera el superior jerárquico con poder decisorio sobre la forma como la organización causa los costos de operación:

En materiales e insumos médico-hospitalarios se identifican dos responsables:

- Por la variación o desviación de precio es responsabilidad del proceso de logística o compras o suministros; responde por la eficiencia en la compra y suministro de materiales e insumos y justamente de esta eficiencia se derivan los precios que se llevan a la nota técnica o documento equivalente.

²⁴ Originados en niveles de actividad por debajo de la capacidad instalada (etapa I de producción) o por sobreutilización de la capacidad instalada (etapa III de producción) o por sobrecostos en la cadena de abastecimiento a causa operaciones subóptimas.

- La variación o desviación de eficiencia es responsabilidad del superior jerárquico con poder decisorio en la cantidad de materiales, medicamentos e insumos médico-hospitalarios suministrados como consecuencia de la prestación de servicios. Las variaciones negativas deben sustentarse en conceptos de pertinencia y han de estar alineadas con la guía de atención, que, como antes se mencionó, se deriva del protocolo de atención de la patología, con base en el cual se prestan los servicios médico-asistenciales.

En mano de obra del personal médico asistencial, de manera similar se tienen dos responsables:

- Por la variación o desviación de tasa responde el área de contratación o de talento humano. Estas áreas responden por la efectividad en la contratación de personal médico-asistencial y de ella salen las tarifas horarias que se llevan a la nota técnica o documento equivalente.
- La variación o desviación de eficiencia es responsabilidad del superior jerárquico con poder decisorio en la cantidad horas de servicio médico-asistencial aplicado a la prestación de servicios. Suele ser el director médico-científico. Al igual que en el caso anterior, debe sustentarse la pertinencia médica de las variaciones.

En los costos indirectos de prestación de servicios médico-asistenciales (CISMA) se identifican, a diferencia de los casos anteriores, cuatro responsables:

En los CISMA variables hay tres responsables:

- Por la variación o desviación de precio de materiales responde el área de logística o compras o suministros.
- Por la variación o desviación de tasa de mano de obra de personal médico-asistencial responde el área de contratación o talento humano.
- La variación o desviación de eficiencia es responsabilidad del superior jerárquico con poder decisorio en la cantidad de materiales, medicamentos e insumos médico-hospitalarios y de horas de servicio de personal, suministrados como consecuencia de la prestación de servicios.

Por los CISMA fijos responde el área comercial; en efecto, la carga indirecta fija se planea de conformidad con una necesidad de servicio determinada por esta área, que obliga a una inversión en infraestructura y de personal fijo, de tal modo que, si se sobrestima, produce una subvaloración de costos aplicados por el exceso de capacidad

instalada²⁵ o, lo contrario, cuando la utilización excede la capacidad, debe procederse a aumentar la capacidad instalada de servicio.

En el primer caso se tiene una variación o desviación de costos negativa, que, al registrarse en adición al estándar, coincide con los costos reales contabilizados por este concepto. En el segundo se presenta una variación o desviación de costos positiva, que debe registrarse para reducir el monto de los costos aplicados al estándar, con lo cual coincide con lo que se ha contabilizado.

También responde el superior jerárquico que autoriza mayores CISMA fijos a los previstos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Ante la complejidad, inestabilidad y limitaciones del sistema nacional de salud en Colombia, la respuesta de los actores ha provocado una evidente asimetría negativa entre ingresos medios y costos y gastos variables, que se evidencia en una creciente destrucción de valor, con márgenes de contribución y de utilidad cada vez más reducidos.

El gobierno nacional ha encontrado, y con razón, que una opción necesaria es reducir el número de aseguradores, según un nuevo modelo, el de gestores de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), destinado a lograr organizaciones más robustas que puedan gestionar en forma óptima el riesgo y atomizar la carga fija; de igual manera, se deben combinar rendimientos y economías de escala, con el fin de lograr ahorros en costos que permitan avanzar hacia la sostenibilidad financiera del sector.

De modo similar se atacan los fenómenos de corrupción, de inducción de demanda y de sobrecostos, dentro de un marco enfocado hacia el logro de la mejora de la condición de salud de los colombianos.

En las organizaciones de prestación de servicios de salud resulta necesario, para su viabilidad, avanzar hacia la construcción de una red de prestación de servicios que permita compartir y dispersar carga fija entre las empresas vinculadas a ella y lograr rendimientos y economías de escala, como única estrategia de sostenibilidad en medio de presiones asimétricas estructurales.

²⁵ Al sobreestimar la capacidad instalada, la tasa de aplicación resulta insuficiente para cargar los costos indirectos fijos causados; en consecuencia, produce como resultado costos fijos subutilizados.

La realidad impuesta por el modelo de salud colombiano evidencia la necesidad de eficiencias que solo son alcanzables con aumento del tamaño de las operaciones. Por esta razón, se considera inevitable la existencia de una paradoja: la obligación de crecer como estrategia de viabilidad a largo plazo, en medio y a pesar de las limitaciones de rentabilidad del sector de la salud.

En estas condiciones, la única estrategia viable y realista de competitividad se centra en costo-efectividad y, para que ella sea funcional, debe primero identificar las desviaciones de ingresos, costos y gastos con el mayor nivel de desagregación y detalle y después asignar empleados responsables de gestionarlos para minimizar su presencia e impacto.

Una vez logrado lo descrito, habrá planes de acción periódicos a cargo de sus responsables, para reducir o eliminar estas desviaciones, con lo cual se construye valor y se preserva la competitividad en costos de la organización. En otras palabras, se cuenta con un modelo efectivo de gestión de costos y creación de valor financiero.

Dado que no existe ninguna herramienta de gestión de costo-efectividad en salud, y ni siquiera una de costeo que permita controlar las desviaciones en ingresos, o como ya se mencionó, para el manejo de los “servicios de salud en proceso”, para comenzar resulta necesario crearla.

Por el volumen de transacciones involucradas, se requiere una solución de sistemas con las características y la orientación descritas, con la mayor celeridad posible.

Identificar un modelo aplicable y efectuar los ajustes necesarios a los procesos involucrados implica tiempo y dedicación. Mientras más pronto se inicie el proceso, con mayor rapidez se obtendrán sus resultados.

Seguir dilatando esta decisión implica continuar asumiendo un riesgo estratégico de la mayor importancia, con consecuencias de destrucción de valor que comprometen la sustentabilidad de las organizaciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud en Colombia.

REFERENCIAS

Arcila Rodríguez, L. (2003). *Costos hospitalarios y grupos relacionados de diagnóstico*.

Medellín: Hospital San Vicente de Paúl.

Cuevas Villegas, C. F. (1995). *Análisis de costos. Planeación y control*. Cali: Universidad ICESI.

Cuevas Villegas, C. F. (1997). *Análisis de costos. Planeación y control. Manual del estudiante*. Cali: Universidad ICESI.

Cuevas Villegas, C. F. (2001) *Contabilidad de costos. Enfoque gerencial y de gestión*, 2ª ed. Bogotá: Prentice-Hall.

De Niro, L. (1984). Análisis de costo efectividad en la determinación de una mezcla institucional apropiada. En ... (ed.). *Primer Taller Internacional en Economía de Salud*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, pp. 118-127.

Escobar, M. L., Giedion, U., Giuffrida, A., y Glassman, A. (2010). *Colombia: After a Decade of Health System Reform*. Consultado el 27 de septiembre de 2011, de: http://www.brookings.edu/~media/Files/Press/Books/2010/fromfewtomany/fromfewtomany_chapter.pdf

Garber, A. y Phelps, C. (1997). Economic Foundations of Cost Effectiveness Analysis. *Journal of Health Economics*, 16, 1-31.

Gómez Bravo, Ó. (2005). *Contabilidad de costos*, 5ª ed. Bogotá: McGraw-Hill.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2007). *Metodología de la investigación*, 4ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana.

Hirshleifer, *et al* (1994). *Microeconomía, Teoría y Aplicaciones*, 5ª. ed. México: Prentice Hall Hispanoamericana S.A.

International Accounting Standards Committee, IASC. Normas internacionales de información financiera, NIIF 13.

Kaplan, R. y Norton, D. (2008). *The Execution Premium*. Bogotá: Planeta.

Mooney, G. (1994). *Key Issues in Health Economics*. Great Britain: Harvester Wheatsheaf.

Patiño Restrepo, J. F. (2014, febrero). Un sistema de salud regresivo, inviable y que corrompe. *UN Periódico*, 174.

Porter, M. (2007). *Ventaja competitiva – Creación y sostenimiento de un desempeño superior*, 2ª ed.). México: Patria.

República de Colombia, Corte Constitucional (2008). Sentencia T-760. Bogotá: Corte Constitucional.

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (2013a, 27 de diciembre). Resolución 5521, por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (2013b, 27 de diciembre). Resolución 5522, por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación- UPC- del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (2013c). Estudio de suficiencia de la UPC. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Proyecto de reforma a la salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

República de Colombia, Superintendencia Nacional de Salud (2009, 23 de octubre).

Resolución número 001474 de 2009, por la cual se emite el nuevo plan único de cuentas para las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza privada y empresas que prestan servicios de transporte especial de pacientes. Bogotá: Superintendencia Nacional de Salud.

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud (2013)

Salazar, N. (2011). *Gestión estratégica de la demanda*. Bogotá: Cesa.

Santamaría, M., García, F., Prada, C., Uribe, M., y Vásquez, T. *El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de reforma*. Recuperado el 27 de septiembre de 2011, de: [http://www.nip-lac.org/uploads/Health Reform in Colombia 1.pdf](http://www.nip-lac.org/uploads/Health_Reform_in_Colombia_1.pdf)

Universidad Nacional del Rosario, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas (2005). Comparación de los sistemas de salud en Argentina. Consultado el 15 de noviembre de 2013, de: [http://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/2794/mod_resource/content/0/5 Comparacion de los sistemas de salud de Argentina protegido .pdf](http://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/2794/mod_resource/content/0/5_Comparacion_de_los_sistemas_de_salud_de_Argentina_protegido_.pdf)

Uribe Marín, R. (2011). *Costos para la toma de decisiones*. Bogotá: McGraw-Hill.

ANEXO

PROCESO DE CONTABILIZACIÓN DE COSTOS Y VARIACIONES SEGÚN EL PUC Y EL PUCH

El PUC vigente es el establecido en la resolución 1474 del 23 de octubre de 2009 (Superintendencia Nacional de Salud, 2009) y tiene definidas las siguientes cuentas para la contabilización del costo:

6 COSTOS

61 COSTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

6105 UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS

- 610501 MATERIALES Y SUMINISTROS A PACIENTES
- 610505 DE PERSONAL
- 610510 HONORARIOS
- 610515 IMPUESTOS, TASAS Y GRAVÁMENES
- 610520 ARRENDAMIENTOS
- 610525 CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES
- 610530 SEGUROS
- 610535 SERVICIOS
- 610540 LEGALES
- 610545 MANTENIMIENTO, REPARACIONES Y ACCESORIOS
- 610550 ADECUACIÓN E INSTALACIÓN EN PROPIEDADES AJENAS
- 610555 COSTOS DE VIAJE
- 610560 DEPRECIACIONES
- 610565 AMORTIZACIONES
- 610570 DIVERSOS
- 610575 PROVISIONES

6110 UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA

- 611001 MATERIALES Y SUMINISTROS A PACIENTES
- 611005 DE PERSONAL
- 611010 HONORARIOS
- 611015 IMPUESTOS, TASAS Y GRAVÁMENES
- 611020 ARRENDAMIENTOS
- 611025 CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES
- 611030 SEGUROS

611035 SERVICIOS
611040 LEGALES
611045 MANTENIMIENTO, REPARACIONES Y ACCESORIOS
611050 ADECUACIÓN E INSTALACION EN PROPIEDADES AJENAS
611055 COSTOS DE VIAJE
611060 DEPRECIACIONES
611065 AMORTIZACIONES
611070 DIVERSOS
611075 PROVISIONES

6115 UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN E INTERNACIÓN

611501 MATERIALES Y SUMINISTROS A PACIENTES
611505 DE PERSONAL
611510 HONORARIOS
611515 IMPUESTOS, TASAS Y GRAVÁMENES
611520 ARRENDAMIENTOS
611525 CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES
611530 SEGUROS
611535 SERVICIOS
611540 LEGALES
611545 MANTENIMIENTO, REPARACIONES Y ACCESORIOS
611550 ADECUACIÓN E INSTALACIÓN EN PROPIEDADES AJENAS
611555 COSTOS DE VIAJE
611560 DEPRECIACIONES
611565 AMORTIZACIONES
611570 DIVERSOS
611575 PROVISIONES

6120 UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRÓFANOS Y SALAS

612001 MATERIALES Y SUMINISTROS A PACIENTES
612005 DE PERSONAL
612010 HONORARIOS
612015 IMPUESTOS, TASAS Y GRAVÁMENES
612020 ARRENDAMIENTOS
612025 CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES
612030 SEGUROS
612035 SERVICIOS
612040 LEGALES
612045 MANTENIMIENTO, REPARACIONES Y ACCESORIOS
612050 ADECUACIÓN E INSTALACIÓN EN PROPIEDADES AJENAS
612055 COSTOS DE VIAJE

612060 DEPRECIACIONES
612065 AMORTIZACIONES
612070 DIVERSOS
612075 PRROVISIONES

6125 UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNÓSTICO

612501 MATERIALES Y SUMINISTROS A PACIENTES
612505 DE PERSONAL
612510 HONORARIOS
612515 IMPUESTOS, TASAS Y GRAVÁMENES
612520 ARRENDAMIENTOS
612525 CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES
612530 SEGUROS
612535 SERVICIOS
612540 LEGALES
612545 MANTENIMIENTO, REPARACIONES Y ACCESORIOS
612550 ADECUACIÓN E INSTALACIÓN EN PROPIEDADES AJENAS
612555 COSTOS DE VIAJE
612560 DEPRECIACIONES
612565 AMORTIZACIONES
612570 DIVERSOS
612575 PROVISIONES

6130 UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPÉUTICO

613001 MATERIALES Y SUMINISTROS A PACIENTES
613005 DE PERSONAL
613010 HONORARIOS
613015 IMPUESTOS, TASAS Y GRAVÁMENES
613020 ARRENDAMIENTOS
613025 CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES
613030 SEGUROS
613035 SERVICIOS
613040 LEGALES
613045 MANTENIMIENTO, REPARACIONES Y ACCESORIOS
613050 ADECUACIÓN E INSTALACIÓN EN PROPIEDADES AJENAS
613055 COSTOS DE VIAJE
613060 DEPRECIACIONES
613065 AMORTIZACIONES
613070 DIVERSOS
613075 PROVISIONES

6135 UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO

613501 A 613599

6170 OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD

617001 MATERIALES Y SUMINISTROS

617005 DE PERSONAL

617010 HONORARIOS

617015 IMPUESTOS, TASAS Y GRAVÁMENES

617020 ARRENDAMIENTOS

617025 CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES

617030 SEGUROS

617035 SERVICIOS

617040 LEGALES

617045 MANTENIMIENTO, REPARACIONES Y ACCESORIOS

617050 ADECUACIÓN E INSTALACIÓN EN PROPIEDADES AJENAS

617055 COSTOS DE VIAJE

617060 DEPRECIACIONES

617065 AMORTIZACIONES

617070 DIVERSOS

617075 PROVISIONES

6225 DEVOLUCIONES EN COMPRAS (CR)

622501 a 622599

Para aseguradores, el manejo de las desviaciones del costo en los servicios provocados por los siniestros derivados del derecho de los pacientes asumidos en la UPC se llevarían en las siguientes cuentas:

6 COSTOS

61 COSTO DE VENTAS Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

6165 ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

616535 Contratos de capitación

61653501 Régimen contributivo

6165350101 Con red propia

6165350102 Con otras redes

61653502 Régimen subsidiado

6165350201 Con red propia

6165350202 Con otras redes

6165350203 Con empresas sociales del estado (ESE)

616540 Contratos por evento

- 61654001 Régimen contributivo
 - 6165400101 Con red propia
 - 6165400102 Con otras redes
- 61654002 Régimen subsidiado
 - 6165400201 Con red propia
 - 6165400202 Con otras redes
 - 6165400203 Con empresas sociales del estado (ESE)

De manera adicional, podrían en forma alternativa o complementaria utilizarse las siguientes cuentas:

616565 Seguridad social en salud

- 61656501 Régimen contributivo
 - 6165650101 Autorizaciones de servicios
 - 6165650103 Servicios cobrados
 - 6165650105 Eventos ocurridos no avisados
 - 6165650107 Otras reservas
- 616575 Enfermedades catastróficas y enfermedades de alto costo
 - 61657501 Régimen contributivo
 - 61657502 Régimen subsidiado
- 616585 Costos de prestación de servicios adicionales de salud
 - 61658503 Planes adicionales de salud (PAS)
- 616587 Costos de prestación de servicios de ambulancia por demanda
 - 61658705 Servicio de ambulancia por demanda
- 616590 Provisión de servicios autorizados y no cobrados
 - 61659001 Régimen contributivo
 - 61659002 Régimen subsidiado
 - 61659003 Planes adicionales de salud (PAS)

Como se puede observar, no existe la desagregación necesaria para el manejo del costo entre el valor previsto en la nota técnica y la desviación; en consecuencia, en el sitio previsto en el PUC debe aparecer la cifra del costo total según los soportes internos.

Cada una de estas cuentas, sin embargo, puede desagregarse en subcuentas, una de las cuales corresponderá al costo normalizado (estándar) según la nota técnica y otra serán las desviaciones, como se ha explicado.

La contrapartida de esta cuenta será el mayor valor del pasivo, si se causa mediante deuda, o el menor valor del activo, si se paga de contado con el efectivo disponible.