

**PROPUESTA DE DISEÑO SISTEMA DE COSTOS PARA LA I.P.S. LA
NACIONAL DE LA CIUDAD DE CALI**

**HAROL HERNEY PERAFAN VELASCO
HEDER HERNANDEZ CARABALI**



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA ACADEMICO DE CONTADURÍA PÚBLICA
CALI - VALLE**

2024

**PROPUESTA DE DISEÑO SISTEMA DE COSTOS PARA LA I.P.S. LA
NACIONAL DE LA CIUDAD DE CALI**

HAROL HERNEY PERAFAN VELASCO

HEDER HERNANDEZ CARABALI

Trabajo de grado para optar al título de Contador Público

DIRECTOR:

CARLOS AUGUSTO RINCÓN SOTO

Doctor en Administración - Magister en Contabilidad - Contador Público



UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

PROGRAMA ACADEMICO DE CONTADURÍA PÚBLICA

CALI - VALLE

2024

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis primeramente a Dios, cuya inspiración ha sido vital para concluir este importante trabajo académico, y expresamos nuestro profundo agradecimiento a nuestros padres por su amor, educación, apoyo y sabios consejos a lo largo de nuestro camino. También queremos reconocer a nuestros compañeros de estudio, maestros y amigos, cuya ayuda, colaboración y ánimo fueron fundamentales para llegar hasta aquí. Este trabajo es el resultado del esfuerzo conjunto de un equipo unido y comprometido, y cada palabra escrita lleva la huella de sus contribuciones y apoyo incondicional. Por ello, dedicamos con profundo amor y reconocimiento a todos aquellos que han sido parte importante de nuestro viaje.

AGRADECIMIENTOS

Cada paso que damos en este camino tiene un motivo especial, y el nuestro, sin duda, son nuestras familias. Deseamos manifestar nuestra inmensa gratitud hacia a nuestro excepcional asesor, Carlos Augusto Rincón Soto. Su dedicación, paciencia y orientación constante fueron la luz que iluminó nuestro camino en este desafiante proceso. Gracias por ser nuestra guía, por mostrarnos la mejor forma de alcanzar nuestros objetivos y por nunca permitirnos rendirnos. También queremos agradecer a Dios, quien ha sido nuestra compañía constante y nuestra fuente de fortaleza en cada momento. A nuestros padres, hermanos y parejas, les debemos un reconocimiento especial por formar parte activa de este arduo proceso y por brindarnos su incondicional apoyo a lo largo de cada etapa. Que Dios continúe bendiciéndoles por su amor y apoyo constante e inquebrantable. En este camino hacia el éxito, cada uno de ustedes ha sido una pieza invaluable durante nuestra travesía. Sus palabras alentadoras, expresiones de apoyo y amor incondicional han sido nuestro motor para seguir adelante. Desde lo más profundo de nuestros corazones, les agradecemos por ser nuestra inspiración y por estar siempre a nuestro lado.

CONTENIDO

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.3. FORMULACIÓN DE PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	18
1.4. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	18
2. OBJETIVOS.....	20
2.1. GENERAL.....	20
2.2. ESPECÍFICOS.....	20
3. JUSTIFICACIÓN.....	21
4. MARCO REFERENCIAL.....	22
4.1. REFERENCIA.....	22
4.2. MARCO CONCEPTUAL	23
4.3. METODOLOGIA	25
5. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE COSTOS.....	27
5.1 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA	27
5.2 HISTORIA	28
5.3 ACTUALIDAD	29
6. IDENTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE COSTOS BASADO EN ESTUDIOS DE CASOS EN EL SECTOR SALUD	42
7. IDENTIFICACIÓN DEL MARCO NORMATIVO	57
7.1 SELECCIÓN DEL MODELO DE COSTEO.....	63
8. ESTRUCTURACIÓN DE UN SISTEMA DE COSTOS PARA LA IPS LA	

NACIONAL.....	64
8.1 DETERMINACIÓN DE UNIDADES FUNCIONALES	64
8.2 CLASIFICACIÓN DE LA UNIDADES FUNCIONALES	65
8.3 ESTANDARIZACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTOS	65
8.4 REORGANIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LOS CENTROS DE COSTOS	67
8.5 ESTRUCTURA DE LA ASIGNACIÓN BASE DE COSTOS	69
9. DISEÑO DE COSTEO POR PROTOCOLOS	72
9.1 IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS UTILIZADOS	74
9.2 ESTABLECIMIENTO DE ESTÁNDARES DE CONSUMO EN TIEMPO	75
9.3 DETERMINACIÓN DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS.....	76
9.4 COSTEO DE MANO DE OBRA CIRUGIA	77
9.5 COSTO DE MANO DE OBRA HONORARIOS MEDICOS	78
10 DISEÑO DE COSTEO ABC.....	79
10.1 ASIGNACIÓN DE COSTOS.....	81
10.2 COSTO FINAL DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (FICHA DE COSTOS)	90
11. CONCLUSIONES	93
12. BIBLIOGRAFÍA	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Centro costos Asistenciales	34
Tabla 2 Centro costos administrativos	35
Tabla 3 Ficha de costos	39
Tabla 4 Matriz DOFA	41
Tabla 5 Unidades funcionales	59
Tabla 6 Resolución 1474 de 2009.....	65
Tabla 7 Estructura de procesos y áreas de gestión y participación de ingresos	67
Tabla 8 Estructura CeCos misional	68
Tabla 9 Estructura CeCos apoyo a lo misional.....	68
Tabla 10 Estructura CeCos administrativos	69
Tabla 11 Tipo de asignación y criterios de distribución base para los conceptos del costo.	71
Tabla 12 CUPS - Clasificación Única de Procedimientos en Salud	72
Tabla 13 Insumos y medicamentos por CUPS	75
Tabla 14 Base de tiempos quirúrgicos	76
Tabla 15 Canasta básica	77
Tabla 16 Nómina.....	78
Tabla 17 Honorarios médicos	79
Tabla 18 Plantilla de distribución primer prorratio	84
Tabla 19 Distribución segundo prorratio de gastos	85
Tabla 20 Distribución segundo prorratio de costos	86
Tabla 21 Distribución de Mano de obra indirecta	88
Tabla 22 Distribución de costos y gastos relacionados	89
Tabla 23 Distribución de gastos administrativos.....	89
Tabla 24 Ficha de costos actual.....	91

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Mapa de procesos	29
Ilustración 2 Organigrama organizacional	32
Ilustración 3 Estadísticas de CUPS.....	74
Ilustración 4 Estructura del sistema de costos	82
Ilustración 5 Propuesta de asignación IPS LA NACIONAL.....	83

RESUMEN

El proyecto propone diseñar un sistema de costos para la IPS La Nacional en Cali, con enfoque en el área de cirugía. Esta investigación parte de un diagnóstico que revela la deficiencia del sistema actual, basado en hojas de cálculo Excel, lo que impide la precisión en la gestión financiera y limita la capacidad de negociación con las EPS. Para resolver estos problemas, los autores plantean la implementación de un sistema de costeo híbrido basado en costeo por protocolos y costeo por actividades (ABC), con el fin de estandarizar los centros de costos, identificar recursos utilizados, establecer estándares de consumo y mejorar la toma de decisiones. El trabajo incluye un análisis del marco normativo, que obliga a las instituciones de salud a implementar sistemas de costos más eficientes. Además, se destaca la necesidad de una estructuración adecuada de centros de costos y clasificación de unidades funcionales. El estudio concluye que la implementación de un sistema robusto no solo facilita la negociación con las EPS, sino que también contribuye a la sostenibilidad financiera de la IPS y a una prestación de servicios de mayor calidad.

Palabras claves: IPS (Institución Prestadora de Salud), costeo basado en actividades (ABC), centros de costos, costos, EPS (Entidad Promotora de Salud), protocolo, ficha de costos, unidad funcional, CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud).

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de práctica como opción de grado, es un estudio de caso que propone una metodología para adaptar un sistema de costos que permita mejorar la toma de decisiones financieras en el sector de la salud, específicamente en la IPS LA NACIONAL ubicada en el contexto colombiano. Que responda a las transformaciones en las políticas de salud y la competencia entre el sector público y privado. La propuesta incluye ajustes en la contabilidad y distribución de costos en actividades productivas.

Estudiar los costos en el sector de la salud en Colombia es crucial, pues este sector proporciona un servicio vinculado al derecho fundamental a la vida, y administrar con información de gestión y costos permitirá mejorar la prestación de los servicios. Por ende, resulta fundamental la implementación de una normativa específica para la gestión de los datos de costos, lo cual facilitará un control más efectivo de los recursos en las instituciones que ofrecen este servicio. Es necesario otorgar mayor valor a los costos en hospitales y clínicas, dado que, como instrumento de gestión, administración y contabilidad, pueden generar numerosos beneficios en el desarrollo de las actividades.

El trabajo se desarrolló en una clínica IPS, de aquí en adelante IPS LA NACIONAL, el nombre es ficticio dado que la entidad sugirió no utilizar el nombre para la respectiva publicación del trabajo de grado. Esta organización ha pasado por situaciones sin resolver, debido a carencia de información detallada sobre los costos, pues en la actualidad su sistema contable es deficiente lo que no permite que tenga datos concretos acerca de las causaciones y erogaciones en que se incurren en el desarrollo de los procedimientos para la prestación del servicio.

El sistema de costo utilizado actualmente por la empresa se lleva en archivos y hojas en Excel dificultando así el control de versiones, la plantilla nunca está finalizada, siempre se tiene que cambiar y actualizar continuamente, además que se cuenta con muchos documentos bloqueados y no hay formas de solucionarlo y además en Excel no hay una forma automática de decir cuántas

o qué celdas tienen enlaces, y cuántos de ellos se encuentran rotos por el cambio de nombre y ubicación de los archivos de origen.

Este trabajo pretende establecer una metodología de costeo basado en los procedimientos realizados en la unidad funcional de cirugía de la institución prestadora de salud (IPS) LA NACIONAL privada de la ciudad de Cali. En la actualidad, es claro que los costos en salud han ganado importancia debido a los modelos de contratación con las EPS. Sin embargo, se evidencia un desconocimiento y falta de iniciativa por parte de los directores de entidades de salud, tanto públicas como privadas, respecto a los beneficios que estas herramientas pueden aportar a su gestión. No obstante, la disminución de precios de los servicios ha llevado a que directores inviertan en información que les permita tomar mejores decisiones al momento de negociar con las EPS.

Se desarrolla una propuesta de diseño de un sistema de costos para la IPS LA NACIONAL de Cali, Colombia. El estudio se estructura en varios capítulos, comenzando con el problema de investigación, donde se identifican las principales deficiencias en la gestión de costos dentro de las instituciones de salud. Luego, se establecen los objetivos generales y específicos del trabajo, seguidos de una justificación que resalta la importancia de un sistema de costos eficiente para mejorar la toma de decisiones.

El marco referencial proporciona el contexto teórico y conceptual necesario, mientras que el diagnóstico de la situación actual de los sistemas de costos en la IPS ofrece un análisis detallado de las prácticas vigentes y sus limitaciones. A continuación, se exploran casos en el sector salud que ayudan a identificar un sistema de costos adecuado y el marco normativo que regula este ámbito.

El trabajo de grado continúa con la estructuración del sistema de costos propuesto, abordando aspectos como la organización de unidades funcionales y la estandarización de centros de costos. Se presenta un diseño de costeo por protocolos para la cirugía y otros procedimientos, seguido por el diseño de un sistema de costeo ABC, que ofrece una metodología más precisa y

adaptable.

Finalmente, el trabajo concluye con un resumen de los hallazgos principales y las conclusiones sobre la viabilidad y beneficios del sistema propuesto para la IPS LA NACIONAL.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El problema de investigación en la gestión de costos en instituciones de salud es crucial debido a su impacto en la toma de decisiones financieras y operativas. Las IPS enfrentan desafíos para asignar eficientemente recursos y evaluar la rentabilidad de los servicios debido a la falta de sistemas de costos adecuados y la variabilidad en los modelos utilizados. Esto puede generar incertidumbre y dificultar la adaptación a las exigencias del mercado. Por lo tanto, es fundamental implementar sistemas de costos eficaces que proporcionen información precisa y oportuna para apoyar la gestión financiera y operativa de las instituciones de salud. A continuación, revisaremos algunos antecedentes.

El trabajo de grado realizado por (Gomez Filigrana & Mulato Gomez, 2015) es una propuesta metodológica para adaptar un sistema de costos ABC en la IPS, de primer nivel de complejidad, Quilisalud ESE. Como objetivo se buscaba adaptar un sistema de costos basado en actividades para una IPS de primer nivel Muken las áreas de servicios ambulatorios, promoción y prevención y odontología en Quilisalud ESE Sede Centro, Santander de Quilichao. La metodología usada fue un caso de estudio que se desarrolló con base en la información proporcionada por la entidad, donde se pretende aplicar una metodología de costos ABC en Quilisalud ESE y el marco teórico fue basado en la revisión de la literatura de la historia de costos. El resultado y conclusiones arrojados fue que el modelo de costos basado en actividades es acertado para Quilisalud E.S.E., a diferencia de sistemas tradicionales de costos ya que permiten definir con un alto nivel de confianza los costos incurridos y los gastos generados en el proceso. Así mismo, permite saber con mayor exactitud el rendimiento operacional del servicio. El trabajo de Gómez Filigrana & Mulato Gómez (2015) aporta al presente estudio una base metodológica sólida para aplicar el sistema de costos ABC en instituciones de salud. Sus resultados destacan la precisión en la determinación de costos y el rendimiento operacional, aspectos clave para el análisis financiero en esta investigación.

En el trabajo de grado “Estructuración de un modelo de costos aplicado a la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán” de (Sánchez Ribero, 2010) se retoma la importación de los modelos de costos y la información veraz para la toma de decisiones financieras en el sector de la salud. El objetivo general de esta investigación fue la estructuración, diseño y puesta en marcha de un sistema de costos que aporte información veraz y oportuna a los responsables del rumbo financiero del ESE Hospital Regional Manuela Beltrán de Bucaramanga.

El trabajo contiene los lineamientos necesarios para el establecimiento de un modelo contable para el cálculo de los costos de la ESE, integrando las áreas productivas y administrativas. Para el desarrollo de la investigación se consideró la entidad hospitalaria regional Manuela Beltrán de Bucaramanga organizada en áreas de servicios médicos respondiendo a un criterio funcional y misional, esta división del trabajo en departamentos permitió clasificar las áreas de acuerdo con las funciones necesarias para su operación y orientó el proceso de definir las diferentes unidades funcionales y los centros de costos que agrupen tanto a los servicios de Atención Médica como aquellos que apoyan dicho proceso. (Sánchez Ribero, 2010)

Se concluyó que la estructuración de un sistema de costeo es un proceso largo y debe contar con el compromiso por parte de la empresa, el cual se debe ejecutar sobre un programa informático de notable rendimiento y funcionamiento, para que, una vez que se ejecute el sistema de costeo, la empresa cuente con un sistema de información robusto y detallado que otorgue las claves para la toma de decisiones. El trabajo de Sánchez Ribero (2010) aporta al presente estudio una guía para estructurar un sistema de costos que integre áreas productivas y administrativas, ofreciendo información financiera veraz para la toma de decisiones. Este antecedente refuerza la importancia de un sistema contable sólido, aplicable al análisis de costos en la clínica objeto de esta investigación.

En el documento llamado “Caracterización de los sistemas de costos de los hospitales de nivel II del departamento de Caldas. Estudio de casos de los hospitales San Marcos de Chinchiná, San Félix de la Dorada y Felipe Suárez de Salamina” de (Ramírez Jaramillo, 2016) se establece

como propósito central de la indagación analizar los sistemas de costos utilizados por las entidades prestadoras de servicios de salud en Colombia, tanto públicas como privadas, para efecto del cálculo de los costos y adicional a ello y verificar el uso de la información para la toma de decisiones. La investigación examinó la normativa relacionada con los costos y revisó diversas metodologías de costeo aplicables en el sector. Se destaca cómo estas metodologías, cuando se combinan con una cultura de gestión efectiva, pueden ayudar a las entidades proveedoras de servicios de salud a superar los desafíos actuales y mejorar la calidad de la información generada.

La investigación ofrece en sus conclusiones y recomendaciones importantes hallazgos sobre las severas dificultades en la calidad de la información contable y de costos que se preparan. (Espitia, 2020) ejemplifica lo siguiente: Las entidades, aunque aparentemente cumplen con el procesamiento de la información contable y el reporte de esta, no hacen un uso adecuado dado lo complejo del registro en la contabilidad y de los niveles de detalle exigidos, por lo tanto, la información generada desde la contabilidad no es confiable y no es una herramienta válida para que las entidades de regulación puedan hacer análisis sectoriales. El estudio determinó que existe poca claridad sobre el tema de los costos, incluso entre contadores y encargados de manejar los sistemas de costos en las entidades que incluyó el estudio. El trabajo de Ramírez Jaramillo (2016) aporta al presente estudio un análisis crítico de los sistemas de costos en hospitales, destacando las dificultades en la calidad de la información contable y su impacto en la toma de decisiones. Este antecedente refuerza la importancia de implementar metodologías de costeo claras y confiables en la clínica objeto de estudio para mejorar la gestión financiera.

En el trabajo de grado realizado sobre la “Implementación del sistema de costos en la empresa social del estado hospital San Juan de Dios del municipio de Támesis – Antioquia” (Giraldo Vásquez, 2013) se establece como objetivo desarrollar el sistema de costos en la empresa social de estado anteriormente mencionada. La metodología empleada fue un caso de estudio que se

desarrolló con base a la acumulación, reflexión, división y utilización de la información contable y administrativa del Hospital. Debido a la situación de carencia señalada por el estudio de costos en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del Municipio de Támesis Antioquia, se infiere que la utilización de un sistema de costos asegura la evolución comercial del centro hospitalario, y se considera viable e imprescindible. Es necesario disponer de los recursos técnicos, logísticos, operativos y tecnológicos que facilitan la implementación, además es crucial resaltar que una adecuada estructuración de los costos constituye el pilar fundamental para el diseño de procedimientos y sistemas contables. El trabajo de Giraldo Vásquez (2013) aporta al presente estudio una visión sobre la importancia de implementar un sistema de costos en hospitales para asegurar su viabilidad comercial. Este antecedente destaca la necesidad de contar con recursos técnicos y una adecuada estructuración de costos, elementos clave para fortalecer el análisis financiero en la clínica objeto de investigación.

Dentro del trabajo de grado “Modelo de Costos para la Unidad Funcional de Cirugía Especialidad de Ginecología y Obstetricia Institución Prestadora de Salud (IPS) Pública de Palmira (V)” de (Ortiz Solarte, 2021) se fijó como meta, desarrollar un modelo de costos adecuados para la unidad de negocio de Cirugía, especialidad de Ginecología y Obstetricia, aplicable a la IPS Palmira (V). Se aplica una metodología con enfoque de tipo mixto (cualitativo y cuantitativo). En primer lugar, se realizó el diagnóstico al proceso de cirugía, especialidad de Ginecología, en donde fue necesario la descripción de las actividades que se realizan (cualitativo), con el objetivo de determinar los costos directos (personal asistencial, capacidad instalada, equipos biomédicos); y la identificación del objeto de costo (cuantitativo), mediante la determinación de las actividades Pareto, la cual consiste en establecer aquellos procedimientos que representan el 80% del ingresos por la prestación de servicios en el área de Cirugía. El resultado y conclusiones arrojados fue que la propuesta de un sistema de información de costos para la UFC de la IPS Palmira, se compone de un modelo de costos híbrido (costeo Directo en las unidades asistenciales y Costeo ABC en los apoyos operativos y administrativos), buscando generar una

herramienta para la gestión estratégica de costos en la IPS y lograr las metas de crecimiento, rentabilidad y generación de valor, logrando de esta manera ventaja competitiva en un mercado con tarifas definidas y reguladas. El trabajo de Ortiz Solarte (2021) aporta al presente estudio un enfoque práctico para desarrollar un modelo de costos híbrido, aplicable a servicios de salud. Este antecedente refuerza la importancia de combinar metodologías de costeo directo y ABC para mejorar la gestión estratégica de costos en la clínica objeto de análisis, ayudando a alcanzar metas de rentabilidad y competitividad.

Los trabajos de grado y artículos analizan la importancia de implementar sistemas de costos adecuados en instituciones de salud para mejorar la gestión financiera y operativa. Se identifican problemas como la falta de claridad en los modelos de costos utilizados, la calidad variable de la información contable y la necesidad de recursos técnicos adecuados. A pesar de estos desafíos, la implementación exitosa de sistemas de costos eficaces puede contribuir significativamente a la adaptación de las instituciones de salud a las demandas del mercado, mejorar la calidad de la atención médica y alcanzar objetivos financieros y operativos.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los costos operativos o asistenciales en instituciones de salud en Colombia es un tema que se ha comenzado a estudiar debido a la grave crisis financiera por la que atraviesa el sector.

Desde la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993 (El Congreso de la Republica de Colombia, 1993) el principal problema que enfrentan las I.P.S. del país ha sido el financiero, ya que no todas conocen sus costos y a otras les dificultan calcularlos, muchos de los problemas se originan básicamente por el sistema de información con que cuentan lo que dificulta la toma de decisiones. En la mayoría de las situaciones, los directivos de las instituciones son expertos en ciencias de la salud, una disciplina basada en métodos científicos y centrada en principios humanos. Generalmente, los administradores del sector salud desconocen el potencial de la información financiera y contable como insumo para la gobernanza, el control y la toma de decisiones. Por

ello, comúnmente, no cuentan con soportes para discutir precios con sus proveedores y clientes gubernamentales y EPS.

La escasez de información sobre los costos en salud se constituye en la principal problemática para toda organización que pertenezca al sistema de salud. De acuerdo con (Álvarez, 2005) esta problemática se ve condicionada fundamentalmente por dos circunstancias: el incremento en los costos en los insumos para la salud y los pocos datos que existen para identificar los montos económicos, que alcanzan la producción de un servicio de acuerdo con los insumos y funciones de producción que se requieren.

La legislación colombiana ha planteado la obligatoriedad para que las empresas prestadoras de servicios de salud tengan un sistema de costos bien definido que garantice la eficiencia de los recursos, buscando que el sector sea más rentable y autosuficiente, todo lo anterior, establecido en la Resolución 1474 (Superintendencia Nacional de Salud, 2009). La Superintendencia de Salud, es el organismo responsable de supervisar, vigilar y regular la utilidad y efectividad en la generación, gestión, flujo y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud; del mismo modo se encarga de emitir 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, enfocado por unidades funcionales con el propósito de establecer un sistema de costos uniforme que defina el marco técnico y jurídico que deben seguir en el futuro estas entidades.

Aunque la norma anterior ha propuesto un grupo de informes que se deben revelar a dicha entidad se ha dejado a criterio de las entidades de salud la definición interna del cálculo de sus costos y el modelo de costeo a elegir, dificultando así tener estándares comparativos.

El artículo de (Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo, 2009) llamado “Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones”. Nos dice que se identifica una gran discrepancia entre las metodologías utilizadas, los niveles de información costeados, los criterios de distribución y los objetos de costo

final. Esto dificulta la comparabilidad y utilidad de la información de costos. También se abordan las razones detrás de la crisis en el sistema de salud de Colombia, incluyendo el incremento de usuarios, la carencia de supervisión en el uso de recursos y la ausencia de sistemas de información unificados.

La IPS La Nacional¹ ha pasado por situaciones sin resolver, debido a la carencia de información detallada sobre los costos, pues en la actualidad su sistema contable es deficiente lo que no permite que tenga datos concretos acerca de las causaciones y erogaciones en que se incurren en el desarrollo de los procedimientos para la prestación del servicio.

El sistema de costo utilizado actualmente IPS LA NACIONAL se lleva en archivos y hojas en Excel sin mayor diseño, dificultando así el control de versiones, la plantilla nunca está finalizada, siempre se tiene que cambiar y actualizar continuamente. El modelo actual de costos no entrega información confiable. Uno de los problemas más importantes que tiene la entidad, es que no conoce cuál es el margen de rentabilidad que deja los servicios, o cuáles podrían ser los precios a negociar con los márgenes que espera obtener la entidad.

Dadas las razones mencionadas anteriormente, es imperativo disponer de un sistema de costos confiable que fortalezca la gestión organizacional, proporcionando información precisa para mejorar el control y facilitar la toma de decisiones. En el sector salud encontramos productos regulados y otros no regulados. Así mismo, son muchos los elementos que pueden variar en la prestación del servicio, dificultando el cálculo de los costos.

La IPS Nacional tiene un área de cirugía la cual es el área de mayor importancia para la entidad, sin embargo, así mismo, es la de mayor dificultad para el cálculo del costo, por esa razón, se requiere ofrecer prioridad al cálculo del costo de esta área.

Con este trabajo, nuestro objetivo es ofrecer un sistema de costos desde nuestra perspectiva, que proporcione la información más pertinente para la toma de decisiones.

1.3. FORMULACIÓN DE PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el sistema contable de costos que requiere la IPS La Nacional para el área de cirugía?

1.4. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cómo es el estado actual de sistemas de costo utilizado en la IPS La Nacional ubicada en la ciudad de Cali?
2. ¿Quiénes, cómo y dónde han trabajado en la problemática de costos en salud?
3. ¿Qué modelo se ajusta a la realidad y que modificaciones se deben realizar para adaptar al contexto caso estudio?

La importancia del ámbito de la salud en Colombia radica en su ofrecimiento de un servicio vinculado al derecho fundamental a la vida. Por consiguiente, resulta fundamental establecer una regulación específica para la gestión de la información de costos, lo cual facilitará un control más efectivo de los recursos en las instituciones que ofrecen este servicio. Los costos en los hospitales y clínicas deben tener un papel más destacado, dado que, funcionan como herramientas de gestión, administrativa y contable, pueden generar muchos beneficios en el desarrollo de las actividades.

De acuerdo con (Ayala, 2017) La demanda de atención médica en Colombia está aumentando, así como diversidad de nuevas enfermedades elevando los requerimientos de cada una de ellas para su tratamiento. Es así como se convierte en un problema de análisis, si las capacidades y las gestiones de recursos no aumentan al ritmo de las enfermedades, debido a que la generación de información del costeo de salud es muy necesaria.

¹ El nombre de la entidad real se omite, dado que así lo solicitó la respectiva gerencia.

La IPS La Nacional ha pasado por situaciones sin resolver, debido a carencia de información detallada sobre los costos, pues en la actualidad su sistema contable es deficiente lo que no permite que tenga datos concretos acerca de las causaciones y erogaciones en que se incurren en el desarrollo de los procedimientos para la prestación del servicio.

El sistema de costo utilizado actualmente por la empresa se lleva en archivos y hojas en Excel dificultando así el control de versiones, la plantilla nunca está finalizada, siempre se tiene que cambiar y actualizar continuamente, además que se cuenta con muchos documentos bloqueados y no hay formas de solucionarlo y además en Excel no hay una forma automática de decir cuántas o qué celdas tienen enlaces, y cuántos de ellos se encuentran rotos por el cambio de nombre y ubicación de los archivos de origen.

Este trabajo pretende establecer una metodología de costeo basado en los procedimientos realizados en la unidad funcional de cirugía de la institución prestadora de salud (IPS) LA NACIONAL privada de la ciudad de Cali. Es evidente actualmente que el tema de los costos en salud ha tomado relevancia por los modelos de contratación que quiere adoptar con las EPS, por lo que se ha llegado a demostrar que existe un desconocimiento y la falta de iniciativa por parte de los directores de las entidades prestadoras de salud tanto públicas como privadas porque no se conocen los beneficios que este tipo de herramientas pueden traer a su gestión.

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Diseñar un sistema contable de costos para la IPS La Nacional para el área de cirugía.

2.2. ESPECÍFICOS

1. Realizar un diagnóstico de la situación actual de los sistemas de costos usados en el caso de la IPS La Nacional ubicada en la ciudad de Cali.
2. Identificar el marco normativo y las exigencias contables y de costos de las entidades de control estatal.
3. Estructurar un sistema contable de costos para la IPS La Nacional adecuado teniendo en cuenta el cumplimiento de la normatividad.

3. JUSTIFICACIÓN

El nuevo modelo económico está dominado por los mercados y las empresas, en lugar de los gobiernos, lo que implica cambios en la estructura empresarial, la productividad y una clara tendencia a la baja en los costos en todos los sectores de la economía en especial la salud.

La salud en Colombia es uno de los sectores de mayor impacto social por tratarse de un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política de 1991, siendo regulado y reglamentado en cuanto a la prestación del servicio y estandarización de tarifas, las cuales representan una desventaja estratégica para aquellos establecimientos proveedores de servicios de salud que no cuentan con un modelo de costos adecuado que les permita conocer el costo real de las actividades que desarrollan en todos los niveles de complejidad.

Si bien en Colombia existe una ley que obliga a los proveedores de salud a implementar un sistema de costos, no existe un sustento teórico específico y suficiente para tal implementación.

El propósito de este trabajo es instaurar un sistema de costos eficaz y fiable en el ámbito hospitalario, tanto público como privado. Esto se concibe como una herramienta estratégica para la toma de decisiones organizativas y la búsqueda de mejoras continuas.

La importancia del tema radica en establecer un sistema de costeo eficaz en el sector salud, especialmente en la IPS LA NACIONAL. La crisis financiera y competencia público-privada demandan decisiones financieras estratégicas. Adoptar métodos que ofrezcan información detallada sobre actividades, identifiquen generadores de costos y eliminen actividades sin valor agregado puede potenciar la eficiencia y calidad de servicios. La normativa vigente subraya la importancia de sistemas de costos efectivos en el sector salud. La implementación de estrategias en la IPS LA NACIONAL es crucial para abordar desafíos financieros y perfeccionar decisiones en el ámbito de la salud en Colombia.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S) de nivel cuatro son entidades de salud con una considerable afluencia de pacientes, implicando costos elevados en la atención. Es esencial que la relación entre la prestación de servicios y los beneficios sea positiva, ya que

estas I.P.S son posibles generadores de ingresos adicionales. Esto destaca la importancia de que las I.P.S., tenga un sistema de costo bien definido y acorde a su realidad económica. Es por ello que se propone el sistema de Costos, para la empresa caso estudio ubicada en la ciudad de Cali, quien servirá de referencia para otras I.P.S., pues este sistema les permitirá conocer su eficiencia en los servicios ofrecidos y los costos en los que incurren, con el objetivo de que se incorporen estrategias y decisiones que las conduzcan a adquirir un mejor posicionamiento y mejora continua en la calidad de los servicios ofrecidos.

Con la finalidad de ir en busca siempre del mejoramiento y el crecimiento se tratará de analizar y evaluar la mayor parte de las actividades que desarrolle la entidad en la prestación de sus servicios para obtener resultados amplios sobre el consumo y aprovechamiento de recursos, en la medida que se conozca más información más preciso y exacto será el resultado lo cual le aportará a la clínica conocimiento financiero que será útil para trabajar con efectividad en el cumplimiento de las metas y la generación de beneficios en los servicios de salud. Además, la realización de este trabajo de grado no solo representa un avance en el conocimiento académico para los autores, al permitirles aplicar teorías y conceptos aprendidos a situaciones reales, sino que también es una oportunidad de crecimiento profesional. A través del análisis riguroso y la generación de propuestas concretas, los autores adquieren habilidades clave en investigación, análisis crítico y resolución de problemas. Estas competencias serán valiosas para su futuro desarrollo profesional, ya que los preparan para enfrentar desafíos complejos en el ámbito laboral, contribuyendo tanto a su formación como a la mejora de las instituciones donde puedan desempeñarse.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. REFERENCIA

El sector salud en Colombia ha experimentado cambios significativos en las últimas décadas. Anteriormente, el servicio de salud era suministrado por el Estado en un esquema centralizado,

basado en hospitales públicos donde se prestaba un servicio igual para todos y con tratamientos homogéneos. Sin embargo, Colombia ha pasado a un modelo que brinda subsidios a la demanda, basado en la descentralización, la autonomía y responsabilidad de los prestadores de servicios de salud. (Gómez, L. & Duque, M., 2008)

Este cambio ha permitido llegar a sectores de la población que se encontraban excluidos y se prestan servicios de carácter heterogéneo. En la actualidad, el sistema de salud opera bajo un modelo de competencia abierta, en el cual tanto actores públicos como privados participan en igualdad de condiciones. Se demanda a los hospitales y clínicas la capacidad de autofinanciación y autosostenibilidad (Duque, Gómez, & Osorio, 2009).

Sin embargo, este cambio de modelo ha traído consigo una serie de desafíos, incluyendo un incremento en el número de usuarios en el sistema, políticas estatales que plantean la cobertura universal en salud, y estructuras complejas en algunas de las entidades que prestan servicios de salud. Además, se ha observado una disminución en la calidad de los servicios prestados en algunas entidades, lo que ha llevado a los usuarios a recurrir a demandas para garantizar sus derechos.

Un sistema de costos suministra información crucial tanto para la alta dirección como para los grupos de interés, evaluando si la asignación de recursos se realiza de manera lógica.

4.2. MARCO CONCEPTUAL

El modelo de salud en Colombia cuenta con dos agentes principales, las Instituciones Prestadoras de Salud I.P.S. (Prestador) y las Entidades Promotoras de Salud E.P.S. (Pagador), la primera es la encargada de poner a disposición todos sus recursos en pro de la atención y cuidado del paciente, la segunda es quien administra el riesgo (salud) encomendada por su cotizante. La complejidad de las atenciones en el sistema de salud se encuentra desagregada por niveles que van del 1 al 4, siendo el primero la atención básica y el cuarto la de mayor complejidad (Resolución 5261 de 1994).

(Lenz, 2010) afirma que, los costos directos, se asocian con los recursos propios de los sistemas de salud, mientras que los costos indirectos se relacionan con el valor del tiempo que tiene que invertir el paciente en una intervención (traslado, espera, recuperación, etc.), asociado al salario y a su productividad. La economía, recomienda adoptar una perspectiva más amplia: la perspectiva social.

(Lindor) indica que, el costo social se refiere a los costos que afectan a todos y cada uno de los miembros de la sociedad. Los costos unitarios se refieren al costo de producir una unidad, entre ellos los costos medios y los marginales. En el corto plazo, los costos unitarios son directamente proporcionales al pago efectuado para disponer del recurso e inversamente proporcionales a su productividad.

Así, para un salario dado, mientras mayor sea la productividad del trabajo (el principal recurso de los sistemas de salud) menor es el costo unitario de producción, esto dado que los costos fijos se dividen por la cantidad de unidades, entre mayor el valor, disminuye el valor agregado a cada unidad.

Los costos variables fluctúan con la producción y ventas, vinculados al volumen del período. Incluyen materiales directos, energía eléctrica, depreciación por rendimiento, impuestos, comisiones sobre ventas, adaptándose a cambios en la producción y ventas de manera proporcional (García, Marrero, Jiménez, 2016)

Los costos fijos son constantes en el tiempo, sin importar las fluctuaciones en la producción. Incluyen arriendos, depreciación, seguros y salarios, siendo esenciales para mantener la estructura de la organización, con gastos recurrentes y sin alteraciones a pesar de variaciones en la producción (García, Marrero, Jiménez, 2016)

Los costos mixtos, también conocidos como semifijos o semivARIABLES, combinan elementos fijos y variables. Ejemplo: el servicio de alumbrado es fijo, mientras que la fuerza motriz es variable y varía según los volúmenes de producción. Es crucial asignar adecuadamente cada tipo de costo (Rincón Soto & Vergara Mesa, 2013)

Los costos por órdenes acumulan los costos de materiales, mano de obra directa y gastos indirectos por cada orden de trabajo según las especificaciones del cliente. Son relevantes en organizaciones que pueden distinguir lotes, subensambles, ensambles y productos terminados, permitiendo un seguimiento detallado (Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo, 2009)

Los costos por procesos se aplican en organizaciones con producción continua y uniforme. Utilizan uno o varios procesos para transformar materiales o servicios, perdiendo detalles unitarios al identificar la producción por cantidades generales como toneladas, metros, litros o kilos. (Villarreal Vásquez, Rincón Soto, 2009)

Los costos históricos son denominados también como: costos reales, costos post-mortem, costos a posteriori, etc., son aquellos que se obtienen después de que el producto haya sido manufacturado o el servicio fue prestado. Es decir, indica lo que "ha costado" producir un determinado artículo o servicio (Choque Mita)

Los costos estándar se derivan de un análisis científico de los elementos de costo de un producto o servicio, estableciendo lo que debería costar. Este cálculo se fundamenta en la eficiencia, actuando como referencia y respaldando el control presupuestario al abarcar todos los elementos involucrados directa o indirectamente en el producto (Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo, 2009)

Centros de costos: Una acumulación intermedia de costos que facilita la transferencia de un costo a un objeto de contabilización. (Cuervo et al, 2006, como se citó en Berrio, 2019)

Costeo basado en actividades: Un modelo ABC es un mapa económico de los costes y la rentabilidad de la organización en base a las actividades. (Kaplan & Cooper, 2007)

4.3. METODOLOGIA

La metodología propuesta en este trabajo de grado se basará en un enfoque mixto que combinará elementos cualitativos y cuantitativos para diseñar un sistema de costos adaptado a las necesidades específicas de la IPS LA NACIONAL. Este enfoque metodológico responderá a

la necesidad de obtener una comprensión integral de la problemática, lograda mediante la interpretación profunda de la información cualitativa y el análisis riguroso de los datos cuantitativos.

En la primera etapa, se llevará a cabo un diagnóstico exhaustivo de la situación actual de la IPS. Para ello, se recolectarán datos mediante la revisión de los sistemas de costos actualmente implementados, utilizando fuentes documentales internas, como registros contables y hojas de Excel para obtener una visión detallada de los desafíos y limitaciones presentes. Los datos cuantitativos se analizarán a través de los registros financieros y operativos, lo que permitirá identificar las principales deficiencias en la gestión de costos. Asimismo, se llevará a cabo un análisis DOFA, con el objetivo de identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas relacionadas con la gestión de costos en la IPS.

En la segunda etapa, se procederá a la identificación del marco normativo y regulatorio aplicable. Se realizará un análisis documental de las normativas vigentes, como la Ley 100 de 1993 y la Resolución 1474 de 2009, que establecen las obligaciones de las IPS en cuanto a la implementación de sistemas de costos. Esta revisión se complementará con el estudio de casos relevantes en el sector salud, lo que permitirá identificar las mejores prácticas y marcos regulatorios aplicables. Con base en este análisis, se seleccionará un modelo de costeo adecuado a las exigencias legales y operativas de la entidad, como el costeo basado en actividades (ABC).

La tercera etapa se centrará en la estructuración y diseño del sistema de costos. Se definirán y clasificarán las unidades funcionales de la IPS, identificando los centros de costos necesarios para un seguimiento detallado y preciso de los recursos. Este proceso incluirá la organización de las actividades clave de la IPS, tanto en áreas asistenciales como administrativas. A continuación, se diseñará un sistema de costeo por protocolos, enfocado en el área de cirugía, que permitirá una asignación precisa de costos directos e indirectos. Este diseño involucrará la identificación de recursos utilizados, el establecimiento de estándares de consumo, y la

determinación de insumos y mano de obra necesarios para la prestación de los servicios. Posteriormente, se implementará el costeo ABC, orientado a mejorar la precisión en la asignación de costos y a facilitar la toma de decisiones estratégicas. Este sistema incluirá la identificación de actividades clave, la asignación de costos a través de diferentes etapas del proceso, y la elaboración de fichas de costos para los distintos servicios ofrecidos.

La cuarta etapa consistirá en la validación y ajuste del sistema de costos diseñado. Se realizará una prueba piloto en un área específica de la IPS, evaluando el desempeño del sistema en términos de precisión, eficiencia y utilidad para la toma de decisiones. Con base en los resultados obtenidos, se realizarán los ajustes necesarios para optimizar el sistema y garantizar su adecuación a las necesidades operativas y estratégicas de la IPS.

Finalmente, la quinta etapa involucrará la evaluación integral del sistema de costos implementado. Se llevarán a cabo conclusiones y recomendaciones, considerando el impacto del sistema en la gestión financiera y operativa de la IPS. Además, se propondrán mejoras continuas, incluyendo la actualización periódica de los parámetros de costeo y la integración de nuevas tecnologías para la automatización y optimización del sistema. Esta metodología permitirá desarrollar un sistema de costos que no solo cumplirá con las exigencias normativas, sino que también mejorará significativamente la gestión financiera de la IPS LA NACIONAL, contribuyendo al logro de sus objetivos estratégicos.

5. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE COSTOS

5.1 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

Nos destacamos como una institución líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, comprometidos con el bienestar de la comunidad. Nuestro enfoque se centra en brindar atención integral, humanizada y segura, garantizando la excelencia en cada paso del camino. Además, fomentamos la continua actualización académica, impulsando un ambiente de aprendizaje que promueve la mejora continua y la innovación en nuestra búsqueda constante de

la excelencia.

5.2 HISTORIA

La Clínica LA NACIONAL IPS tiene sus raíces en una visión compartida de mejorar la prestación de servicios de salud en Colombia. Fue en el año 2010 cuando este sueño comenzó a materializarse con la puesta en marcha de sus actividades.

La base legal de nuestra clínica se fundamenta en la Ley 10 de 1990, que sentó las bases para la descentralización de los servicios de salud en Colombia, y en la Ley 100 de 1993, que demandaba que la prestación de servicios de salud se realizara a través de Empresas Sociales del Estado. Este marco legal establecido nos brindó el respaldo necesario para consolidarnos como una institución comprometida con la excelencia en la atención médica y el bienestar de nuestros pacientes.

Desde nuestros inicios, hemos trabajado incansablemente para ofrecer servicios de salud de alta calidad, adaptándonos constantemente a las necesidades cambiantes de la sociedad y manteniendo nuestro compromiso con la mejora continua basado en nuestro mapa de procesos (*Ver ilustración 1*). A través de los años, hemos experimentado un crecimiento y una evolución significativos, pero nuestra dedicación a brindar atención médica excepcional y centrada en el paciente continúa siendo el fundamento de nuestra existencia.

POLÍTICA DE CALIDAD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS: En Clínica la NACIONAL, nos esforzamos por ofrecer una atención médica de alta calidad, accesible y segura, centrada en el paciente y su familia. Nos comprometemos con la mejora continua, la responsabilidad social y el rechazo a la discriminación. Contamos con un equipo capacitado, tecnología avanzada y una infraestructura que cumple con las normativas legales. Además, nos dedicamos a promover la salud y prevenir enfermedades con el fin de contribuir al bienestar general de la población.

POLÍTICA DE GESTIÓN AMBIENTAL: La Clínica la NACIONAL está comprometida con la preservación del medio ambiente y con asegurar condiciones sanitarias óptimas. Gestionamos

los residuos sólidos, controlamos vertimientos y utilizamos los recursos naturales de forma adecuada y responsable. Además de cumplir con la normativa, promovemos la responsabilidad social y buscamos mejorar continuamente. Así, aseguramos un entorno saludable y sostenible para pacientes, personal y comunidad.

POLÍTICA GESTIÓN DEL RIESGO: En Clínica la NACIONAL, la Gestión del Riesgo es fundamental para cumplir nuestra misión y metas. Identificamos y controlamos riesgos mediante un procedimiento definido, priorizando acciones preventivas y de control. Revisamos continuamente nuestros procesos para mejorar nuestras estrategias y respaldar la calidad y seguridad en nuestros servicios.

Ilustración 1 Mapa de procesos



Fuente: elaborado por empresa LA NACIONAL IPS

5.3 ACTUALIDAD

La IPS La Nacional ofrece sus servicios a la población de la ciudad de Cali y del suroccidente colombiano, atendiendo a importantes entidades como la Fuerza Aérea Colombiana, la Policía Nacional, el Ejército Nacional, Asmet Salud y Emssanar. Nuestros servicios abarcan áreas vitales como Urgencias, Hemodinamia, Consulta Externa, Hospitalización, Imágenes Diagnósticas, UCI Neonatal, UCI Pediátrica, Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Cuidado Intensivo, y Laboratorio

Clínico, asegurando así una atención integral y de calidad para todos nuestros pacientes como clínica de tercer y cuarto nivel de complejidad.

Entendiendo la importancia de comprender el contexto en el que opera la Clínica LA NACIONAL, se lleva a cabo un exhaustivo análisis del entorno macro ambiental. Este análisis permite discernir aspectos clave que influyen en el funcionamiento de la institución, identificando tanto oportunidades que pueden ser aprovechadas como posibles amenazas que deben ser consideradas. Esta comprensión profunda del entorno institucional es crucial para tomar decisiones informadas y diseñar estrategias que impulsen el éxito y la viabilidad de la clínica en el largo plazo.

Al comprender tanto las fortalezas y flaquezas internas como las oportunidades y amenazas del exterior, es posible plantear una estrategia positiva para la Clínica LA NACIONAL. La matriz DOFA resultante se convierte en un recurso crucial para determinar estas estrategias, capitalizando las fortalezas y oportunidades mientras se afrontan las debilidades y se reducen los riesgos. En este proceso, se destaca la importancia de una metodología de costos adecuada, que no solo fortalezca el sistema de información, sino que también facilite la toma de decisiones estratégicas.

Para asegurar el diseño de estrategias de mejora e innovación efectivas, es necesario comprender en profundidad tanto la empresa como su entorno. En el caso específico de La IPS LA NACIONAL, el estudio del sector económico en el municipio de Santiago de Cali, Valle del Cauca, proporciona información valiosa sobre las variables que afectan directa e indirectamente sus operaciones. Este estudio contribuye significativamente al planteamiento de estrategias adecuadas y efectivas para la clínica.

NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

ARTÍCULO 91. DEFINICIÓN. Para efectos de la interpretación del presente Manual, se entiende por Nivel de Complejidad, la clasificación funcional del tipo de actividad, intervención y procedimiento, y del personal idóneo para su ejecución.

Los Niveles de Atención en la Salud se definen como la capacidad que tienen todos los entes prestadores de servicios de salud y se clasifican de acuerdo con la infraestructura, recursos humanos y tecnológicos. Esta definición parte de la necesidad del estado de disminuir los recursos que en verdad se deben utilizar y destinar a la parte más importante en una sociedad que es la salud, ya que presumen que la mayoría de la población tiene necesidades de salud de muy baja complejidad; y en esto se apoyan para solo invertir organismos de baja calidad y así no destinar todos los recursos. (Gomez, a. & Mulato, M., 2015)

ARTÍCULO 20. RESPONSABILIDADES POR NIVELES DE COMPLEJIDAD. Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece en el documento de (Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo, 2009) lo siguiente:

NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

NIVEL II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

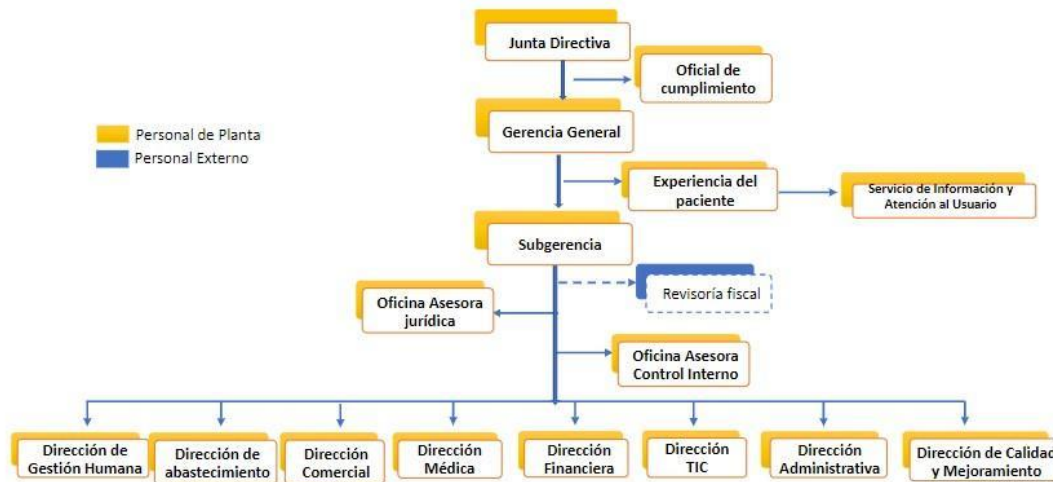
NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

6. DIAGNÓSTICO DE LAS ÁREAS FUNCIONALES.

ORGANIGRAMA ORGANIZACIONAL

La eficaz gestión organizacional es fundamental en cualquier institución de salud para garantizar la calidad en la atención y el cumplimiento de los objetivos institucionales. En este contexto, el presente organigrama (*Ver ilustración 2*) es una representación visual de la estructura interna de la clínica, delineando las diferentes áreas funcionales y sus respectivas interacciones.

Ilustración 2 Organigrama organizacional



Fuente: Elaborado por la empresa LA NACIONAL IPS

ÁREA DE GERENCIA

La ausencia de una herramienta específica para la verificación de los costos asociados a las contrataciones con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), aseguradoras y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) representa una carencia estratégica para la gestión eficiente de la clínica.

ÁREA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANCIERA

Analizando la revisión bibliográfica en los artículos estudiados se evidenció que las problemáticas para el contexto colombiano son globales como los son:

1. Optimización de la gestión de la información financiera: Se identifica como prioritario mejorar la organización de la información financiera dentro de la empresa, dado que este factor se ha revelado como un elemento clave que impacta negativamente en los resultados económicos.
2. Implementación de procesos eficientes de producción de información: Para mejorar la eficiencia en la producción de información, se plantea la necesidad de desarrollar y aplicar procesos más eficientes en la generación de la información y análisis de datos.

3. Utilización de indicadores como herramienta de gestión: Se debe emplear indicadores de gestión como una herramienta clave para asegurar el cumplimiento de los compromisos adquiridos por la empresa.

4. Fortalecimiento del recurso humano a través de la capacitación continua: Para mejorar la calidad de la atención en salud, se plantea la necesidad de realizar una capacitación y seguimiento permanentes del personal.

5. Planificación integral de mantenimiento para garantizar la operatividad de las instalaciones: Se requiere establecer un plan de mantenimiento preventivo y correctivo integral para asegurar el adecuado funcionamiento de las instalaciones físicas y los equipos médicos y administrativos.

ÁREA ASISTENCIAL

1. Implementación de mecanismos de ventas de servicio más accesibles: Una de las principales dificultades identificadas es el acceso limitado a la prestación de servicios de salud debido a la falta de mecanismos efectivos de venta de servicios.
2. Análisis de la modalidad de contratación y las tarifas pactadas: Se requiere realizar un análisis detallado de la modalidad de contratación utilizada por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), así como de las tarifas pactadas
3. Diversificación y actualización del portafolio de servicios: Para mejorar la atención en salud, se sugiere diversificar y actualizar el portafolio de servicios ofrecidos por las IPS. Esto incluye la incorporación de nuevos servicios y tecnologías médicas, así como la actualización de los existentes para garantizar que respondan a las necesidades y expectativas cambiantes de los pacientes.
4. Promoción de la educación y concientización sobre la importancia de la atención en salud: Como parte de las tácticas para mejorar la atención en salud, se sugiere promover programas de educación y concientización dirigidos a la población sobre la importancia de la atención

preventiva y el acceso oportuno a los servicios de salud.

5. Optimización de los procesos de atención al paciente: Por último, se debe plantear la necesidad de optimizar los procesos de atención al paciente dentro de las IPS, con el fin de mejorar la experiencia del usuario y garantizar una atención más eficiente y personalizada.

ANÁLISIS DE COSTOS Y SISTEMA DE COSTOS

Estructura de centros de costos

La estructura de centros de costos constituye un elemento crucial en la gestión financiera de cualquier organización, especialmente en instituciones de salud como IPS LA NACIONAL. Sin embargo, es imperativo destacar que la actual estructura de centros de costos carece de una organización adecuada. Esta falta de orden y claridad normativa dificulta la identificación de las unidades funcionales a las que pertenecen cada centro de costos, lo que puede obstaculizar la toma de decisiones financieras fundamentadas y la evaluación precisa del desempeño económico de la institución. En este sentido, resulta imperativo abordar esta problemática y proponer soluciones que permitan establecer una estructura de centros de costos coherente y funcional en la clínica.

Tabla 1 Centro costos Asistenciales

CENTRO DE COSTO			MOTIVO	DIRECCIONAMIENTO		
CC		DESCRIPCIÓN	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CÓD DIRECC	DESCRIPCIÓN
020202	20202	URGENCIAS	05	URGENCIAS	1	ASISTENCIAL
111101	111101	CONSULTA MEDICINA GENERAL	05	URGENCIAS	1	ASISTENCIAL
111102	111102	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	05	URGENCIAS	1	ASISTENCIAL
111104	111104	SALA DE YESO	05	URGENCIAS	1	ASISTENCIAL
111106	111106	PROCEDIMIENTOS MENORES	05	URGENCIAS	1	ASISTENCIAL
020203	20203	CONSULTA EXTERNA	10	CONSULTA EXTERNA	1	ASISTENCIAL
112501	112501	ANESTESIOLOGÍA	10	CONSULTA EXTERNA	1	ASISTENCIAL
112503	112503	CARDIOVASCULAR	10	CONSULTA EXTERNA	1	ASISTENCIAL
112504	112504	CIRUGIA GENERAL	10	CONSULTA EXTERNA	1	ASISTENCIAL
112505	112505	NEUROCIRUGÍA	10	CONSULTA EXTERNA	1	ASISTENCIAL
112533	112533	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	10	CONSULTA EXTERNA	1	ASISTENCIAL
112534	112534	OTORRINOLARINGOLOGÍA	10	CONSULTA EXTERNA	1	ASISTENCIAL
112583	112583	MAXILOFACIAL	10	CONSULTA EXTERNA	1	ASISTENCIAL

Fuente: Elaboración propia con base información sistema contable.

Tabla 2 Centro costos administrativos

CENTRO DE COSTO		MOTIVO		DIRECCIONAMIENTO	
CC	DESCRIPCIÓN	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CÓD DIRECC	DESCRIPCIÓN
010101	10101 GESTIÓN GERENCIAL	51	GESTIÓN ESTRATÉGICA	2	ADMINISTRATIVO
010103	10103 GESTION JURIDICA	51	GESTIÓN ESTRATÉGICA	2	ADMINISTRATIVO
010201	10201 GESTION CALIDAD	51	GESTIÓN MEJORA CONTINUA	2	ADMINISTRATIVO
010203	10203 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	51	GESTIÓN MEJORA CONTINUA	2	ADMINISTRATIVO
030102	30102 SERVICIOS GENERALES	51	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	2	ADMINISTRATIVO
030104	30104 GESTIÓN DOCUMENTAL	51	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	2	ADMINISTRATIVO
030107	30107 MANTENIMIENTO	51	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	2	ADMINISTRATIVO
123107	123107 GESTIÓN COMPRAS	51	GESTION ADMINISTRATIVA	2	ADMINISTRATIVO
030502	30502 BIOMEDICINA	51	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	2	ADMINISTRATIVO
123113	123113 LABORATORIO DE METROLOGIA	51	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	2	ADMINISTRATIVO
030306	30306 PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	51	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	2	ADMINISTRATIVO
123303	123303 COSTOS Y PRESUPUESTOS	51	GESTIÓN FINANCIERA	2	ADMINISTRATIVO
123302	123302 CONTABILIDAD	51	GESTIÓN FINANCIERA	2	ADMINISTRATIVO

Fuente: Elaboración propia con base información sistema contable.

La adecuada configuración de la estructura de centros de costos es un aspecto crucial en la gestión financiera de cualquier organización. En el caso de nuestra institución esta estructura cobra una relevancia aún mayor, ya que incide directamente en la garantía de que la información asignada a cada centro de costos sea precisa y oportuna. Es fundamental comprender que esta información precisa es vital para la correcta determinación de los ingresos, costos y gastos, aspectos que tienen un impacto directo en la salud financiera y la sostenibilidad de la institución prestadora de servicio de salud.

Se han detectado una serie de problemas significativos en el sistema contable de la empresa, que afectan su eficiencia y precisión. Uno de los principales problemas identificados es la falta de una estructura adecuada de centro de costos, la cual no está debidamente relacionada con las unidades funcionales de la empresa. Esta falta de coherencia conlleva a una serie de errores en diversos aspectos contables, como la incorrecta configuración de cuentas auxiliares contables. Estos errores tienen múltiples consecuencias negativas, incluyendo el desconocimiento por parte del personal, inexactitudes en los egresos por consumo, costos de venta mal calculados, depreciaciones erróneas, y fallos en la sincronización entre el sistema de información asistencial y administrativo (SIIS) y el sistema contable (UNOE SIESA ENTERPRISE). Además, se observaron errores en la documentación de los costos de venta debido a una parametrización incorrecta del sistema (Ver tabla 1 y 2). Estos problemas subrayan

la necesidad urgente de abordar las deficiencias en el sistema contable de la empresa para garantizar la precisión y fiabilidad de la información financiera. En este sentido, resulta imperativo que nuestra estructura de centros de costos esté debidamente organizada y estructurada. Solo de esta manera podremos asegurar que los datos financieros relevantes sean asignados correctamente a los centros correspondientes, lo que a su vez nos permitirá tomar decisiones informadas y estratégicas para optimizar nuestros recursos y garantizar la eficiencia operativa en la clínica.

Fichas de costos

La ficha de costo es la herramienta fundamental en la gestión financiera de una organización, desempeña un papel crucial en la determinación del costo unitario de la producción. La precisión y actualización constante de esta ficha son elementos esenciales que inciden directamente en la veracidad de la información proporcionada a la gerencia para la toma de decisiones estratégicas. En este contexto, resulta evidente que la correcta elaboración y mantenimiento de la ficha de costo son aspectos prioritarios que requieren una atención meticulosa por parte de la empresa. Es mediante esta ficha que se logra una comprensión clara y precisa de los costos asociados a la producción, lo que a su vez permite una gestión financiera eficiente y orientada hacia la optimización de recursos y la maximización de resultados.

En la ficha de costos mostrada (*Ver tabla 3*), resaltaremos los cinco puntos fundamentales que la conforman, resaltando su importancia en la prestación de servicios de salud de calidad. A continuación, se describen los elementos esenciales de la ficha:

1. **Derechos de sala y/o habitación:** Este primer punto aborda los derechos asociados con el uso de las salas de atención o habitaciones dentro del establecimiento de salud. Se destaca la relevancia de garantizar un entorno cómodo y seguro para los pacientes durante su estancia, así como la transparencia en los costos y cobertura de servicios

adicionales que puedan estar incluidos.

2. **Materiales, insumos y medicamentos:** Se subraya la importancia de asegurar la disponibilidad y calidad de los materiales, insumos y medicamentos necesarios para la atención médica adecuada. Se resalta la necesidad de contar con un suministro adecuado y diversificado, garantizando la atención oportuna y efectiva de los pacientes.
3. **Honorarios de especialistas:** Este punto se centra en los honorarios asociados con la atención proporcionada por especialistas médicos. Se destaca la relevancia de la transparencia en la fijación de tarifas, así como la equidad y accesibilidad de estos servicios especializados para todos los pacientes que requieran de ellos.
4. **Honorarios de anestesiología:** Se resalta específicamente la importancia de los honorarios relacionados con la especialidad de anestesiología. Este aspecto crítico de la atención médica requiere una atención especial en términos de transparencia en la fijación de tarifas y acceso equitativo para todos los pacientes que requieran de servicios de anestesia.
5. **Honorarios de ayudantía:** Por último, se enfatiza la relevancia de los honorarios relacionados con el personal de ayudantía en los procedimientos médicos. Se destaca la importancia de reconocer y compensar adecuadamente el papel vital que desempeñan estos profesionales en el equipo médico, garantizando una atención integral y de calidad para los pacientes.

A través de la descripción de estos cinco puntos clave se busca resaltar la importancia de una

ficha costos bien estructurada que garantice la inclusión precisa de los tres elementos esenciales del costo: mano de obra directa (MOD), materia prima directa (MPD) y costos indirectos de fabricación (CIF). Además, se busca que esta ficha sea una herramienta eficaz para respaldar la toma de decisiones gerenciales, brindando información detallada y precisa sobre los costos asociados a las operaciones de la empresa.

Tabla 3 Ficha de costos

LA NACIONAL IPS	FICHA DE COSTOS		CÓDIGO: CC-CYP-FRM-004
			VIGENCIA: 23-10-2023
			VERSIÓN: 004

FECHA ELABORACION	22/01/2024		
SERVICIO DE ESTUDIO	CIRUGIA		

CODIGO RESOLUCION	DESCRIPCION		
793804	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CALCÁNEO CON FIJACIÓN INTERNA		
TIEMPO DE PROCEDIMIENTO (Min)	TIEMPO ANESTESICO (Min)	TIEMPO DE CIRUJANO (Min)	RECUPERACION
80	80	70	SI
TECNOLOGIA	ESPECIALIDAD	TIPO DE ANESTESIA	TIPO DE AYUDANTIA
ABIERTA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	GENERAL	Medico General CIRUGIA
	UVR	GRUPO	
	793804	13582	

COSTO PROTOCOLO	
DERECHOS DE SALA O HABITACION	\$ 118.903
Mano de Obra Directa	\$ 29.767
Circulante	\$ 10.885
Instrumentador Quirurgico	\$ 18.883
Mano de Obra de Apoyo	\$ 17.108
Auditor Medico	\$ 5.741
Programador Cirugia	\$ 2.068
Facturador	\$ 826
Camillero	\$ 752
Jefe de Enfermeria	\$ 7.721
Consumo Interno	\$ 34.717
Materiales Y Medicamentos	\$ 34.717
Infraestructura	\$ 22.434
Administracion	\$ 4.926
Sala de Cirugia	\$ 1.033
Zonas comunes	\$ 68
Activos Quirofano Estandar	\$ 4.740
Activos Procesos de Apoyo Comunes	\$ 11.667
Generales	\$ 14.877
Servicios	\$ 11.547
Mantenimiento y Repuestos	\$ 3.330
MATERIALES, INSUMOS Y MEDICAMENTOS	\$ 145.266
Insumos y medicamentos quirurgicos (ver tabla N.1)	\$ 145.266
ELEMENTOS DE ASEO	\$ 4.259
Elementos de Aseo y Cafeteria	\$ 4.259
DERECHO ADMISIONES	\$ 214
Infraestructura	\$ 214
Admisiones	\$ 68
Activos sala de admisiones	\$ 146
DERECHO RECUPERACION	\$ 11.102
Mano de Obra Directa	\$ 9.876
Recuperador	\$ 9.876
Infraestructura	\$ 1.226
Recuperacion	\$ 1.033
Activos sala de recuperacion	\$ 193
TOTAL PROTOCOLO	\$ 279.744

HONORARIOS MEDICOS	TOTAL EPS	TOTAL SOAT
	\$ 390.762	\$ 529.292
Honorarios cirujano	\$ 204.470	\$ 344.800
Honorarios anestesiologo	\$ 154.560	\$ 152.760
Honorarios ayudantia (según su uso)	\$ 31.732	\$ 31.732

OTROS (Exámenes prequirurgicos servicios adicionales no quirirgicos que estas incluidos en el paquete)			
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR
Nota:Derechos de Recuperacion, Honorarios Medicos y/o Otros, unicamente aplica para paquetes o procedimientos de Cirugia,Hemodinamia, Imagenologia,Endoscopia.			
GASTOS OPERACIONALES Y NO OPERACIONALES			\$ 85.105

TOTAL COSTO	EPS	SOAT
	\$ 755.611	\$ 894.141

Observaciones

NO SE COSTEA MATERIAL DE ORTOPEDIA Y DE ALTO COSTO. VERIFICAR LISTA DE INSUMOS.

Fuente: Elaborado por la empresa LA NACIONAL IPS

Análisis DOFA

La matriz DOFA es un instrumento metodológico que permite identificar acciones viables mediante el cruce de variables, en el supuesto de que las acciones estratégicas deben ser ante todo acciones posibles y que la factibilidad se debe encontrar en la realidad misma del sistema (Ver tabla 4). En otras palabras, por ejemplo, la posibilidad de superar una debilidad que impide el logro del propósito, solo se la dará la existencia de fortaleza y oportunidades que lo permitan. El instrumento también permite la identificación de acciones que potencien entre sí a los factores positivos (Gomez, a. & Mulato, M., 2015).

En el documento “Propuesta metodológica para adaptar un sistema de costos ABC en la I P S de primer nivel de complejidad, Quilisalud E S E, se explican siguientes los conceptos:

Estrategias FO son estrategias de crecimiento se derivan de aprovechar las oportunidades y ventajas del entorno, así como de los recursos internos, con el objetivo de construir una posición sólida que facilite la expansión o el fortalecimiento del sistema para alcanzar sus objetivos.

Estrategias DO son un tipo de estrategias se caracterizan por ser un enfoque de supervivencia, donde se busca superar las debilidades internas aprovechando las oportunidades que brinda el entorno.

Estrategias FA son también de supervivencia se centran en eludir las amenazas del entorno mediante el aprovechamiento de las fortalezas del sistema.

Las estrategias DA permiten ver alternativas estratégicas que sugieren renunciar a ciertos objetivos en situaciones amenazantes y de debilidad que son difíciles de superar y que podrían llevar al sistema al fracaso.

A continuación, se desglosan las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, junto con las estrategias para potenciar el progreso de los procesos.

Tabla 4 Matriz DOFA

	FACTORES	INTERNOS
	FORTALEZAS (+)	DEBILIDADES (-)
	Personal altamente capacitado en LA NACIONAL IPS.	Insuficiente capacidad de la planta física.
	Apoyo de universidades como la Javeriana y la Libre en el área asistencial.	Equipos e instrumental obsoletos e insuficientes.
	Proceso de acreditación mejora procesos en la clínica.	Falta de conocimiento del costo real de los procedimientos.
	Campañas educativas para mejorar desempeño del personal y ambiente.	Suministro inadecuado de insumos y materiales.
	Personal muestra adaptabilidad en la clínica.	Ambiente laboral afectado por la intolerancia y agresividad de algunos pacientes y familiares.
	Oportunidad de crecimiento laboral.	Rotación de personal
	Múltiples ofertas de servicios	Sistemas de información presentan fallas de parametrización y conexión.
	Amplia experiencia en atención en traumatología.	Clasificación de la información de una manera no adecuada.
FACTORES EXTERNOS	Excelente ubicación en la ciudad de Cali	La falta de rutas claras para corregir como cae la información en contabilidad.
OPORTUNIDADES (+)	ESTRATEGIA DE FORTALEZAS (+) / OPORTUNIDADES (+)	ESTRATEGIA DE DEBILIDADES (-) / OPORTUNIDADES (+)
Ampliación de cobertura de servicios de salud para toda la población colombiana.	Fortalecer la imagen corporativa de LA NACIONAL IPS, destacando su disponibilidad de recursos humanos las 24 horas.	Mejorar la infraestructura de LA NACIONAL IPS, incluyendo un baño adecuado para pacientes.
Obligación gubernamental para que las I.P.S. establezcan un sistema de costos para conocer el valor de sus servicios.	Utilizar el proceso de mejora de calidad en la IPS para optimizar todos los procedimientos y lograr mayor eficiencia.	Buscar financiamiento a través de proyectos de desarrollo para adquirir material necesario.
Ley de contratación de personal joven y prácticas profesionales.	Fomentar una cultura de calidad basada en la comprensión y ejecución de procesos para aumentar la satisfacción tanto interna como externa.	Realizar un estudio de costos integral que cubra todas las áreas de actividad de la clínica..
Índice de inflación bajo favorece compra de insumos y medicamentos al no registrar mayores alzas de precios.	Involucrar al personal médico, asistencial y administrativo en las campañas educativas para alinear objetivos, estrategias y metas.	Implementar un sistema de información completo.
Campañas intensivas para reducir mortalidad por infecciones diarreicas y respiratorias agudas.		Colaborar con universidades para llevar a cabo campañas que mejoren las relaciones entre pacientes, familias y personal de la IPS.
Posición estratégica en la ciudad de Cali la más importante del suroccidente colombiano		Reorganizar el servicio prestado, estableciendo controles más rigurosos para asegurar un mejor desempeño.
Posibilidad de contratos interinstitucionales.		
AMENAZAS (-)	ESTRATEGIA DE FORTALEZAS (+) / AMENAZAS (-)	ESTRATEGIA DE DEBILIDADES (-) / AMENAZAS (-)
El sector privado compite en el mercado de salud a través de las E.P.S. que pueden tener sus propias I.P.S., generando competencia para otras IPS.	Formar y motivar un equipo experto en trauma en LA NACIONAL IPS.	Explorar nuevas formas de financiamiento para mejorar la calidad y rapidez en la atención a los usuarios.
La Reforma Tributaria aumenta la carga impositiva para los colombianos y especialmente para las grandes y pequeñas empresas, lo que podría reducir la generación de empleo.	Mejorar la competitividad y expandir mercados mediante la adopción de normas ISO 9000 y 9001	Mejorar el registro y seguimiento de actividades para lograr una facturación sin errores.
La pobreza, el desplazamiento, el desempleo y la violencia contribuyen al aumento diario de lesiones y homicidios.	Fomentar el uso eficiente de recursos para evitar desperdicios.	Implementar un sistema eficiente de adquisición de materiales para garantizar una atención oportuna.
La devaluación del peso frente al dólar encarece la importación de tecnología.	Establecer nuevos controles financieros y de manejo de materiales e insumos.	Realizar campañas publicitarias destacando la calidad de los servicios ofrecidos por LA NACIONAL IPS.
Prácticas como la no pago, tramitología, automedicación y corrupción reducen los ingresos del sector.	Establecer precios justos que reflejen los costos reales de los servicios ofrecidos.	
Escasez de recursos para adquirir tecnología y realizar mantenimiento preventivo y correctivo.		
Falta de una política de precios adecuada para los servicios de salud.		
El gobierno nacional adeuda a las I.P.S. una suma considerable por la atención a la población vinculada.		

Fuente: Elaboración propia

De este modo se han delineado las estrategias que IPS LA NACIONAL puede adoptar para elevar la excelencia de sus servicios, mitigando las amenazas externas y las debilidades internas, mientras maximiza las oportunidades y fortalezas de la institución.

6. IDENTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE COSTOS BASADO EN ESTUDIOS DE CASOS EN EL SECTOR SALUD

En el ámbito de la salud, gestionar eficazmente los recursos es esencial para garantizar servicios de calidad y sostenibles. Los costos en este sector no solo implican controlar costos y gastos, sino también tomar decisiones informadas que mejoren la atención al paciente y la eficiencia operativa. Este análisis explora los desafíos y estrategias de gestión de costos en salud, como la utilización eficiente de recursos, el diseño de sistemas de costos adecuados y la adaptación a las demandas del mercado y los clientes.

A través de una revisión de literatura, se examinan las causas del aumento de costos, las innovaciones en la gestión y regulación, y la importancia de la contabilidad Costos. Este enfoque global busca abordar los desafíos actuales y futuros para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud.

La organización mundial de la salud (OMS) en su informe de 2024 enfatiza el papel fundamental que desempeñan los sistemas de información en la toma de decisiones dentro de las organizaciones de salud. Estos sistemas conectan a las personas, la infraestructura y la tecnología para ofrecer servicios de salud eficaces. Además, destacan que estos sistemas generan una cantidad considerable de datos vitales para abordar de manera oportuna y precisa las necesidades cambiantes de la organización y su entorno. Desde 1973, la OMS ha reconocido la importancia de establecer sistemas de información sanitaria adecuados, definiéndolos como herramientas esenciales para recopilar, procesar, analizar y transmitir la información necesaria para la gestión de servicios de salud, así como para la investigación y capacitación del personal. Elsie Molliel Ziegler trabajó en la década de 1990 el problema de los costos en el sistema de

salud en los Estados Unidos, definiéndolo como complejo y multifacético, afectando tanto la calidad como el acceso a los servicios de salud para aquellos que no pueden pagarlos. Según el autor, este problema es estructural y no puede ser resuelto simplemente mediante reformas a ciertas leyes o programas existentes, sino que requiere de una política global y un programa nacional para provocar los cambios necesarios, situación que guarda similitud con la problemática actual en Colombia.

Elsie Molliel Ziegler (1990) describe una de la propuesta planteada en su momento, la idea consistía en establecer un sistema unificado de atención médica para personas en situación de pobreza, resaltando la importancia de adoptar un enfoque que garantice la igualdad de acceso a servicios médicos para todos aquellos que se encuentran por debajo del umbral de pobreza. Sin embargo, esta iniciativa enfrentó varias críticas y desafíos, principalmente la escasez de recursos financieros necesarios para su implementación. Esto condujo a la creciente tendencia de los costos en el sistema de salud, en parte debido a la estructura misma del sistema, que no promueve una conciencia sobre los costos tanto entre los consumidores como entre los proveedores, resultando en un rápido aumento de los precios en el ámbito de la salud.

Además, Molliel Ziegler (1990) advierte que el notable incremento en los costos de los servicios de salud en la última década de los años 80 afectó a diferentes niveles de gobierno, ya que una parte significativa del gasto social se destinó a financiar servicios de salud para sectores de la población de escasos recursos que no podían sufragarlos. Esto también generó obstáculos, pues los costos por seguros de salud aumentaron tanto que solo las grandes empresas podían afrontar el gasto de asegurar a sus empleados, lo que a su vez tuvo consecuencias directas para la población, especialmente para aquellos no asegurados y sin recursos suficientes para obtener cobertura.

El artículo Control de Costos y Financiamiento en la Atención de Salud en América Latina: Desafíos y Estrategias (Márquez, 1990), se analiza varias medidas adoptadas en diferentes países de las Américas para controlar los costos de atención médica, incluidas tarifas a los

usuarios, programas de recuperación de costos y regulaciones sobre precios y servicios médicos. Enfatiza la importancia del control de costos frente al aumento de los gastos en atención médica y las restricciones presupuestarias.

Márquez (1990) señala que varios países de América Latina y el Caribe han implementado medidas para aumentar los recursos no gubernamentales en el sector de la salud, con el fin de hacer los sistemas de atención sanitaria menos costosos. Estas medidas incluyen programas de recuperación de costos, cobros al usuario, copagos y franquicias. Asimismo, se han aplicado medidas para limitar los costos de producción de servicios de salud, como topes salariales, restricciones en la contratación de personal y listas de medicamentos básicos

Según Márquez también se han implementado diversas medidas en países como México, Brasil, Argentina, Estados Unidos, y Canadá para controlar el número de médicos, regular los precios de servicios médicos y medicamentos, y establecer pagos por servicios de salud.

El control de costos en la atención médica es complejo e implica múltiples estrategias para mantener la calidad sin comprometer la accesibilidad financiera (Márquez, 1990). Una preocupación importante es si los esfuerzos por reducir costos, especialmente en sistemas de prepago, pueden afectar la calidad de la atención. La eficacia en función de los costos y una definición clara de calidad son esenciales. Se ha señalado que los mercados médicos presentan insuficiencias, como la falta de información para los consumidores y la falta de responsabilidad fiscal de los proveedores. En este contexto, el control de costos se refiere a estrategias para controlar el aumento tanto de los costos como de los gastos en salud.

En resumen, según Márquez (1990), el control de costos en salud implica un equilibrio delicado entre mantener la calidad y accesibilidad de la atención médica y gestionar eficientemente los recursos limitados disponibles. Esta compleja tarea requiere considerar la eficacia en función de los costos de diferentes protocolos terapéuticos y definir claramente la calidad en la atención médica. Además, se deben abordar las deficiencias en los mercados médicos, como la falta de información para los consumidores y la falta de responsabilidad fiscal de los proveedores, que

pueden conducir a un uso excesivo de recursos costosos.

En el artículo llamado “Costos y gestión en servicios de salud: una revisión de la literatura” de Peombo (2008) se analiza la importancia del cálculo de costos en el sector de la salud, los métodos de cálculo (por producto, por tipo de enfermedad, por procesos de atención), el papel de los sistemas de información en la toma de decisiones y la relevancia de los indicadores de gestión para medir el desempeño hospitalario. Se destacan los tipos de indicadores y la importancia de evitar efectos negativos en el personal.

Según el artículo de Peombo (2008) en el sector de la salud, el cálculo de costos puede abordarse desde diversas perspectivas, dependiendo del objeto de costo específico que se desee analizar, como el costo de un servicio, de una orden, de varios servicios, de un departamento, de un centro de responsabilidad, de un centro de costos o de un centro de beneficios. El procedimiento general para calcular estos costos implica sumar los insumos directos, las remuneraciones directas y los costos indirectos asociados al objeto de costo en cuestión.

Otro enfoque mencionado por Peombo (2008) es el Costo Basado en Actividades y el Gerenciamiento Basado en Actividades, aplicados a los centros sanitarios. Estos tópicos continúan siendo de interés en las revistas académicas especializadas y representan áreas en las que se debe seguir avanzando, además destaca la importancia de un sistema de costos que permita el rastreo de los costos en todos los niveles de las cadenas de servicio, desde la concepción de los productos hasta los costos asociados a los fallos de mala calidad percibida por los usuarios.

Este enfoque implica conocer el costo total de cada centro de asistencia final para poder determinar el costo de las unidades producidas. Del artículo Peombo (2008) podemos concluir que el cálculo de costos en el sector de la salud puede abordarse desde múltiples enfoques, incluyendo el costeo por órdenes con la técnica ABC.

De acuerdo con el “Sistema de Costos por Órdenes con aplicación de la técnica ABC adaptada

al sector salud”, enfoque propuesto por Coronel Troncoso (2001) sugiere la utilización de un sistema de costos que se adapta al sector salud mediante la definición de macro actividades de la empresa, como dirección , tratamiento del paciente (subdivididos en prevención, diagnóstico, tratamiento propiamente dicho y postratamiento), suministro de fármacos, investigación y docencia, contacto con la demanda, y apoyo general o especial. Este sistema busca asignar los costos de manera más precisa a través de la técnica de Costeo Basado en Actividades.

Los temas centrales discutidos por (Coronel Troncoso, 2001) en su artículo Gestión y costos de empresas de salud en ambientes desregulados caso argentino son; la importancia de la contabilidad directiva, la gestión eficiente de los servicios de salud, la adaptación a los cambios del mercado, y la reforma del sistema de salud en Argentina como estudio de caso.

La reforma del sistema de salud en Argentina, instaurada a partir del 1 de enero de 2001, trajo consigo modificaciones sustanciales en la gestión sanitaria, facilitando la transferencia entre afiliados y sus aportes hacia los principales actores del sistema, las entidades de Dirección y las instituciones privadas. Este cambio tuvo como propósito mejorar la eficiencia y la competitividad en el sector de la salud. (Coronel Troncoso, 2001)

Tradicionalmente, el ámbito de la salud en Argentina estuvo principalmente bajo el control estatal y careció de competencia, lo que resultó en una oferta limitada de servicios con variados niveles de deficiencia y calidad. Sin embargo, esta situación experimentó un cambio notable con la aparición de escasez de recursos, lo que condujo a una reconsideración en la relación con los pacientes, enfocándose en una perspectiva más holística que abarcara aspectos más allá de lo meramente médico-profesional (Coronel Troncoso, 2001).

De acuerdo con Coronel Troncoso (2001), el nuevo modelo de gestión de salud ha fortalecido la tendencia hacia la prevención en lugar de la reparación, requiriendo que los actores del sistema proporcionen programas preventivos y sesiones educativas sobre enfermedades de alto riesgo y adicciones. Este cambio hacia un enfoque preventivo marca una diferencia significativa en comparación con el modelo anterior, que destacaba más la reparación y la atención basada en

tecnología.

Para Coronel Troncoso (2001), La gestión de costos en salud es vital para la eficiencia y sostenibilidad, especialmente en un entorno competitivo como en Argentina tras la reforma del 2001. Requiere enfoque al cliente, claridad en mercado y servicios, y sistemas de información eficientes. Además, sugiere que una de las herramientas clave en la gestión de costos en salud es el método de Costeo Basado en Actividades que permite una asignación más precisa de los costos a los productos finales, en este caso, los servicios de salud.

Por otra parte, se describe que el método se basa en la identificación de las actividades que generan costos y su vinculación con los servicios proporcionados, permitiendo una visión más clara de dónde y cómo se consumen los recursos. La aplicación de ABC en el sector de la salud es crucial para la toma de decisiones estratégicas relacionadas con la competitividad, ya que facilita la detección de áreas de ineficiencia y oportunidades de mejora.

El caso de estudio por Coronel Troncoso tuvo particularidades la reforma del sistema de salud en Argentina que puso de manifiesto la necesidad de una gestión eficiente de los costos de medicamentos, que representan una parte significativa del gasto en salud. Antes del año 2000, los precios de los medicamentos experimentaron incrementos significativos, lo que ha contribuido a la presión sobre los costos totales en el sector de la salud.

En el artículo de la revista Cubana Salud Pública titulado. El crecimiento de los costos en salud visto desde la ineficiencia que se publicó en el 2017 por Orlando Carnota Lauzán se expone la necesidad de enfrentar los desafíos de un nuevo escenario demográfico y epidemiológico, se requieren nuevas maneras de hacer salud, incluyendo la gestión de atenciones adecuadas, el apoyo a familiares cuidadores, la provisión de cuidados paliativos y la integración de las personas mayores en la sociedad (Carnota Lauzán , 2017).

Además, Carnota Lauzán (2017) destaca la presencia significativa de la corrupción en el sector salud, manifestada a través de diversas prácticas como sobornos, manipulación de información, hurto, malversación de recursos, sobreprecios y adulteración de medicamentos. Esta

problemática subraya la importancia de fortalecer la vigilancia y promover una gestión eficaz para prevenir y combatir estas prácticas.

Por otro lado, Carnota Lauzán (2017) resalta la falta de aplicación de normas y protocolos de asistencia clínica, junto con la ausencia de directrices y una supervisión inadecuada, son fuentes adicionales de ineficiencia en el sistema de salud. Y sugiere mejorar las normas de higiene hospitalaria, proporcionar una mayor continuidad en la asistencia médica y llevar a cabo auditorías clínicas de manera regular.

Según Carnota Lauzán (2017) la falta de estructura funcional de las organizaciones de salud puede llevar a la sección de procesos, generando desperdicios y derroches altamente costosos para la salud pública. Esto incluye la repetición innecesaria de estudios, planes terapéuticos incompatibles y la falta de una concepción integrada del proceso de atención.

Por consiguiente, la omisión en el uso de métodos y técnicas de evaluación económica en salud puede ocasionar errores que afecten tanto los costos como la salud de las personas. De este modo, se destaca la importancia de reconocer que la inversión en salud y educación es fundamental para el desarrollo económico, la productividad, la innovación y la igualdad de oportunidades (Carnota Lauzán , 2017)

Carnota Lauzán (2017) argumenta que el crecimiento constante de los costos en salud es un fenómeno complejo y multicausal, que no se justifica únicamente por la contribución hacia una población sana y con acceso pleno a los servicios. Una parte significativa de estos costos no contribuye efectivamente a mejorar la salud pública, lo que incrementa los gastos sin producir más y mejor salud para más personas. Aunque la inversión en tecnología avanzada, como la quirúrgica robótica, puede parecer razonable, no lo es tanto si se descuida la atención a enfermedades prevalentes y estilos de vida deficientes debido a la limitación de recursos.

Según Carnota Lauzán (2017) el panorama internacional, algunos países desarrollados están trabajando para contener el crecimiento de los costos en salud sin comprometer los logros alcanzados, mientras que otros, como China, buscan mejorar el servicio mediante un sistema

mejor diseñado y organizado, lo que resultaría en menores costos. China, por ejemplo, podría ofrecer una mejor atención de salud a costos asequibles reestructurando su modelo de prestación de servicios y enfocándose en la atención primaria

El artículo “Una propuesta de costos para las instituciones de asistencia médica colectiva” de Montico & Velarde (2003) analiza la importancia del cálculo de costos en las instituciones de salud, específicamente en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Resalta la situación actual de los sistemas de costos utilizados en estas instituciones, señalando la falta de confiabilidad en la información recopilada. Se propone un sistema de costes por paciente/patología como una forma más precisa de calcular costes y tomar decisiones. Se explica la metodología de cálculo, combinando diferentes enfoques de costeo.

Según Montico & Velarde (2003) El sistema de costeo por paciente/patología en las instituciones sanitarias difiere significativamente de los sistemas de costes tradicionales en varios aspectos clave. Los sistemas de costos tradicionales, como el costeo por procesos, generan costos promedio para sectores o actividades, que no tienen en cuenta las particularidades de la situación de cada paciente, lo que dificulta la toma de decisiones precisas. En contraste, el sistema de costos por paciente/patología está diseñado para abordar las características únicas de los servicios de salud, que son intangibles y heterogéneas. Este sistema permite el cálculo de costes en función del paciente concreto y de la patología a tratar, proporcionando datos que pueden conducir a una toma de decisiones más informada y eficaz.

En la monografía Gestión de costos en salud de Barreiro (2019) su objetivo principal es brindar conocimientos básicos sobre los costos y su gestión en el sector salud, destacando el desafío histórico de equilibrar costo y calidad. Resalta los avances tecnológicos, aunque estos incrementan el costo de la prestación médica, no siempre se traduce en una mejora de la calidad de la salud. Por tanto, es crucial comprender y manejar adecuadamente los conceptos de costo, calidad y sistemas de salud para responder eficazmente a las necesidades de salud.

Para Barreiro (2019) Existen tres métodos principales para cuantificar los beneficios en salud: el

método de capital humano, las preferencias reveladas y las valoraciones de contingencia. Cada uno ofrece una perspectiva diferente sobre cómo se valora la salud y la prevención de enfermedades, ya sea a través de la productividad, las decisiones prácticas de los individuos o la disposición a pagar para obtener beneficios en salud o evitar los costos de una enfermedad. Estos métodos reflejan los distintos elementos que intervienen en la valoración de la salud y la eficacia de las intervenciones médicas.

Según Barreiro (2019) la eficiencia y calidad en la atención de salud dependen de una gestión detallada y estructurada de los costos. Tener información precisa sobre el gasto y la inversión de recursos en salud es fundamental para alcanzar los objetivos deseados en términos de calidad y eficiencia en las instituciones de salud. Por ello, analizar y gestionar los costos son herramientas clave para lograr una atención de salud eficiente y de alta calidad.

Por otra parte, Barreiro (2019) argumenta que es esencial implementar un enfoque integral que incluya análisis detallados de costos, colaboración entre los actores del sistema de salud y una metodología específica para los costos hospitalarios. Esto permitirá mantener un equilibrio adecuado entre la salud y los recursos disponibles, asegurando así un sistema de salud sólido y sostenible.

En la monografía Gestión de costos en salud de Barreiro (2019) se utilizan dos métodos principales de costeo: el método Top-down (descendente) y el método Bottom-up (ascendente).

1. Método Top-down (descendente): Este enfoque implica asignar una parte de los costos hospitalarios totales a cada servicio o área, generalmente basándose en algún criterio de distribución predeterminado, como el porcentaje de ingresos generados por cada servicio. Aunque es más rápido y menos detallado que el método Bottom-up, puede no reflejar con precisión los costos reales asociados con cada actividad o paciente.
2. Método Bottom-up (ascendente): En contraste, el método Bottom-up asigna los costos a nivel de objeto, como pacientes, servicios médicos específicos, o procedimientos individuales. Este enfoque es más detallado y preciso, ya que permite conocer el costo asociado con cada elemento

de atención médica. Se utiliza ampliamente porque proporciona información valiosa para la toma de decisiones tanto retrospectiva como prospectivamente.

- a. Retrospectivamente: Utilizando historias clínicas o bases de datos, este método permite analizar los costos pasados asociados con pacientes, enfermedades, prácticas médicas, etc. Esto es útil para evaluar el rendimiento financiero de diferentes servicios o áreas de atención médica.
- b. Prospectivamente: Registrando el consumo de recursos para cada paciente o procedimiento en tiempo real, este método proporciona información actualizada sobre los costos asociados con la atención médica. Esto facilita la gestión eficiente de recursos y la identificación de áreas para mejorar la rentabilidad y calidad de la atención médica.

En resumen, para Barreiro (2019), mientras que el método Top-Down ofrece una visión general de los costos, el método Bottom-up es preferido en la gestión de costos en empresas de salud debido a su capacidad para proporcionar información detallada y precisa sobre los costos asociados con cada elemento de atención médica. Esto es crucial para una toma de decisiones informada y una gestión eficiente de recursos en el sector de la salud.

En el trabajo de maestría una propuesta de un sistema de costos que se adapte a las necesidades de la IPS Salud Confamiliares (Murillo Ballesteros, Germán Guillermo, 2016). El objetivo principal es una propuesta de implementación de un sistema de Costeo Basado en Actividades (ABC) para la IPS que permita ayudar a la empresa a tomar mejores decisiones financieras y estratégicas, identificando los generadores de costos y eliminando actividades que no aporten valor.

Murillo Ballesteros, Germán Guillermo (2016) realiza una revisión de los sistemas de costos utilizados en el sector de la salud, un análisis de las dinámicas actuales y una propuesta de un sistema de costos que se adapte a las necesidades de la IPS Salud Confamiliares concluye que los sistemas utilizados son:

1. Costeo por protocolos: Este sistema se basa en una secuencia ordenada de procedimientos utilizables ante un individuo con un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más

adecuada ante un problema de salud. El protocolo permite al médico o personal del área de la salud encargado del procedimiento, realizar el tratamiento de manera efectiva y con el costo mínimo (Candia, 1997, como se citó en Duque, Gómez y Osorio, 2009).

2. Costeo por paciente o patología: En esta metodología, se parte de una clasificación en dos grandes tipos de costos: variables y fijos. Se calculan los costos variables por paciente, que incluyen todos aquellos gastos que se originan por la atención al paciente, como medicamentos, material de uso médico, análisis, honorarios específicamente para ese paciente, etc. También se deben calcular los costos fijos o costos por utilización de los servicios del hospital, como pueden ser el costo del día/cama en cada tipo de sala (convencional, intermedio, intensivo, etc.), el costo de utilización del quirófano, el costo de la consulta por especialidad, entre otros (Montico & Velarde, 2003)
3. Costeo total: Este modelo ha predominado en el desarrollo y evolución de metodologías de la Contabilidad de Costos y está sustentado en muchos Sistemas de Costos en el sector de la salud. Sin embargo, una crítica a este modelo se manifiesta respecto al manejo de los costos indirectos, dado que las imputaciones no se sustentan objetivamente en el conocimiento de las relaciones funcionales, las cuales unen los costos de los productos o servicios con el consumo de los factores. (Murillo Ballesteros, Germán Guillermo, 2016)

Para (Murillo Ballesteros, Germán Guillermo, 2016) estos sistemas reflejan la diversidad de enfoques que pueden adoptarse en la contabilidad de costos en el sector de la salud, dependiendo de las necesidades específicas de la organización y del tipo de atención que se presta.

Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo (2009) realizaron un análisis de los sistemas de costos utilizados en el sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones. Empezando con un diagnóstico del sector de la salud en Colombia que enfrenta desafíos significativos en la gestión de costos y la calidad de la información contable, lo que afecta la toma de decisiones informadas dentro de las entidades de salud.

Duque Roldán, Gómez Montoya, y Osorio Angulo (2009) realizaron un análisis detallado de los sistemas de costos utilizados en el sector salud en Colombia, destacando la necesidad crítica de mejorar la tecnología, la cultura organizacional y adoptar un modelo de gestión estratégica avanzada. En este sentido, la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy , 1968), que propone analizar los sistemas como conjuntos de elementos interdependientes, es particularmente relevante. Los costos en salud deben ser gestionados considerando la interacción entre diferentes componentes del sistema, como recursos, servicios y resultados, lo que resalta la importancia de aplicar principios sistémicos como el holismo y la equifinalidad. Esto permitiría no solo optimizar la rentabilidad y eficiencia operativa, sino también garantizar que las decisiones en costos mantengan o mejoren la calidad del cuidado de la salud. La falta de sistemas de costos adecuados limita la capacidad de tomar decisiones estratégicas en las entidades de salud, lo que subraya la necesidad de revisar profundamente las políticas contables y de costos en el sector.

Duque Roldán, Gómez Montoya, & Osorio Angulo (2009) identificaron una necesidad crítica de mejorar la tecnología, cambiar la cultura organizacional y adoptar un modelo de gestión estratégica que incluya herramientas analíticas y de gestión avanzadas. El estudio de campo revela que muchas entidades de salud carecen de sistemas de costos adecuados, lo que limita su capacidad para tomar decisiones estratégicas, especialmente en lo que respecta a la rentabilidad y la eficiencia operativa.

También se observaron un desconocimiento generalizado sobre las metodologías de costeo y dificultades en la recolección de información. Además, se señala que la información de costos no se utiliza de manera efectiva, lo que subraya la necesidad de una revisión profunda de las políticas contables y de costos en el sector. Se sugiere la implementación de un plan único de cuentas y una metodología unificada para el manejo de costos, así como la promoción de una cultura de costos para mejorar la gestión y los resultados en el sector salud. (Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo, 2009)

Duque Roldán, Gómez Montoya, & Osorio Angulo (2009) mencionan diversas metodologías de

costeo propuestas para abordar estos desafíos, incluyendo el Costeo Basado en Actividades, Costeo por Protocolos, entre otros. Finalmente, se identifica que la falta de aplicación rigurosa de la normatividad vigente en materia de costos, la ausencia de sistemas de información integrados y la falta de estudios de costos rigurosos contribuyen a la crisis en el sector de la salud en Colombia.

En el artículo la Aplicación de la simulación discreta en cuidado de la salud (Vargas & Giraldo, 2014). Los modelos de simulación se han desarrollado y utilizado en una amplia gama de áreas dentro del cuidado de la salud, incluyendo hospitales, atención ambulatoria, planificación de recursos humanos, y sistemas de entrega de cuidado de salud a nivel comunitario y regional. Estos modelos buscan mejorar la eficiencia, la efectividad en costos y la calidad del cuidado de la salud.

Según Vargas y Giraldo (2014), la implementación de modelos de simulación en el sistema de cuidado de la salud enfrenta desafíos significativos, como la falta de incentivos económicos, la dificultad para cuantificar datos no cuantificables y la complejidad de la autoridad y la toma de decisiones en el sector. Sin embargo, estos modelos contribuyen a mejorar la eficiencia y la relación costo-efectividad en la entrega de cuidado de la salud al optimizar operaciones, planificar adecuadamente la mano de obra y facilitar la planificación de sistemas de salud, incluida la gestión de recursos, la reducción de tiempos de espera y la mejora en la asignación de personal. En el trabajo de grado “Sistema de costeo basado en actividades aplicado al sector salud” la metodología para implementar el sistema de costeo Basado en Actividades en entidades de salud, combinándolo dentro de su desarrollo con elementos del costeo por protocolos; detallando cada una de las fases componen el montaje y los resultados esperados. Esta metodología ha sido aplicada en Colombia en hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad. (Osorio Agudelo & Duque Roldán, 2003).

Por otra parte, en el artículo La metodología de los costos híbridos como fuente en el diseño de los indicadores de costos y gestión de (Rincón Soto & Vergara Mesa, 2013). Los costos híbridos

representan una metodología avanzada en la gestión de costos, que combina elementos de diferentes sistemas de costeo para adaptarse mejor a las necesidades específicas de información y control de la gerencia. Esta aproximación permite a las empresas implementar un sistema de costos más flexible y enfocado, que puede variar desde costos por órdenes de producción hasta costos por procesos, dependiendo de las características particulares de los productos o servicios ofrecidos.

Para Rincón Soto y Vergara Mesa (2013) La esencia del sistema de costos híbridos radica en su capacidad para moldearse a las dinámicas y necesidades cambiantes de la empresa, permitiendo una asignación de costos más precisa y relevante para la toma de decisiones. Por ejemplo, una empresa puede optar por aplicar el costeo basado en actividades (ABC) para sus costos de fabricación directos, mientras utiliza un enfoque de costeo por proceso para los gastos generales de planta, o viceversa, según lo que mejor se adapte a sus operaciones y objetivos estratégicos.

Además, el enfoque híbrido destaca por su capacidad para integrar y analizar información de costos desde una perspectiva multidimensional, considerando tanto la dimensión interna de la empresa como la externa, incluyendo la satisfacción del cliente y la innovación constante. Esto facilita una visión más holística y estratégica de la gestión de costos, contribuyendo a la generación de valor y a la mejora continua de la organización (Rincón Soto & Vergara Mesa, 2013).

En este contexto, la Teoría de la Toma de Decisiones de Herbert A. Simon (Simon, 2009), que destaca la "racionalidad limitada" y el proceso de "satisficing", es especialmente relevante. En la gestión de costos en salud, los administradores enfrentan contextos complejos con información incompleta, y no siempre pueden identificar la opción óptima. En lugar de buscar la solución perfecta, buscan alternativas que sean suficientemente buenas para equilibrar calidad y costo. Este enfoque permite una toma de decisiones más realista, considerando las limitaciones y buscando mejorar la eficiencia sin sacrificar la atención al paciente.

Los modelos de contratación en salud en Colombia se diseñan para facilitar la relación entre pagadores y prestadores, buscando garantizar la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud (López Cadavid, Zapata Marroquín, & Vanegas M, 2019). En este contexto, la importancia de los costos para negociar es fundamental, ya que un conocimiento adecuado del costo medio-evento permite trabajar de manera coordinada con el asegurador. Esto facilita el control de riesgos, la realización de diagnósticos oportunos y el acceso más rápido a tratamientos, contribuyendo así a cumplir con la cuádruple meta de lograr resultados de salud adecuados, mantener costos eficientes, asegurar el equilibrio y sostenibilidad financiera para los actores, y lograr la satisfacción global del usuario.

Según (López Cadavid, Zapata Marroquín, & Vanegas M, 2019) se destacan diversos esquemas de contratación y métodos de remuneración, entre los cuales se encuentran:

El modelo de capitación, en el cual se abona una suma fija por paciente a los proveedores, independientemente de la cantidad de servicios consumidos. Esta modalidad fomenta la eficiencia y la prevención de enfermedades.

El sistema de pago por evento o actividad, que implica el reembolso por cada servicio o procedimiento realizado. Aunque ampliamente utilizado, ha sido objeto de críticas por su posible incentivo al aumento del volumen de servicios en detrimento de la calidad o la necesidad real de los mismos.

Los modelos de riesgo compartido (MRC) y pago por grupo de población (PGP), los cuales buscan transferir parte del riesgo a los proveedores, incentivándolos a gestionar los recursos de forma más eficiente y a centrarse en la calidad del servicio. En el caso del PGP, la responsabilidad del cuidado de una población es transferida al proveedor por parte del asegurador, lo que puede incidir en la calidad del servicio si el modelo no está adecuadamente estructurado o si el proveedor carece de la capacidad necesaria.

Los modelos mixtos, que combinan distintos métodos de remuneración con el objetivo de equilibrar incentivos y mejorar la calidad, eficiencia y cobertura de los servicios de salud. Estos

modelos pueden adaptarse a las particularidades de diversas poblaciones o servicios.

Resulta crucial que los modelos de contratación en el ámbito de la salud sean diseñados y negociados de manera cuidadosa, teniendo en consideración las capacidades de los proveedores y las necesidades de la población, a fin de garantizar la calidad y accesibilidad de los servicios médicos.

Para concluir la revisión bibliográfica el (Ministerio de la protección,1999, como se encuentra en Zambrano, 2017) desarrolló un manual de implementación del sistema de costos hospitalarios que mezcla elementos de costos de absorción con metodología ABC, buscando entregar a las instituciones hospitalarias una herramienta de fácil aplicación que cumpla con los requerimientos de información exigidos por los organismos de control y que satisfaga las expectativas de la alta gerencia y gerencia media en relación con la información de costos de los servicios de salud que se prestan.

7. IDENTIFICACIÓN DEL MARCO NORMATIVO

Para Nacional IPS es esencial adherirse al entorno jurídico que regula su actividad económica como actor en su respectivo sector y mercado. Este marco normativo fomenta la competencia, la eficiencia y la equidad, al mismo tiempo que protege los derechos de los consumidores y el medio ambiente.

En este contexto, resulta fundamental considerar las regulaciones que guían el funcionamiento y la supervisión de la empresa dentro del marco legal. Estas incluyen disposiciones constitucionales, normativas contables del Plan de Contabilidad, legislación comercial, tributaria y la supervisión por parte de las entidades gubernamentales encargadas de velar por el sector privado del país. A continuación, se detallan las normativas que afectan a nuestra empresa. (LEY 100, 1993) establece de manera precisa y explícita la obligatoriedad para todas las instituciones proveedoras de servicios de salud, tanto del sector público como del privado, de implementar sistemas contables y de costos apropiados, como se estipula en el artículo 185:

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

Este párrafo resulta algo ambiguo en su definición, ya que hace referencia a la necesidad de un sistema contable que registre los costos de los servicios, pero no menciona explícitamente el diseño de un sistema de costos. Sin embargo, el artículo 225 aclara esta situación:

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

Este artículo aclara que las instituciones, tanto públicas como privadas, que presten servicios de salud deben contar con un sistema de costos, independiente de la contabilidad financiera, pero interrelacionado con ella, aunque no especifica la metodología a aplicar ni los procedimientos necesarios para implementarlo. (Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo, 2009)

Conforme al El Decreto 2423 del 31 de Diciembre (1996) le corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, dentro de sus funciones, recomendar al Gobierno Nacional cual debe ser el régimen y los criterios que debe establecer para las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias. En virtud de lo anterior el gobierno nacional estableció mediante el

presente decreto el manual tarifario, por medio del cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios y se dictan otras disposiciones.

El Decreto 2423 del 31 de Diciembre (1996) es de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas. Las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La Resolución 1474 DE 009. “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.” reviste una importancia significativa para este estudio. En ella, la Superintendencia establece la obligación de presentar periódicamente estados financieros por unidades funcionales, de acuerdo con las normativas vigentes. Asimismo, se establece la obligación de publicar la información pertinente de la entidad y su relación con el sistema, asegurando así la competencia y transparencia necesarias. Las unidades funcionales se detallan de la siguiente manera:

Tabla 5 Unidades funcionales

Unidades Funcionales	Motivo	Ingreso	Costos/Gasto
Unidad Funcional De Urgencias	05	4105	6105
Unidad Funcional De Consulta Externa	10	4110	6110
Unidad Funcional De Hospitalizacion E Internacion	15	4115	6115
Unidad Funcional De Quirofano Y Sala De Parto	20	4120	6120
Unidad Funcional De Apoyo Diagnostico	25	4125	6125
Unidad Funcional De Apoyo Diagnostico	30	4130	6130
Unidad Funcional De Mercadeo	35	4135	6135
Unidad Funcional De Soporte Administrativo Y Ventas	51 - 52	42	5105 - 5205
Unidad Funcional De Otros Ingresos Relacionados Con La Salud	70	4170	6170

Fuente: Elaboración propia

A partir de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró en 2022 (Minsalud, 2022) el manual de Propuesta metodológica para la implementación de un sistema de costeo para las

instituciones prestadoras de servicios de salud (*Ver tabla 5*). En su introducción, se plantea la necesidad de establecer lineamientos esenciales que permitan a estas instituciones fortalecer, determinar y evaluar los costos asociados tanto a sus servicios asistenciales como administrativos. Este enfoque busca asegurar una mejora continua en la gestión de la información financiera y contable de dichas entidades. La metodología propuesta para el diseño de este sistema de costeo se detalla en una serie de pasos concretos:

1. Determinación de unidades funcionales
2. Clasificación de las unidades funcionales
3. Asignación de costos
4. Costeo de mano de obra
5. Asignación de gastos no operacionales
6. Costo final de la prestación del servicio

En la (Resolución 2336, 2023), se establece que la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando para tal efecto la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país, independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice, así como del ámbito de realización de estos.

Después de la revisión bibliografía y la normativa en la mayoría de los artículos se resalta la importancia de los costos en varios aspectos. Primero, se subraya cómo la información de costos es crucial para que las organizaciones determinen la rentabilidad de sus productos y/o servicios, permitiéndoles obtener una ventaja competitiva significativa. Esta información es esencial para que la dirección pueda tomar decisiones estratégicas y operativas de manera acertada, adaptándose a las crecientes exigencias de los clientes en términos de calidad, servicio y precio. (Cuevas Villegas, 2004)

Además, se resalta en Murillo Ballesteros, Germán Guillermo (2016), que un sistema de gestión

de costos trasciende los aspectos informáticos y contables, convirtiéndose en una herramienta gerencial integral. Este sistema involucra la participación de todas las jerarquías de la organización y pretende describir, analizar y cuantificar el valor involucrado en las diferentes interrelaciones entre los recursos disponibles y su uso por las unidades de trabajo. Esto es en procura de obtener productos, servicios y actividades que satisfagan las necesidades de los clientes internos y externos.

La utilidad de un modelo de costos radica en las decisiones que se pueden tomar a partir de la información generada. Estas decisiones pueden abarcar desde el análisis de actividades y la racionalización de recursos hasta la planeación adecuada de la cadena de suministros y el análisis de eficiencia y productividad. La implementación de planes de mejoramiento continuo basados en esta información es fundamental para invertir recursos de manera que se generen beneficios esperados (Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo, 2009).

Por último, se menciona que las técnicas de costeo, especialmente aquellas que analizan la necesidad de los factores desde un enfoque cualitativo, son herramientas básicas para la toma de decisiones en el área de salud. La simplicidad en su manejo y su fácil comprensión hacen de estas técnicas un instrumento insustituible en la toma de decisiones empresariales. (Peombo, 2008)

Después de una revisión de Las metodologías utilizadas en los artículos, el Costeo Basado en Actividades (ABC) se destaca por su preferencia entre las entidades estudiadas, debido a las ventajas que ofrece sobre las metodologías tradicionales de costeo. Esta metodología surge con el objetivo de mejorar la asignación de recursos a cualquier objeto de costo, como productos, servicios, clientes, mercados, dependencias, proveedores, entre otros. Su enfoque principal es medir el desempeño de las actividades que se ejecutan en una empresa y asignar los costos a los productos o servicios a través del consumo de estas actividades, lo cual permite una mayor exactitud en la asignación de los costos y ofrece una visión de la empresa por actividad (Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo, 2009).

Sin embargo, a pesar de sus beneficios, se han identificado inconsistencias en su aplicación, principalmente debido al poco conocimiento sobre la metodología por parte de algunas entidades (Osorio Agudelo & Duque Roldán, 2003). Esto subraya la importancia de una capacitación adecuada y un entendimiento profundo de la metodología ABC para su implementación efectiva. Los costos por protocolos es una metodología utilizada en el sector salud que se centra en la secuencia ordenada de procedimientos aplicables a un individuo con un determinado cuadro clínico o para abordar la actitud terapéutica más adecuada ante un problema de salud (Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo, 2009).

Este enfoque permite al personal médico y de salud llevar a cabo el tratamiento de manera efectiva y con el mínimo costo posible. Aunque el costeo por protocolos es ampliamente utilizado en el ámbito de la salud, más que una metodología de costeo en sí actúa como una herramienta que facilita el cálculo de estándares de consumo para procedimientos específicos (Murillo Ballesteros, Germán Guillermo, 2016).

El desarrollo de protocolos tiene como objetivos principales garantizar la efectividad del tratamiento y optimizar la utilización de recursos, estableciendo un costo estándar para los procedimientos que debe ser comparado periódicamente con los costos reales. Esta comparación permite identificar variaciones y tomar decisiones orientadas a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. A pesar de su utilidad, la operacionalización del costeo por protocolos se considera limitada por algunos, ya que se enfoca principalmente en el servicio, la prestación y los insumos, sin abordar de manera directa los costos administrativos que, aunque no se relacionan directamente con el objeto social de las instituciones de salud, son indispensables para la gestión y orientación organizacional (Bedoya Zapata, Márquez Naranjo, & Estrada Holguín, 2016).

Los costos híbridos, mencionados en varios artículos, representan una combinación de metodologías que sugiere una adaptación y flexibilidad en la aplicación de sistemas de costeo para abordar necesidades específicas de las entidades. Esta aproximación ofrece una solución

versátil y adaptativa para el diseño de sistemas de información de costos, reflejando la complejidad y la diversidad de las operaciones empresariales modernas. Además, proporciona a la gerencia las herramientas necesarias para una gestión eficaz y eficiente de los recursos (Rincón Soto & Vergara Mesa, 2013).

En resumen, los costos híbridos ofrecen una solución versátil y adaptativa para el diseño de sistemas de información de costos, reflejando la complejidad y la diversidad de las operaciones empresariales modernas, y proporcionando a la gerencia las herramientas necesarias para una gestión eficaz y eficiente de los recursos.

Los Costó por GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico): representa una metodología innovadora en el contexto colombiano, que ha comenzado a ser adoptada por grandes hospitales y clínicas. Esta técnica se enfoca en la clasificación de pacientes basada en sus diagnósticos, lo que permite una gestión de costos más precisa y eficiente. Aunque su implementación en Colombia es relativamente reciente, se reconoce su potencial para transformar la gestión de costos en el sector salud del país, promoviendo una asignación de recursos más eficaz y una atención médica más personalizada. La adopción futura de esta metodología podría significar un avance significativo en la manera en que las instituciones de salud manejan y controlan sus costos, adaptándose mejor a las necesidades específicas de cada paciente.

Estas metodologías reflejan un espectro de enfoques en la gestión de costos, desde sistemas más tradicionales hasta innovaciones adaptadas a las necesidades específicas del sector salud y otros ámbitos organizacionales. La elección y aplicación de estas metodologías dependen de varios factores, incluyendo los objetivos específicos de la entidad, la complejidad de sus operaciones y la disponibilidad de recursos para implementar sistemas de costeo más sofisticados.

7.1 SELECCIÓN DEL MODELO DE COSTEO

Considerando el contexto y la actualidad de la empresa, es fundamental reconocer los desafíos

y oportunidades específicos que enfrenta en su sector. En el caso de una entidad de salud, por ejemplo, la demanda de servicios médicos puede variar significativamente debido a factores como cambios en la demografía de la población, avances tecnológicos en el campo de la medicina y regulaciones gubernamentales en constante cambio.

En este sentido, la adopción de un enfoque híbrido que combine elementos del Costeo Basado en Actividades y del Costeo por Protocolos se vuelve aún más relevante. La precisión en la asignación de costos proporcionada por el ABC puede ayudar a identificar áreas de ineficiencia y oportunidades de mejora en la gestión de recursos, mientras que el Costeo por Protocolos permite establecer estándares de consumo para procedimientos específicos, lo que es crucial en un entorno donde la optimización de recursos es fundamental.

En resumen, optar por un enfoque híbrido que combine elementos del Costeo Basado en Actividades y del Costeo por Protocolos puede ser una estrategia óptima para mejorar la gestión de costos en entidades de salud, ya que aprovecha lo mejor de ambas metodologías para satisfacer las necesidades específicas de la organización y promover una asignación eficiente de recursos.

8. ESTRUCTURACIÓN DE UN SISTEMA DE COSTOS PARA LA IPS LA NACIONAL

8.1 DETERMINACIÓN DE UNIDADES FUNCIONALES

Se parte del concepto de unidades funcionales como base. (Minsalud, 2022) una Unidad Funcional se define como el conjunto de procesos de producción específicos, así como los procedimientos y actividades que los integran. Estos son ejecutados dentro de límites y secuencias técnicamente definidos, lo que permite visualizar, analizar e intervenir en el proceso global de venta o prestación del servicio (según la Resolución 1474 de 2009 y sus modificaciones – SNS). Por otro lado, las unidades de Negocio se definen como conjuntos de actividades homogéneas que agrupan centros de costo con una finalidad hospitalaria común. Estas unidades

operan con criterios de administración particulares y propios (según la Resolución DDC 000003 de 2017 – Contaduría General de Bogotá).

8.2 CLASIFICACIÓN DE LA UNIDADES FUNCIONALES

Se categorizan las unidades funcionales según su tipo (misional, de apoyo a lo misional, administrativo), lo que facilita el análisis de los costos en relación con las actividades económicas de la institución (*Ver tabla 6*). Las 9 unidades funcionales se proponen en consonancia con lo establecido en la Resolución 1474 de 2009 de la SNS y sus modificaciones (Minsalud, 2022).

Tabla 6 Resolución 1474 de 2009

Tipo de Unidad Funcional o de Negocio	Nombre de Unidad Funcional o de Negocio	Descripción
Misional	Consulta externa	Proceso que desarrolla el conjunto de actividades destinadas a la atención tratamiento, a través de la ejecución de acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación o paliaciones dirigidas al paciente, su familia y su entorno inmediato, siempre y cuando no requiera hospitalización.
Misional	Urgencias	Unidad que desarrolla el conjunto de procesos necesarios para preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras de integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad, que comprometan su vida o funcionalidad.
Misional	Hospitalización	Unidad que desarrolla el conjunto de procesos destinados a la prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución, mediante la interrelación entre las unidades clínicas, técnicas y administrativas.
Misional	Quirófano y sala de parto	Unidad que desarrolla el conjunto de procesos destinados a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas y su recuperación.
Misional	Otras actividades relacionadas con salud	Unidades que desarrollan otras actividades conexas a la salud, tales como: Docencia Servicio, Investigación, otras actividades relacionadas con la salud, no consideradas en otras unidades de negocio.
Apoyo Misional	Apoyo Diagnóstico	Unidades que desarrollan el conjunto de procesos destinados a orientar y precisar con impresiones diagnósticas al profesional clínico.
Apoyo Misional	Apoyo terapéutico	Unidades que desarrollan el conjunto de procesos encaminados a complementar con actividades terapéuticas aquellas ejecutadas en las diferentes unidades misionales.
Administrativa	Soporte administrativo, de distribución y operación	Comprende tanto el gasto de la gestión administrativa y de ventas necesaria para el desarrollo del objeto social de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, como los gastos no relacionados directamente con la operación de la IPS.

Fuente: Propuesta metodológica para la implementación de un sistema de costeo para las instituciones prestadoras de servicios de salud. (Minsalud, 2022)

8.3 ESTANDARIZACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTOS

De acuerdo con el documento de (Minsalud, 2022) por cada una de las unidades funcionales o de negocio se estandarizan los centros de costos - CECOS, entendidos estos como segmentaciones de la unidad de negocios generadoras de costos o gastos:

Consulta externa: Comprende consulta externa general y por especialidades médicas, salud oral, promoción y prevención, acciones extramurales en salud, cirugía ambulatoria.

Urgencias: Incluye consulta de urgencias adultos, consulta de urgencias pediátricas, observación adultos, observación pediátrica, procedimientos adultos, procedimientos en pediatría.

Hospitalización: Contiene la estancia general por especialidad y estancia en unidades especiales: UCI adultos, UCI pediátrica, UCI neonatal, unidad de cuidado intermedio adultos, unidad de cuidado intermedio pediátrica, unidad de cuidado intermedio neonatal, unidad de quemados adultos, unidad de quemados pediatría, unidad de recién nacidos, unidad salud mental y desintoxicación (baja y alta complejidad), internación parcial, unidad de aislamiento, unidad de cuidado paliativo, unidad renal, otras unidades especiales.

Quirófano y sala de parto: Abarca el quirófano por especialidad médica y sala de parto.

Otras actividades relacionadas con la salud: Incorpora la práctica formativa en salud, investigación, transporte, otras actividades relacionadas con la Salud.

Apoyo Diagnóstico: Contiene el laboratorio clínico, imagenología, anatomía patológica, electrofisiología, otros procedimientos de apoyo diagnóstico.

Apoyo terapéutico: Incluye el banco de componentes anatómicos, banco de sangre, oxígeno, farmacia, rehabilitación y terapias, terapias oftalmológicas, terapias oncológicas, hemodinámica, rehabilitación cardíaca, otros servicios de apoyo terapéutico.

Soporte administrativo y de ventas: Gastos.

Tabla 7 Estructura de procesos y áreas de gestión y participación de ingresos

PROCESOS	AREAS DE GESTION	Part
7001 - URGENCIAS	700101 - URGENCIAS	2,53%
7002 - CONSULTA EXTERNA	700201 - CONSULTA EXTERNA	0,45%
7003 - HOSPITALIZACION E INTERNACIÓN	700301 - HOSPITALIZACION	14,20%
	700302 - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	8,62%
	700304 - ALTO RIESGO OBSTETRICO	1,05%
	7003012 - HOSPITALIZACION PEDIATRICA	0,99%
	700303 - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	0,80%
	7003021 - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEADIATRICA	0,04%
7004 - QUIROFANO Y SALAS DE PARTO	700401 - CIRUGIA	45,02%
	700403 - ENDOSCOPIA	1,29%
7005 - APOYO DIAGNÓSTICO	700501 - IMÁGENES	9,80%
	700502 - LABORATORIO	3,89%
	7005019 - CARDIOLOGIA	0,56%
	700503 - NEUROFISIOLOGIA	0,06%
7006 - APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION	700601 - HEMODINAMIA	7,78%
	700603 - SERVICIO TRANSFUCIONAL	1,56%
	700305 - FISIOTERAPIA ASISTENCIAL	0,51%
	700604 - UNIDAD RENAL	0,46%
	700602 - TERAPIA ENTEROSTOMAL	0,37%
	700308 - NUTRICION	0,01%
	700307 - ATENCION DOMICILIARIA	0,00%
7010 - DEMAS INGRESOS Y EGRESOS ORDINARIOS	701001 - TRANSPORTE ASISTENCIAL	0,01%
	701005 - OTROS INGRESOS Y EGRESOS DE LA SALUD	0,01%

Fuente: Elaboración propia base la IPS+

8.4 REORGANIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LOS CENTROS DE COSTOS

La estructura cambia basada en las unidades funcionales propuestas por la resolución 1474/2009 y la propuesta metodología de costos del año 2022 del ministerio de salud, donde sea más claro y explicito para todos en la organización.

Se propone la creación de una estructura de centros de costos para los servicios asistenciales (Ver tabla 8), con un centro de costos principal y cuatro subcentros de costos específicos. El centro de costos principal se destinará a los ingresos y devoluciones, mientras que los subcentros se distribuirán de la siguiente manera: el primero abordará todo lo relacionado con sueldos y cargas prestacionales (MO), el segundo se encargará de los costos indirectos de fabricación (CIF) como agua, alcantarillado y energía, entre otros; el tercer subcentro de costos gestionará los materiales (MPD) utilizados para el servicio y el cuarto subcentro de costos abarcará la depreciación de los equipos. El siguiente esquema proporciona una organización clara y detallada de los costos asociados a los servicios asistenciales y apoyo a lo asistencial (Ver tabla 9), facilitando así la gestión y el análisis financiero.

CC: Código del Centro de costos

GRUPO CC:

- GM-Gestión medica
- OD-Mano obra directa
- CF-Costos indirectos de fabricación
- GA-Gestión Administrativa

MOTIVO: Código del motivo basado en las unidades funcionales de la siguiente manera.

Tabla 8 Estructura CeCos misional

CENTRO DE COSTO			MOTIVO CUENTA		UNIDAD FUNCIONAL / DE NEGOCIO / PROCESO			
CC	DESCRIPCIÓN	Grupo CC	CODIGO	INGRESO	COSTO O GASTO	DESCRIPCIÓN	UN	UNIDAD FUNCIONAL BAJO NORMA
70010100	URGENCIAS	GM	05	4105	6105	ASISTENCIAL	098	URGENCIAS
70010101	COORDINACION URGENCIAS	OD	05	4105	6105	ASISTENCIAL	098	URGENCIAS
70010102	MANO DE OBRA OPERATIVA URGENCIAS	OD	05	4105	6105	ASISTENCIAL	098	URGENCIAS
70010103	CIF VARIOS URGENCIAS	CF	05	4105	6105	ASISTENCIAL	098	URGENCIAS
70010104	MATERIAL URGENCIAS	GM	05	4105	6105	ASISTENCIAL	098	URGENCIAS
70010105	EQUIPOS URGENCIAS	CF	05	4105	6105	ASISTENCIAL	098	URGENCIAS
70020100	CONSULTA EXTERNA	GM	10	4110	6110	ASISTENCIAL	098	CONSULTA EXTERNA
70020101	COORDINACION CONSULTAS EXTERNA	OD	10	4110	6110	ASISTENCIAL	098	CONSULTA EXTERNA
70020102	MANO DE OBRA OPERATIVA CONSULTA EXTERNA	OD	10	4110	6110	ASISTENCIAL	098	CONSULTA EXTERNA
70020103	CIF VARIOS CONSULTA EXTERNA	CF	10	4110	6110	ASISTENCIAL	098	CONSULTA EXTERNA
70020104	MATERIAL CONSULTA EXTERNA	GM	10	4110	6110	ASISTENCIAL	098	CONSULTA EXTERNA
70020105	EQUIPOS CONSULTA EXTERNA	CF	10	4110	6110	ASISTENCIAL	098	CONSULTA EXTERNA

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9 Estructura CeCos apoyo a lo misional

CENTRO DE COSTO			MOTIVO CUENTA		UNIDAD FUNCIONAL / DE NEGOCIO / PROCESO			
CC	DESCRIPCIÓN	Grupo cc	CODIGO	INGRESO	COSTO O GASTO	DESCRIPCIÓN	UN	UNIDAD FUNCIONAL BAJO NORMA
70040503	MANO DE OBRA LAVANDERIA	OD	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040504	CIF Y EQUIPOS LAVANDERIA	CF	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040505	MATERIAL LAVANDERIA	GM	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040513	MANO DE OBRA BIOMEDICINA	OD	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040514	CIF Y EQUIPOS BIOMEDICINA	CF	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040515	MATERIAL BIOMEDICINA	GM	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040535	MATERIAL GASES MEDICINALES	GM	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040534	CIF Y EQUIPOS GASES MEDICINALES	CF	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040543	MANO DE OBRA SERVICIO FARMACEUTICO	OD	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040544	CIF Y EQUIPOS SERVICIO FARMACEUTICO	CF	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040545	MATERIAL SERVICIO FARMACEUTICO	GM	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040203	MANO DE OBRA OPERATIVA ESTERILIZACION	OD	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040204	CIF VARIOS ESTERILIZACION	CF	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70040205	MATERIAL ESTERILIZACION	GM	20	4120	6120	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70030903	MANO DE OBRA TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	OD	15	4115	6115	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70030904	CIF Y EQUIPOS TRASLADO INTRAHOSPITALARIO / (	CF	15	4115	6115	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70030905	MATERIAL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO / CAM	GM	15	4115	6115	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70030913	MANO DE OBRA CASINO	OD	15	4115	6115	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70030914	CIF Y EQUIPOS CASINO	CF	15	4115	6115	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO
70030915	MATERIAL CASINO	GM	15	4115	6115	ASISTENCIAL	098	APOYO LOGISTICO

Fuente: Elaboración propia

Nota: Los asistenciales poseen subcentros de costos donde se relacionan los tres elementos del costo (MOD, MPD, CIF). Empiezan con el código 700XXXXX

Se propone el diseño de una estructura de centros de costos para las áreas administrativas (Ver *tabla 10*), con un enfoque en un motivo principal que aglutine todos los gastos y su distribución

correspondiente. Esta organización garantizará una gestión más eficiente de los recursos financieros y una mayor transparencia en la asignación de costos dentro de la organización. A continuación, se presenta un ejemplo detallado de la estructura de centros de costos para las áreas administrativas, lo cual proporcionará una guía clara para la administración y el análisis financiero en estas áreas.

Tabla 10 Estructura CeCos administrativos

CENTRO DE COSTO		MOTIVO		CUESTA		UNIDAD FUNCIONAL / DE NEGOCIO / PROCESO		
CC	DESCRIPCIÓN	Grupo cc	CODIGO	INGRESO	COSTO O GASTO	DESCRIPCIÓN	UN	UNIDAD FUNCIONAL BAJO NORMA
60010101	GERENCIA GENERAL	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60010102	SUBGERENCIA	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60010103	REVISORIA FISCAL	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60010104	ASESORIA JURIDICA	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60010105	CONTROL INTERNO	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60010106	AUDITORIOS	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60010107	CAPILLA	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60010108	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020101	DIRECCION FINANCIERA	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020201	CONTABILIDAD	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020202	IMPUESTOS, GRAVAMENES Y TASAS	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020301	TESORERIA	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020501	FACTURACION	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020503	ADMISIONES Y AUTORIZACIONES	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020504	HONORARIOS MEDICOS	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020505	CONTROL CUENTAS	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020601	CARTERA Y RADICACION	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020701	COSTOS Y PRESUPUESTOS	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020801	GLOSAS Y DEVOLUCIONES	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020802	ALISTAMIENTO	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60020901	MESA CONTROL	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS
60060401	PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	GA	51		5105	ADMINISTRATIVO	099	SOPORTE ADMINISTRATIVO Y VENTAS

Fuente: Elaboración propia

Nota: Los administrativos empiezan con el código 600XXXXX

8.5 ESTRUCTURA DE LA ASIGNACIÓN BASE DE COSTOS

La estructura de la prestación de servicios de salud exige un mecanismo combinado de asignación de costos y gastos que, de acuerdo con la complejidad de cada centro de costo, la asignación puede darse de manera directa o indirecta. (Ver tabla 11)

La asignación directa, se realiza cuando el costo está directamente relacionado con la obtención del servicio y se toma a partir de la información registrada en las dependencias de la institución o los soportes de consumo. Ejemplo: insumos hospitalarios.

La asignación indirecta, se realiza cuando el costo o gasto afecta varios servicios y no es posible

asignarlo directamente a un centro de costo determinado, sino que es necesario utilizar algún criterio apropiado que permita la distribución del gasto dependiendo de las características del mismo. Ejemplo: si se trata del servicio de acueducto, alcantarillado y aseo, el criterio de asignación base puede corresponder a los metros cúbicos ponderados por la cantidad de personas que hacen parte de cada centro de costo, multiplicado por el valor total de la factura.

A continuación, se presenta el tipo de asignación base que puede manejar cada uno de los centros de costos y los criterios de distribución base a aplicar. (Minsalud, 2022)

Tabla 11 Tipo de asignación y criterios de distribución base para los conceptos del costo.

Tipo de Concepto	Concepto de Costo	Tipo de asignación base	Criterio de distribución base
Costos de mano de obra	Planta	Asignación directa	NA
	Contrato directo	Asignación directa	NA
	Contrato con terceros	Asignación directa	NA
	Medicamentos	Asignación directa	NA
Insumos y medicamentos	Dispositivos médicos	Asignación directa	NA
	Reactivos de diagnóstico	Asignación directa	NA
	Otros elementos de consumo médico asistenciales	Asignación directa	NA
Gastos	Arrendamiento	Asignación directa (cuando toda el área física corresponde a un solo centro de costo)	NA
	Arrendamiento	Asignación indirecta (cuando el canon de arrendamiento cubre varios centros de costo)	Metros cuadrados del área que ocupa el centro de costo
	Viáticos y gastos de viaje	Asignación directa (Al centro de costos al que pertenezca la actividad realizada)	NA
	Comunicación, transporte, fletes y acarreos	Asignación directa	NA
	Telefonía	Asignación indirecta	Número de líneas telefónicas o puntos de red
	Combustibles y lubricantes	Asignación directa	NA
	Elementos de papelería y útiles de oficina	Asignación directa	NA
	Seguros	Asignación directa	Por activo asegurado, por empleado asegurado
	Seguros	Asignación indirecta	Metro2 para edificaciones
	Servicios Públicos	Asignación indirecta	Acueducto, alcantarillado y aseo: metros cúbicos ponderados por la cantidad de personas que hacen parte de cada centro de costo, multiplicado por el valor total de la factura.
	Servicios Públicos	Asignación indirecta	Energía eléctrica: consumo de kWh de equipos y bombillas por tiempo de uso, en cada centro de costo.
	Servicios Públicos	Asignación indirecta	Gas: prorrateo según el consumo de agua en los centros de costo que utilizan este servicio.
	Sentencias Judiciales	Asignación directa	NA
	Impuestos, contribuciones, tasas y multas	Asignación directa	NA
	Impuestos, contribuciones, tasas y multas	Asignación indirecta	Metro2 de las áreas principales.
	Vigilancia y seguridad	Asignación directa	NA
	Vigilancia y seguridad	Asignación indirecta	Metro2 de las áreas principales.
	Mantenimiento y reparaciones	Asignación directa	NA
	Mantenimiento y reparaciones	Asignación indirecta	Metro2 de las áreas principales.
	Aseo y cafetería	Asignación directa	NA
	Aseo y cafetería	Asignación indirecta	Metro2 de las áreas principales (aseo).
	Lavandería	Asignación indirecta	Kilos de ropa.
	Alimentación	Asignación directa	Según número de raciones
	Financieros	Asignación directa (Como gasto no operacional)	NA
	Otros gastos	Asignación directa	NA
	Deterioro de cuentas por cobrar	Asignación directa	NA
	Depreciaciones	Asignación directa	Según los activos fijos de cada centro de costo
	Amortizaciones	Asignación directa	Según la ubicación del diferido
	Provisión para contingencia	Asignación directa	NA
	Mercadeo	Asignación directa	Según centro de costo de ejecución
	Mercadeo	Asignación indirecta	Prorrateo asociado a la participación de los centros de los costos misionales y de apoyo misional sobre el total de los ingresos.

Fuente: Propuesta metodológica para la implementación de un sistema de costeo para las instituciones prestadoras de servicios de salud. (Minsalud, 2022)

9. DISEÑO DE COSTEO POR PROTOCOLOS

Antes de definir protocolos estándar para el tratamiento de procedimientos de prestación de salud, determinaremos qué son los CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud). Corresponde al ordenamiento lógico y detallado que cuenta con una estructura definida para la descripción de los procedimientos y servicios que se realizan en Colombia (*Ver tabla 12*). Estos códigos son utilizados en el sistema de salud colombiano para identificar de manera única cada uno de los servicios médicos que se prestan a los pacientes. Los CUPS son utilizados por las EPS (Entidades Promotoras de Salud), las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) y otras entidades relacionadas con la atención médica para realizar facturación, llevar registros y garantizar la trazabilidad de los servicios médicos. Los CUPS también son útiles para el paciente, ya que le permiten entender qué servicios se le están prestando y para qué.

Tabla 12 CUPS - Clasificación Única de Procedimientos en Salud

Cups	Capítulo	DESCRIPCIÓN En minúscula	Iss 2001	Uvr	Soat	Total Soat	Total Iss
010101	Capítulo 01 SISTEMA NERVIOSO	Puncion Cisternal, Via Lateral	10101	70	1250	745.880,00	360.135,00
060101	Capítulo 02 SISTEMA ENDOCRINO	Drenaje Del Area Tiroidea Via Percutanea	60100	53765	21510	392.100,00	53.765,00
080101	Capítulo 03 SISTEMA VISUAL	Drenaje De Coleccion Por Blefarotomia	80100	30	28131	71.500,00	136.495,00
170006	Capítulo 04 SISTEMA AUDITIVO	Reseccion Parcial De Hueso Temporal	183104	180	3114	3.451.000,00	713.170,00
210001	Capítulo 05 NARIZ, BOCA Y FARINGE	Control De Epistaxis Por Ablacion Via Transnasal	210100	29075	27121	104.800,00	29.075,00
300101	Capítulo 06 SISTEMA RESPIRATORIO	Reseccion De Quiste Ventricular Via Abierta	300101	70	3510	2.815.320,00	360.135,00
351101	Capítulo 07 SISTEMA CIRCULATORIO	Valvuloplastia Aortica Via Abierta	351100	450	5620	6.315.040,00	1.800.000,00
401101	Capítulo 08 SISTEMA HEMATICO Y LINFATICO	Biopsia De Ganglio Linfatico Superficial	401101	25	17702	745.880,00	123.545,00
420101	Capítulo 09 SISTEMA DIGESTIVO	Drenaje De Coleccion De Esofago Por Esofagotomia Via Abierta	420100	100	6401	1.847.493,33	512.850,00
550101	Capítulo 10 SISTEMA URINARIO	Marsupializacion De Quiste Renal Por Nefrotomia Por Via Abierta	550101	80	9170	1.680.840,00	410.640,00
600110	Capítulo 11 SISTEMA REPRODUCTOR MASCULINO	Drenaje De Coleccion En Prostata Via Abierta	600110	40	9501	1.847.493,33	180.980,00
651201	Capítulo 12 SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	Biopsia En Ovario Por Laparotomia	651201	60	17643	1.847.493,33	293.985,00
760101	Capítulo 13 SISTEMA OSTEOMUSCULAR	Secuestrectomia Intraoral Con Fijacion Interna	760101	60	16203	1.680.840,00	293.985,00
850100	Capítulo 14 SISTEMA TEGUMENTARIO	Drenaje En Mama De Coleccion Por Mastotomia O Mastotomia Sod	850100	30	10101	554.866,67	136.495,00

Fuente: Elaboración propia

Cuando un paciente llega a los servicios de salud, se abre una historia clínica para él. Esta historia clínica tiene un código único de cuenta o episodio, que se utiliza para identificar todos los registros relacionados con la atención médica del paciente.

En la historia clínica, se registra toda la información relevante sobre la atención médica del paciente. Esto incluye los diagnósticos, tratamientos, procedimientos realizados, medicamentos

recetados, exámenes de laboratorio, resultados de imágenes médicas, notas de progreso, entre otros.

Cada vez que el paciente recibe atención en diferentes departamentos o áreas dentro de la institución de salud, se registra esta información en la historia clínica. Esto permite seguir la trazabilidad de los servicios prestados y los costos asociados a cada departamento o centro de costos.

Además de los servicios médicos, también se registra el uso de insumos, medicamentos y materiales en la historia clínica. Cada vez que se administra un medicamento o se utiliza un material médico durante la atención del paciente, se registra en su historia clínica junto con la cantidad utilizada.

Para cada procedimiento médico, tratamiento o servicio prestado al paciente, se asigna un código único de prestación de salud (CUPS). Estos códigos se utilizan para identificar y facturar los servicios prestados de acuerdo con los estándares y regulaciones del sistema de salud.

La historia clínica se actualiza continuamente a medida que el paciente recibe más atención médica. Esto incluye nuevas consultas, procedimientos, cambios en el tratamiento, resultados de exámenes adicionales, entre otros. El objetivo es mantener un registro completo y preciso de la atención médica del paciente a lo largo del tiempo.

Protocolo Clínico en cirugía:

1. Evaluación preoperatoria.
2. Preparación preoperatoria del paciente.
3. Admisión al quirófano y preparación.
4. Administración de la anestesia.
5. Realización del procedimiento quirúrgico.
6. Manejo de complicaciones.
7. Cuidados postoperatorios.
8. Alta hospitalaria

Estos pasos forman el protocolo básico que se sigue en cirugía para asegurar la seguridad y eficacia del procedimiento.

9.1 IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS UTILIZADOS

Después de tener las historias clínica y bases de datos utilizamos el método Bottom-up (ascendente): asignado los costos a nivel de objeto, en nuestro caso el procedimiento individual o CUPS. Este enfoque es más detallado y preciso, ya que permite conocer el costo asociado con cada elemento de atención médica. este método permite analizar los costos pasados asociados con pacientes, enfermedades, prácticas médicas (Barreiro, 2019).

Ilustración 3 Estadísticas de CUPS

Nombre	
	Actividades_1107062471_Facturacion_202301_20230914.csv
	Actividades_1107062471_Facturacion_202302_20230915.csv
	Actividades_1107062471_Facturacion_202303_20230915.csv
	Actividades_1107062471_Facturacion_202304_20230915.csv
	Actividades_1107062471_Facturacion_202305_20230915.csv
	Actividades_1107062471_Facturacion_202306_20230915.csv
	Actividades_1107062471_Facturacion_202307_20230915.csv
	Actividades_1107062471_Facturacion_202308_20230915.csv
	Actividades_1107062471_Facturacion_202309_20231002.csv
	Actividades_1107062471_Facturacion_202310_20231107.csv
	Actividades_1107062471_Facturacion_202311_20231206.csv
	Actividades_1107062471_Facturacion_202312_20240110.csv

Fuente: Descarga estadística de la clínica

La información general recopilada en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) abarca diversos aspectos clave de la atención médica. Esto incluye la identificación única de cada episodio de atención, las fechas de creación y realización de los servicios de salud, así como los datos personales del paciente como su nombre, fecha de nacimiento y contacto (Ver *ilustración 3*). Además, se registran las descripciones de las prestaciones médicas realizadas, junto con detalles administrativos y financieros, como la facturación y el estado de las prestaciones.

Tabla 13 Insumos y medicamentos por CUPS

Recia	Código Prestación	Descripción de la Prestación	Cant
CUPS	0000597210	Inyeccion Endoscopica De Implante En Cuello Vesical O Intrauretral	1
INSU	0000MT0601	Aguja Desechable No 18 G X1 1/2	1
INSU	0000MT1054	Cateter Aguja No 18	1
INSU	0000MT1511	Equipo Ext R33 Adulto R 1139solo U	2
INSU	0000MT1657	Jeringa Desechable X 10mlc/A 21x11/2	1
INSU	0000MT1660	Jeringa Desechable X 3ml Ca 21adulto	1
INSU	0000MT1663	Jeringa Desechable X 5mlc/A 21nipro	1
INSU	0000MT1703	Llave De Tres Vias	1
INSU	0000MT2278	Electrodo Cardioscopio Adulto	3
INSU	0000MT2657	Higrobac S Adulto Servohumidificado	1
INSU	0000MT9104	Equipo De Macrogoteo De Seguridad	1
MEDI	0000AM0367	Cloruro De Sodio Iv 0.9% Bolsa 1000ml	1
MEDI	0000AM0368	Cloruro De Sodio Iv 0.9% Bolsa 250ml	2
MEDI	0000AM0411	Dexametasona Sistem 4 Mg Amp 1ml	2
MEDI	0000AM0452	Dipirona 2 G/5ml (40%) Amp	1
MEDI	0000AM0605	Hioscina B-Bromuro 20mg/1ml Amp	1
MEDI	0000AM0686	Lidocaina Topica 2% Jalea Tubo 30ml	1
MEDI	0000AM0869	Propofol 1% Fco 20ml	1
MEDI	0000AM1490	Ampicilina 1g + Sulbactam 0.5g Polvo Iny	2
MEDI	0000AM2847	Lactato Ringer 0.96g/100ml 500ml	1

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla anterior tiene un CUPS y los insumos que se cargaron al episodio y/o número cuenta. (Ver tabla 13)

9.2 ESTABLECIMIENTO DE ESTÁNDARES DE CONSUMO EN TIEMPO

Los tiempos quirúrgicos se dividen en tres etapas: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. El preoperatorio abarca desde la preparación del paciente hasta la incisión inicial. El intraoperatorio comprende la cirugía propiamente dicha, desde la primera incisión hasta el cierre de la última herida. El postoperatorio incluye el cuidado inmediato después de la cirugía, monitoreando al paciente en la recuperación y previniendo complicaciones. Estas fases son fundamentales para garantizar la seguridad y eficacia del procedimiento quirúrgico.

Tabla 14 Base de tiempos quirúrgicos

Código resolución	Descripción	T.proc [min]
547505	Reconstruccion De Pared Abdominal Anatomica Y Funcional Via Abierta	115
019101	Lobectomia Por Craneotomia	28
020201	EsquirlECTomia Craneal A Traves De Trepanacion	75
168401	Descompresion De Orbita Via Techo De Orbita	148
684020	Histerectomia Total Por Laparoscopia	100
767301	Reduccion Cerrada De Fractura Hemi Lefort I, Con Fijacion Internaxilar, Tutores Y Halos De Traccion	68
767401	Reduccion Abierta De Fractura Hemi Lefort I, Con Fijacion Interna	98
801700	Artrotomia De Tobillo O Cuello De Pie Sod	80
804301	Capsulotomia Metacarpofalangica (Una O Mas)	98
862803	Desbridamiento No Escisional De Tejido Desvitalizado Entre El 10% Al 20% De Superficie Corporal	65

Fuente: Elaboración propia

El cálculo estándar de tiempo se basa en los registros de tiempo quirúrgico, los cuales son obligatorios y documentan la entrada y salida del quirófano (*Ver tabla 14*). Estos registros se utilizan en conjunto con los códigos CUPS para analizar los tiempos mínimos, máximos, promedio y moda, con el fin de determinar el tiempo estándar necesario para cada procedimiento. Sin embargo, es crucial realizar una depuración y limpieza de la información debido a que los registros son realizados manualmente, lo que conlleva a una gran variedad de errores que pueden afectar la precisión de los cálculos.

9.3 DETERMINACIÓN DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS

En el proceso de revisión de episodios o cuentas en los que se ha presentado el CUPS (Clasificación Único de Prestación de Servicios), es importante realizar una depuración para asegurar que cada acto quirúrgico esté asociado a un solo CUPS. Esto facilita el análisis de los insumos y medicamentos utilizados en cada protocolo quirúrgico. La depuración implica identificar y corregir el cargo de varios CUPS a los actos quirúrgicos. Una vez depurados los datos, se puede realizar un análisis más preciso de los recursos consumidos en cada CUPS, lo que contribuye a una gestión más eficiente de los insumos y medicamentos en la institución de salud.

Tabla 15 Canasta básica

Recla	Cups	Descripción de la Prestación	Episodios					Total	No
			31765852	32662259	33008270	33260849	33700171	33985350	
CUPS	0000793802	Reduccion Abierta De Fractura De Metatarsianos	1	1	1	1	1	1	6
INSU	0000MT0551	Venda De Yeso 6 X 5 Yds	2			1			3
INSU	0000MT0593	Surgipro 3/0 R/Sp5663 [Prolene 3/0 8663]		2	1			1	4
INSU	0000MT0642	Algodon Laminado [6 Pulg X 5 Yardas]	1			1		1	3
INSU	0000MT1054	Cateter Aguja No 18	1	1	1	2			5
INSU	0000MT1657	Jeringa Desechable X 10mlc/A 21x11/2	2	5	1	2	2	2	14
INSU	0000MT1663	Jeringa Desechable X 5mlc/A 21nipro	2		2	2	2	2	10
INSU	0000MT1985	Cuchilla P/Bisturi No15 [Unidad] (C)		1	1			1	3
INSU	0000MT2278	Electrodo Cardioscopio Adulto			3				3
INSU	0000MT9104	Equipo De Macrofoto De Seguridad	1	1	1	1			4
INSU	00MOTS-EXT Qx	Material Osteosintesis Extremidad	1	1	1	1			4
MEDI	0000AM0043	Cefazolina 1g Vial Polvo Iny	2	2	1	2	2		9
MEDI	0000AM0364	Cloruro De Sodio Iv 0.9% Bolsa 100ml	1	1	2	2		1	7
MEDI	0000AM0368	Cloruro De Sodio Iv 0.9% Bolsa 250ml	2	1	1				4
MEDI	0000AM0369	Cloruro De Sodio Iv 0.9% Bolsa 500ml		1	1	1	1	2	6
MEDI	0000AM0434	Diclofenac 75 Mg Amp 3ml	1	1	1	1	1	1	6
MEDI	0000AM0452	Dipirona 2 G/5ml (40%) Amp	1	1	1	1	1	1	6
Total			18	19	19	18	10	13	97

Fuente: Elaboración propia

Se revisan insumos y medicamentos que se consumen en los episodios o cuentas se realizan los filtros de centro de costos y capítulos quirúrgicos correspondientes a cirugía y se define una canasta básica de consumo por cups que puede varía dependiendo del paciente y su patología como también las complicaciones médicas. (Ver tabla 15)

9.4 COSTEO DE MANO DE OBRA CIRUGIA

Se genero una base de honorarios para especialistas, anestesiólogos y ayudantes, que se negoció con los profesionales según los tarifarios establecidos por entidades como el SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito), el ISS (Instituto de Seguros Sociales) o tarifas propias, para cada uno de los códigos CUPS (Clasificación Único de Prestación de Servicios). Esto implica que se han acordado tarifas específicas para cada procedimiento médico o quirúrgico, dependiendo de las regulaciones y acuerdos establecidos por estas entidades o de acuerdo con las políticas internas de la institución de salud. Estas bases de honorarios ayudan a estandarizar los costos de los servicios médicos y facilitan la facturación y el manejo financiero de la institución.

El costeo de la mano de obra indirecta en cirugía es un componente esencial en la evaluación global de los costos asociados con la atención quirúrgica. Este tipo de costo abarca los honorarios del personal de apoyo administrativo, los gastos generales del quirófano, el mantenimiento de equipos médicos y otros costos indirectos relacionados con la prestación de servicios quirúrgicos. Aunque estos costos no están directamente vinculados a la ejecución del procedimiento quirúrgico en sí, son fundamentales para mantener la operatividad eficiente del entorno quirúrgico y garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Evaluar y controlar adecuadamente estos costos indirectos es crucial para la sostenibilidad financiera de cualquier institución médica y para asegurar que se pueda brindar atención quirúrgica de alta calidad de manera continua. (Ver tabla 16)

Tabla 16 Nómina

Cargo	Cantidad[u]	Salario Pro	Costo Nomina[\$]	Min.Mes[s]	Costo.Minuto	Asignación
Auxiliar Administrativo	2	\$ 1.429.120	\$ 4.049.112	20.175	\$ 200,70	Indirecto
Auxiliar Atencion Al Usuario	4	\$ 1.245.062	\$ 9.304.629	40.351	\$ 230,59	Indirecto
Auxiliar De Enfermeria	6	\$ 1.686.957	\$ 18.705.708	60.526	\$ 309,05	Indirecto
Circulante	30	\$ 1.783.567	\$ 102.722.129	302.634	\$ 339,43	Directo
Coordinador De Cirugia	1	\$ 4.312.000	\$ 5.616.989	10.087	\$ 556,85	Indirecto
Coordinador De Cirugia Cardiovascular	2	\$ 5.790.400	\$ 17.818.547	20.175	\$ 883,20	Indirecto
Coordinador Medico Cirugia	1	\$ 12.320.000	\$ 20.651.503	10.087	\$ 2.047,34	Indirecto
Instrumentador Quirurgico	25	\$ 2.985.942	\$ 134.043.362	252.195	\$ 531,51	Directo
Jefe De Enfermeria	18	\$ 2.836.709	\$ 89.307.708	181.580	\$ 491,84	Directo
Medico General	40	\$ 5.317.961	\$ 367.867.374	403.512	\$ 911,66	Directo
Programadora De Cirugia	1	\$ 1.299.200	\$ 2.194.985	10.087	\$ 217,61	Indirecto
Recuperador	8	\$ 1.742.844	\$ 26.780.133	80.702	\$ 331,84	Indirecto
Total	138		\$ 799.062.177	1.392.111		

Fuente: Elaboración propia

9.5 COSTO DE MANO DE OBRA HONORARIOS MEDICOS

La gestión eficiente de los honorarios negociados y fijados con los especialistas es fundamental para cualquier entidad prestadora de servicios de salud, siendo una práctica esencial en entornos médicos y de atención sanitaria. La plantilla destinada a este fin se erige como una herramienta invaluable, actuando como un repositorio centralizado donde se consignan detalladamente los acuerdos financieros entre la institución de salud y los especialistas que brindan servicios dentro de sus instalaciones.

Esta plantilla, meticulosamente mantenida, registra información vital de cada acuerdo, incluyendo el nombre del especialista, el tipo de servicio o procedimiento ofrecido, los honorarios negociados, tarifas fijas, términos de pago y cualquier otro detalle relevante vinculado a la compensación por servicios médicos. (Ver tabla 17)

Al mantener esta plantilla actualizada y precisa, la institución de salud puede asegurar una administración óptima de los costos y una transparencia total en las negociaciones financieras con los especialistas. Esta herramienta facilita el seguimiento de los pagos, la planificación presupuestaria y la evaluación del rendimiento financiero de la entidad en relación con los servicios prestados por los especialistas.

Asimismo, la plantilla sirve como referencia clave durante negociaciones futuras y para resolver posibles discrepancias en los pagos. Además, proporciona una base sólida para auditorías internas y externas, contribuyendo a mantener la integridad y la conformidad financiera de la institución de salud en todo momento.

Tabla 17 Honorarios médicos

Código resolución	Descripción	Honorarios Especialista	Honorarios ayudantía	Honorarios anestesiólogo	Costo Honorarios
547505	Reconstrucción De Pared Abdominal Anatómica Y Funcional Vía Abierta	\$ 526.700	\$ 144.000	\$ 301.200	\$ 971.900
019101	Lobectomía Por Craneotomía	\$ 1.049.500	\$ 286.600	\$ 612.800	\$ 1.948.900
020201	Esquirlotomía Craneal A Traves De Trepanación	\$ 810.500	\$ 221.200	\$ 472.100	\$ 1.503.800
168401	Descompresión De Órbita Vía Techo De Órbita	\$ 1.366.300	\$ 372.800	\$ 830.700	\$ 2.569.800
767301	Reducción Cerrada De Fractura Hemi Lefort I, Con Fijación Intermaxilar, Tu	\$ 371.300	\$ 97.900	\$ 218.900	\$ 688.100
767401	Reducción Abierta De Fractura Hemi Lefort I, Con Fijación Interna	\$ 648.600	\$ 176.500	\$ 372.300	\$ 1.197.400
801700	Artrotomía De Tobillo O Cuello De Pie Sod	\$ 317.200	\$ 82.800	\$ 188.300	\$ 588.300
804301	Capsulotomía Metacarpofalangica (Una O Mas)	\$ 526.700	\$ 144.000	\$ 301.200	\$ 971.900
862803	Desbridamiento No Escisional De Tejido Desvitalizado Entre El 10% Al 20%	\$ 241.900	\$ -	\$ 158.100	\$ 400.000

Fuente: Elaboración propia

10 DISEÑO DE COSTEO ABC

Una vez que se han calculado los costos directos y se han identificado los recursos necesarios para la cirugía, es importante considerar los costos de las instalaciones y otros gastos indirectos asociados con la realización del procedimiento quirúrgico. Esto incluye una variedad de aspectos,

como el tiempo de uso de las salas de operaciones, el mantenimiento y limpieza de equipos médicos, los suministros de uso general en el centro quirúrgico, los costos de administración y gestión del personal, así como otros gastos operativos indirectos.

Los costos de instalaciones abarcan el alquiler o depreciación de los espacios quirúrgicos, así como los costos de servicios públicos como electricidad, agua y aire acondicionado necesarios durante la cirugía. Además, se deben considerar los gastos relacionados con el mantenimiento y la actualización de equipos médicos y quirúrgicos utilizados durante el procedimiento.

Por otro lado, los gastos indirectos pueden incluir el salario y beneficios del personal de apoyo administrativo y técnico involucrado en la preparación y seguimiento de la cirugía, así como los costos de suministros de oficina y otros gastos operativos generales del centro médico.

Sumar costos de instalaciones y otros gastos indirectos:

Una vez que se han calculado los costos directos y se han identificado los recursos necesarios para la cirugía, es fundamental considerar los costos de las instalaciones y otros gastos indirectos asociados con la realización del procedimiento quirúrgico. Estos costos indirectos son parte integral del proceso de costo y pueden tener un impacto significativo en el costo total de la cirugía.

Los costos de instalaciones abarcan el alquiler o la depreciación de los espacios quirúrgicos, así como los costos de servicios públicos como electricidad, agua y aire acondicionado necesarios durante la cirugía. Además, se deben considerar los gastos relacionados con el mantenimiento y la actualización de equipos médicos y quirúrgicos utilizados durante el procedimiento.

Por otro lado, los gastos indirectos pueden incluir el salario y beneficios del personal de apoyo administrativo y técnico involucrado en la preparación y seguimiento de la cirugía, así como los costos de suministros de oficina y otros gastos operativos generales del centro médico.

Es esencial aplicar una metodología precisa para calcular estos costos indirectos de manera efectiva. Una metodología utilizada y altamente recomendada es la Metodología ABC (Activity-

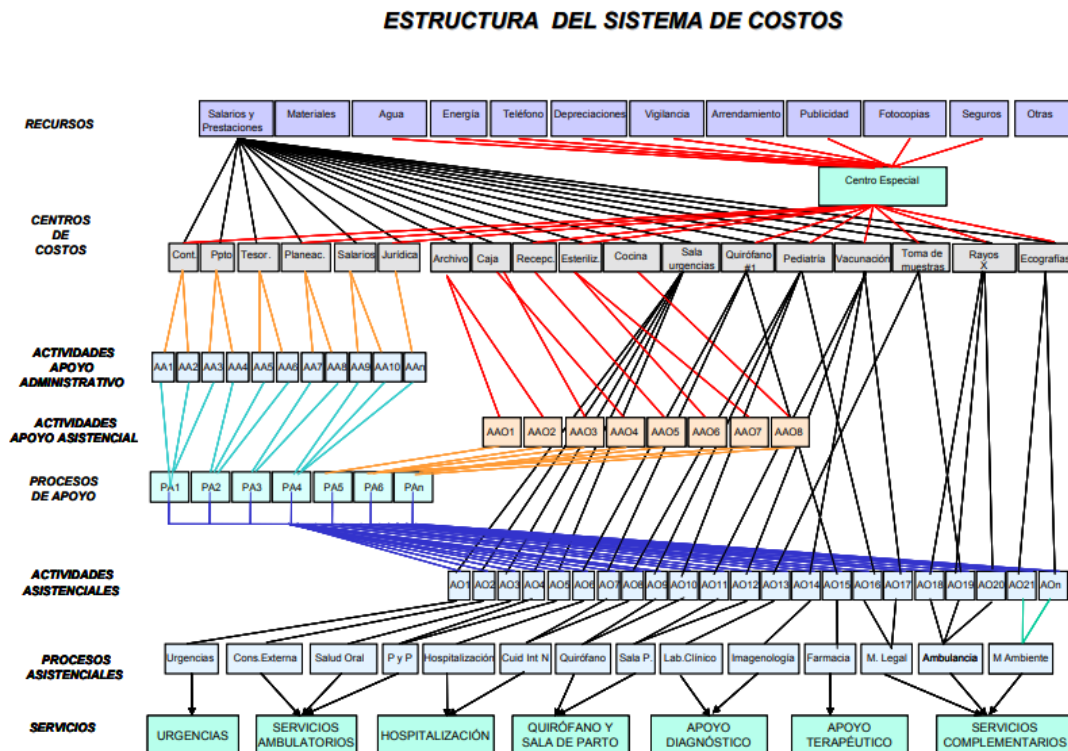
Based Costing). Esta metodología asigna costos a las específicas realizadas dentro del proceso quirúrgico, lo que permite una asignación más precisa de los costos indirectos a cada procedimiento o servicio médico. Al identificar y asignar costos basados en las actividades realizadas, el sistema ABC proporciona una visión más detallada y precisa de los costos asociados con cada aspecto del proceso quirúrgico.

Al sumar estos costos de instalaciones y otros gastos indirectos utilizando la metodología ABC, se obtiene una imagen más completa y precisa del costo total asociado con la realización de la cirugía. Esto facilita una adecuada fijación de precios, una gestión financiera efectiva y una toma de decisiones informada en el centro médico.

10.1 ASIGNACIÓN DE COSTOS

Una vez se cuenta con la suficiente información para preparar un mapa de costos en el cual se identifiquen los diferentes niveles que componen el modelo. A continuación, se muestran los niveles básicos utilizados en el montaje del sistema de costos aplicado al sector salud (Antioquia), cada uno de los niveles se explicará detalladamente, pues su adecuada definición garantizará el éxito en el montaje y la asignación de costos a través de todo el modelo. (Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo, 2009)

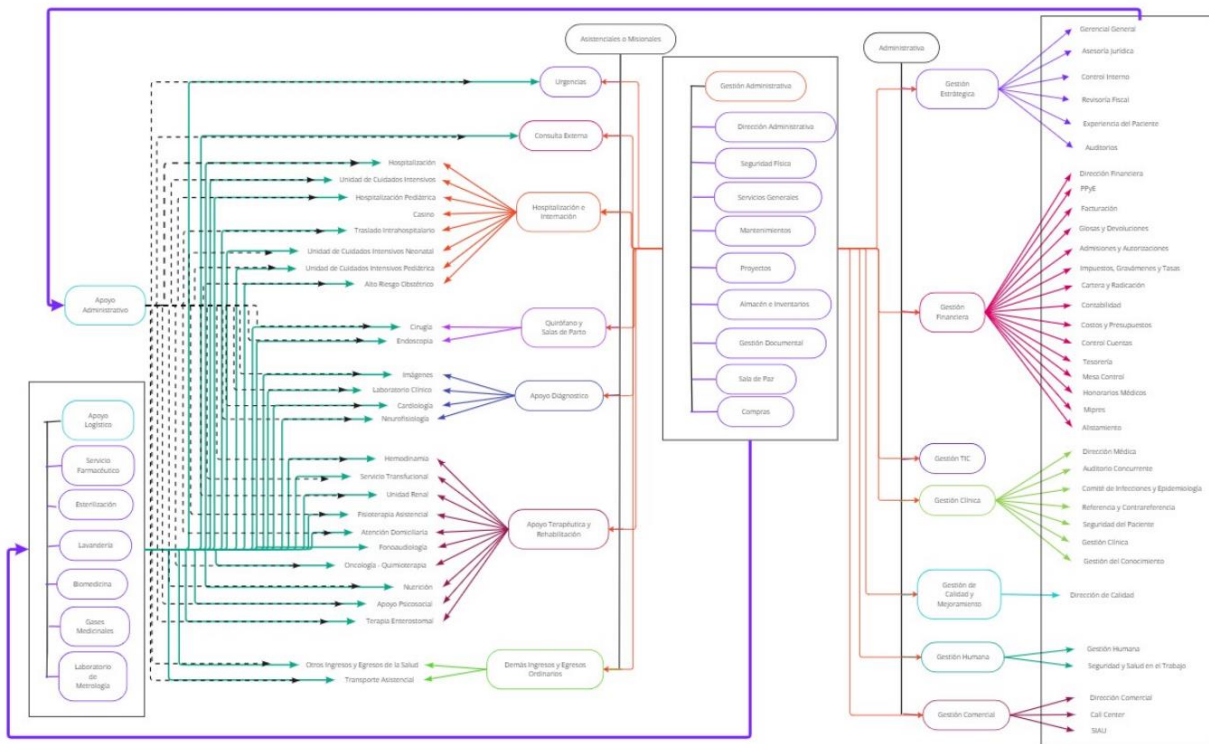
Ilustración 4 Estructura del sistema de costos



Fuente: OSORIO Agudelo, Jair Albeiro & DUQUE Roldán, María Isabel. Sistema de Costeo Basado en Actividades Aplicado al Sector Salud. Universidad de Antioquia. 2012.

Para comprender la imagen anterior (Ver ilustración 4), que nos servirá de guía para evaluar cada uno de los direccionadores o prorrateos. ¿Qué es el concepto de prorrateo o direccionador? El prorrateo o direccionador se define como el proceso de distribución equitativa y proporcional de una cantidad entre distintas unidades o áreas de una organización, siendo esencial para la asignación justa de recursos financieros. En el contexto de los Gastos Indirectos de Producción, implica la asignación de estos costos a cada departamento según criterios predefinidos, como horas de mano de obra o consumo de materiales, garantizando que cada área asuma su parte correspondiente de manera proporcional y contribuyendo así a una gestión financiera eficiente y transparente en la empresa.

Ilustración 5 Propuesta de asignación IPS LA NACIONAL



Fuente: Elaboración Profesor de la Universidad del Valle Francisco Molina

La gráfica presentada permite analizar la distribución de los costos en función de las actividades económicas de la institución, dividiendo los gastos en tres categorías principales: misional, apoyo a lo misional y administrativo. Este análisis revela cómo se asignan los recursos entre estas áreas y facilita la identificación de tendencias y patrones en la distribución de costos. (Ver ilustración 5)

Determinación de direccionadores o prorrates: En el modelo de costos, se han definido tres niveles de direccionadores básicos, los cuales se describirán a continuación:

A) Direccionadores de primer nivel o Prorrato Primario. Consiste en distribuir y acumular los cargos indirectos primariamente entre los centros de costos asistenciales y administrativos existentes, como lo son: Agua, alcantarillado, arrendamiento, aseo, recolección de residuos, fumigación, licencias de office, publicidad, vigilancia, sistemas de información, pólizas, energía, telefonía e internet. A continuación, ejemplo de plantilla

realizada para la clínica (Arrendamiento):

Tabla 18 Plantilla de distribución primer prorrateo

PLANTILLA DE DISTRIBUCIÓN		CÓDIGO:		CC-CYP-FRM-002
		VIGENCIA:		12/10/2023
COSTOS Y PRESUPUESTOS		VERSIÓN:		1
		PÁGINA		1 de 2
PERIODO		ENERO-DICIEMBRE 2023		CONTRATO - PROVEEDOR
FECHA DE ENTREGA A CONTABILIDAD				CONCEPTO DE DISTRIBUCIÓN
				ARRENDAMIENTO
Nº	UNIDADES FUNCIONALES	M2	PORCENTAJE	\$ 100.000.000
1	URGENCIAS	1.283	5,06%	\$ 5.058.949
2	HOSPITALIZACION E INTERNACION	9.818	38,71%	\$ 38.712.985
3	APOYO TERAPEUTICO	1.035	4,08%	\$ 4.081.069
4	QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO	1.603	6,32%	\$ 6.320.729
5	APOYO DIAGNOSTICO	1.115	4,40%	\$ 4.396.514
6	GESTION ESTRATEGICA	7.014	27,66%	\$ 27.656.638
7	GESTION FINANCIERA	646	2,55%	\$ 2.547.218
8	GESTION ADMINISTRATIVA	648	2,56%	\$ 2.555.104
9	GESTION TIC	53	0,21%	\$ 208.982
10	GESTION PROYECTOS	992	3,91%	\$ 3.911.518
11	GESTION ABASTECIMIENTO	724	2,85%	\$ 2.854.777
12	GESTION CLINICA	91	0,36%	\$ 358.819
13	GESTION DE CALIDAD	34	0,13%	\$ 134.064
14	GESTION HUMANA	114	0,45%	\$ 449.509
15	GESTION COMERCIAL	191	0,75%	\$ 753.125
TOTAL		25.361	100%	\$ 100.000.000

Fuente: Elaboración propia

Direccionadores de segundo nivel o prorrateo Secundario: El proceso de redistribución de cargos indirectos acumulados en los centros de costos administrativos hacia los centros de costos asistenciales es fundamental para mantener una estructura financiera equilibrada y precisa. Este segundo nivel de direccionamiento implica una asignación cuidadosa de los costos hacia áreas específicas de producción o prestación de servicios. A continuación, se presenta una plantilla para este proceso, la cual abarca una amplia gama de centros de costos administrativos, desde Gerencia General hasta Biomedicina.

Tabla 19 Distribución segundo prorateo de gastos

Gastos administrativo	Gastos Promedio Mes	Participación Gastos	Inductor	Ind	Gastos Cirugía	Participación Gastos2
60010101 - Gerencia General	\$ 236.069.992,17	9,81%	Ingresos	45,98%	\$ 118.606.449,67	17,59%
60030104 - Seguridad Física	\$ 206.653.603,17	8,59%	Depreciación	15,19%	\$ 34.310.237,95	5,09%
60060401 - Propiedad Planta Y Equipo	\$ 189.423.141,83	7,87%	Depreciación	15,19%	\$ 31.449.502,79	4,66%
60030102 - Servicios Generales	\$ 179.839.011,75	7,47%	Personal requerido	12,35%	\$ 24.262.724,94	3,60%
60020501 - Facturación	\$ 167.451.479,25	6,96%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 34.310.808,10	5,09%
60020801 - Glosas Y Devoluciones	\$ 146.691.825,92	6,10%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 30.057.155,13	4,46%
60070103 - Auditoria Concurrente	\$ 135.712.648,67	5,64%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 27.807.521,71	4,12%
60020503 - Admisiones Y Autorizaciones	\$ 119.079.555,25	4,95%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 24.399.400,87	3,62%
600901 - Gestion Humana	\$ 93.645.634,08	3,89%	Cant personal	11,73%	\$ 12.004.919,71	1,78%
60050103 - Mantenimiento	\$ 86.118.611,58	3,58%	Tickets Mantenimiento	10,06%	\$ 9.469.089,48	1,40%
60050102 - Proyectos	\$ 83.359.833,75	3,46%	Ingresos	45,98%	\$ 41.881.705,65	6,21%
600400 - Gestion Tic	\$ 81.235.180,42	3,38%	Ingresos	45,98%	\$ 40.814.235,85	6,05%
60020202 - Impuestos, Gravámenes Y Tasas	\$ 49.012.605,00	2,04%	Ingresos	45,98%	\$ 24.624.947,10	3,65%
60020601 - Cartera Y Radicación	\$ 47.547.411,08	1,98%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 9.742.464,53	1,44%
60020201 - Contabilidad	\$ 47.061.716,17	1,96%	Ingresos	45,98%	\$ 23.644.780,17	3,51%
60070101 - Direccion Medica	\$ 45.174.960,33	1,88%	Honorarios	64,90%	\$ 32.039.277,28	4,75%
610501 - Dirección Comercial	\$ 40.223.847,67	1,67%	Ingresos	45,98%	\$ 20.209.293,52	3,00%
60060201 - Almacén E Inventarios	\$ 38.386.334,83	1,60%	Egresos por consumo	11,14%	\$ 4.674.600,40	0,69%
61050104 - Call Center	\$ 38.223.486,33	1,59%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 7.831.992,35	1,16%
60080101 - Direccion De Calidad	\$ 37.263.647,33	1,55%	Ingresos	45,98%	\$ 18.722.027,61	2,78%
60010104 - Asesoría Jurídica	\$ 32.303.160,25	1,34%	Ingresos	45,98%	\$ 16.229.776,24	2,41%
60070102 - Comité De Infecciones O Epidemiología	\$ 31.474.561,25	1,31%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 6.449.137,60	0,96%
60070105 - Referencia Y Contrareferencia	\$ 29.318.717,42	1,22%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 6.007.405,20	0,89%
60060301 - Compras	\$ 28.684.814,25	1,19%	Medicamentos e Insumos	42,37%	\$ 13.281.624,34	1,97%
60070104 - Seguridad Del Paciente	\$ 27.025.617,42	1,12%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 5.537.549,01	0,82%
60030103 - Gestión Documental	\$ 26.206.332,58	1,09%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 5.369.677,55	0,80%
60020701 - Costos Y Presupuestos	\$ 23.102.317,50	0,96%	Ingresos	45,98%	\$ 11.607.082,43	1,72%
60020505 - Control Cuentas	\$ 22.846.478,17	0,95%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 4.681.243,38	0,69%
60010105 - Control Interno	\$ 18.384.823,92	0,76%	Cant personal	11,73%	\$ 2.356.845,97	0,35%
60090107 - Seguridad Y Salud En El Trabajo	\$ 17.919.494,17	0,74%	Cant personal	11,73%	\$ 2.297.192,93	0,34%
61050103 - Siau	\$ 16.008.236,67	0,67%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 3.280.087,69	0,49%
60020301 - Tesorería	\$ 11.991.349,08	0,50%	Ingresos	45,98%	\$ 6.024.701,95	0,89%
60020101 - Dirección Financiera	\$ 11.194.291,75	0,47%	Ingresos	45,98%	\$ 5.624.243,85	0,83%
60030101 - Direccion Administrativa	\$ 8.988.341,50	0,37%	Cant personal	11,73%	\$ 1.152.262,13	0,17%
60020901 - Mesa Control	\$ 8.484.864,42	0,35%	Cant personal	11,73%	\$ 1.087.718,79	0,16%
60020504 - Honorarios Medicos	\$ 7.807.882,92	0,32%	Honorarios	64,90%	\$ 5.537.557,17	0,82%
60010103 - Revisoria Fiscal	\$ 5.734.008,25	0,24%	Ingresos	45,98%	\$ 2.880.884,41	0,43%
60010108 - Experiencia De Paciente	\$ 4.210.969,00	0,17%	Cant Cuentas	18,75%	\$ 862.827,55	0,13%
60070108 - Gestion Clinica	\$ 1.916.845,42	0,08%	Ingresos	45,98%	\$ 963.062,81	0,14%
60070109 - Gestion Del Conocimiento	\$ 1.342.750,33	0,06%	Ingresos	45,98%	\$ 674.625,56	0,10%
60070106 - Mipres	\$ 743.007,25	0,03%	Ingresos	45,98%	\$ 373.302,22	0,06%
60010107 - Capilla	\$ 781.502,71	0,03%	Ingresos	45,98%	\$ 392.643,14	0,06%
60010106 - Auditorios	\$ 871.947,40	0,04%	Ingresos	45,98%	\$ 438.084,42	0,06%
60030201 - Sala De Paz	\$ 355.818,33	0,01%	Ingresos	45,98%	\$ 178.770,49	0,03%
60020802 - Alistamiento	\$ 531.432,00	0,02%	Ingresos	45,98%	\$ 267.002,44	0,04%
7004051 - Biomedicina	\$ 34.716,08	0,00%	Ingresos	45,98%	\$ 17.442,08	0,00%
Total	\$ 2.406.438.806,61	100,00%			\$ 674.435.886,14	100,00%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 19 presenta un resumen de la distribución de gastos en diferentes centros de costos administrativos, así como su relación con la cirugía, expresada en porcentajes. Se observa que los centros de costos contribuyen en diferentes proporciones al total de gastos, siendo la Gerencia General el centro de costos con la mayor participación con un 9,81%, seguida de la Seguridad Física y la Propiedad Planta y Equipo.

Los inductores seleccionados para asignar los costos también varían, desde ingresos hasta cantidades de cuentas o personal requerido. Por ejemplo, la Gerencia General se guía por los ingresos, mientras que la Seguridad Física y la Propiedad Planta y Equipo se basan en la

depreciación como inductor principal.

Además, se muestra cómo se asignan los costos relacionados con la cirugía en función del inductor seleccionado y su participación relativa en los gastos totales. Por ejemplo, en la Gerencia General, se asigna un 17,59% del total de los gastos de cirugía, lo que representa la mayor contribución en comparación con otros centros de costos.

Tabla 20 Distribución segundo prorratio de costos

Ccostos asistenciales	Ingresos Promedio Mes	Participación Costos	Inductor	Ind	Dist.Cirugía	Participación Costos
7004054 - Servicio Farmaceutico	\$ 306.957.332,33	46,10%	Medicamentos e Insumos	42,37%	\$ 142.127.188	38,30%
700402 - Esterilizacion	\$ 193.835.365,25	29,11%	Cant esterilizaciones	91,68%	\$ 194.203.872	52,33%
7004050 - Lavanderia	\$ 61.861.883,25	9,29%	Kilos Lavanderia	32,26%	\$ 21.811.979	5,88%
7004051 - Biomedicina	\$ 55.019.744,25	8,26%	Equipos Medicos	17,13%	\$ 10.300.330	2,78%
7004053 - Gases Medicinales	\$ 45.513.208,75	6,84%	Conexiones	4,95%	\$ 2.460.454	0,66%
7004052 - Laboratorio De Metrologia	\$ 2.680.703,33	0,40%	Calibraciones	7,84%	\$ 229.763	0,06%
Total	\$ 665.868.237,17	100,00%			\$ 371.133.585	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Cada uno de estos centros de costos logísticos desempeña una función esencial en el complejo entramado de servicios médicos y atención al paciente que ofrece la institución. Desde el Servicio Farmacéutico, encargado de garantizar el suministro oportuno y adecuado de medicamentos, hasta la Esterilización, responsable de mantener los equipos médicos libres de contaminantes para su uso seguro, cada área desempeña un papel crítico en la provisión de cuidados de salud efectivos y de alta calidad.

Dada la importancia vital de estos servicios para el funcionamiento general y la calidad de la atención médica, resulta imperativo asignar los costos indirectos de manera precisa y equitativa. Esta asignación justa de los costos no solo refleja la contribución única de cada centro de costos logístico al proceso de atención médica, sino que también garantiza una distribución eficiente de los recursos financieros disponibles.

Para lograrlo, se deben establecer criterios de distribución que reflejen de manera justa la utilización de recursos y el impacto de cada centro de costos en la generación de costos indirectos. Estos criterios pueden incluir factores como el volumen de servicios prestados, el tiempo de uso de instalaciones, la cantidad de materiales utilizados o cualquier otro indicador relevante para cada área específica.

Una vez definidos los criterios, se procede al cálculo del prorrateo, asignando proporcionalmente los costos indirectos acumulados en los centros de costos administrativos a cada centro de costos asistencial según su contribución relativa (*Ver tabla 20*). Este proceso de distribución equitativa garantiza una asignación precisa de los costos indirectos a cada área operativa, lo que facilita una gestión financiera efectiva y una toma de decisiones informada en toda la organización.

Direccionadores de tercer nivel o prorrateo final: Se fundamenta en el resultado del prorrateo secundario, marcando el cierre de la etapa de asignación de los costos indirectos a los productos, que este caso serían cada uno de los procedimientos en salud (CUPS) y para eso tomaremos la información suministrada por la contabilidad donde será nuestro insumo para la plantilla madre la cual será nuestra matriz para asignarle un costo ya a la ficha de costos o ficha de procedimientos.

Capacidad instalada:

La capacidad instalada en costos representa la máxima producción o servicios que una empresa puede lograr sin costos adicionales significativos. Es esencial para la planificación financiera, permitiendo estimar costos fijos y variables. Ayuda a tomar decisiones sobre recursos, fijación de precios y rentabilidad. Se calcula considerando la capacidad de producción, la disponibilidad de recursos y limitaciones tecnológicas/regulatorias. Gestionar esta capacidad eficientemente mejora la eficiencia operativa y maximiza la rentabilidad a largo plazo. En este caso de la clínica tenemos:

- 9 Quirófanos, 46 Horas Semanal, 4.33 Semanas y 60 Min
- Capacidad total instalada en minutos = 107557,20

Para el procedimiento de ejemplo 547505, "Reconstrucción de Pared Abdominal Anatómica y Funcional vía Abierta", se estima una duración de 115 minutos. Para calcular el costo de este

procedimiento, utilizaremos el Time-Driven. En este enfoque, primero calcularemos el valor del minuto basándonos en el tiempo de conducción previo de la capacidad total instalada en minutos, dividiendo este valor por los costos totales de la mano de obra indirecta, costos y gastos. Luego, multiplicaremos este valor por el tiempo estimado del procedimiento (115 minutos) para determinar el costo total del mismo.

Mano de obra indirecta:

La mano de obra indirecta en cirugía de salud incluye el personal administrativo y técnico que apoya las operaciones quirúrgicas sin estar directamente involucrado en los procedimientos. Estos roles comprenden labores de recepción, facturación, mantenimiento de registros y limpieza. Aunque no participan directamente en las cirugías, su trabajo es esencial para el funcionamiento eficiente del quirófano y la prestación de servicios de salud. Los costos asociados con esta mano de obra son fundamentales para evaluar los gastos operativos totales del departamento quirúrgico y garantizar la calidad de la atención (Ver tabla 21).

Tabla 21 Distribución de Mano de obra indirecta

\$	37,65	\$	86,51	\$	173,91	\$	52,22	\$	165,67	\$	192,00	\$	20,41	\$	248,99
Mano de Obra Indirecta															
\$	4.049.111,97	\$	9.304.628,88	\$	18.705.708,03	\$	5.616.988,72	\$	17.818.546,73	\$	20.651.503,00	\$	2.194.984,60	\$	26.780.133,45
Auxiliar Administrativo		Auxiliar Atencion Al Usuario		Auxiliar De Enfermeria		Coordinador De Cirugia		Coordinador De Cirugia Cardiovascul		Coordinador Medico Cirugia		Programadora De Cirugia		Recuperador	
\$	4.329,30	\$	9.948,50	\$	20.000,12	\$	6.005,68	\$	19.051,56	\$	22.080,56	\$	2.346,87	\$	28.633,28
\$	4.329,30	\$	9.948,50	\$	20.000,12	\$	6.005,68	\$	19.051,56	\$	22.080,56	\$	2.346,87	\$	28.633,28

Fuente: Elaboración propia

Costos y gastos relacionados:

Son aquellos que están directamente asociados con la producción de bienes o servicios, así como con las operaciones generales de una empresa. Esto incluye los costos de materias primas, mano de obra directa, gastos de fabricación, costos de distribución y comercialización, así como los gastos administrativos y generales. Estos elementos son fundamentales para determinar el costo total de producción y operación de una empresa, y su gestión eficiente es crucial para mantener la rentabilidad y competitividad en el mercado (Ver tabla 22).

Tabla 22 Distribución de costos y gastos relacionados

\$	1.208,54	\$	44,50	\$	119,47	\$	478,65	\$	116,79
\$	129.986.760,99	\$	4.786.082,25	\$	12.849.922,39	\$	51.482.388,64	\$	12.561.729,90
61200115 - Medicamentos E Insumos 61200121 - Materiales Reactivos Y Laboratorio 61200155 - Materiales Repuestos Y Accesorios 612020 - Arrendamientos 612035 - Servicios									
\$	138.981,65	\$	5.117,27	\$	13.739,12	\$	55.044,89	\$	13.430,98
\$	138.981,65	\$	5.117,27	\$	13.739,12	\$	55.044,89	\$	13.430,98
\$	61,49	\$	0,51	\$	235,00	\$	436,64		
\$	6.614.061,63	\$	54.640,00	\$	25.275.665,80	\$	46.963.940,03		
612045 - Gastos De Reparacion Y Mantenimiento 612050 - Adecuación E Instalación 612060 - Depreciación Propiedad Planta Y Equipo 612070 - Otros Gastos									
\$	7.071,74	\$	58,42	\$	27.024,70	\$	50.213,78		
\$	7.071,74	\$	58,42	\$	27.024,70	\$	50.213,78		
\$	1.321,41	\$	1.805,59	\$	202,79	\$	95,77	\$	22,88
\$	142.127.187,56	\$	194.203.871,84	\$	21.811.979,33	\$	10.300.330,13	\$	2.460.454,02
7004054 - Servicio Farmaceutico 700402 - Esterilizacion 7004050 - Lavanderia 7004051 - Biomedicina 7004053 - Gases Medicinales 7004052 - Laboratorio De Metrologia									
\$	151.962,18	\$	207.642,49	\$	23.321,34	\$	11.013,10	\$	245,66
\$	151.962,18	\$	207.642,49	\$	23.321,34	\$	11.013,10	\$	245,66

Fuente: Elaboración propia

Gastos administrativos:

Los gastos administrativos en costos son elementos esenciales en la evaluación financiera de cualquier empresa. Incluyen costos asociados con la gestión general, como salarios del personal administrativo, alquiler de oficinas y suministros. Estos gastos se consideran parte integral del proceso de producción o prestación de servicios y deben tenerse en cuenta al calcular los costos totales. Su análisis proporciona información crucial para la toma de decisiones que buscan maximizar la rentabilidad y eficiencia operativa de la empresa (Ver tabla 23).

Tabla 23 Distribución de gastos administrativos

\$	6.270,49
\$	674.435.886,14
Gastos administrativo	
\$	721.105,86
\$	721.105,86

Fuente: Elaboración propia

Derechos de sala:

corresponden a la suma de diversos elementos. Incluyen los costos de mano de obra directa e indirecta, así como los costos de equipos utilizados dentro del quirófano. Además, abarcan los

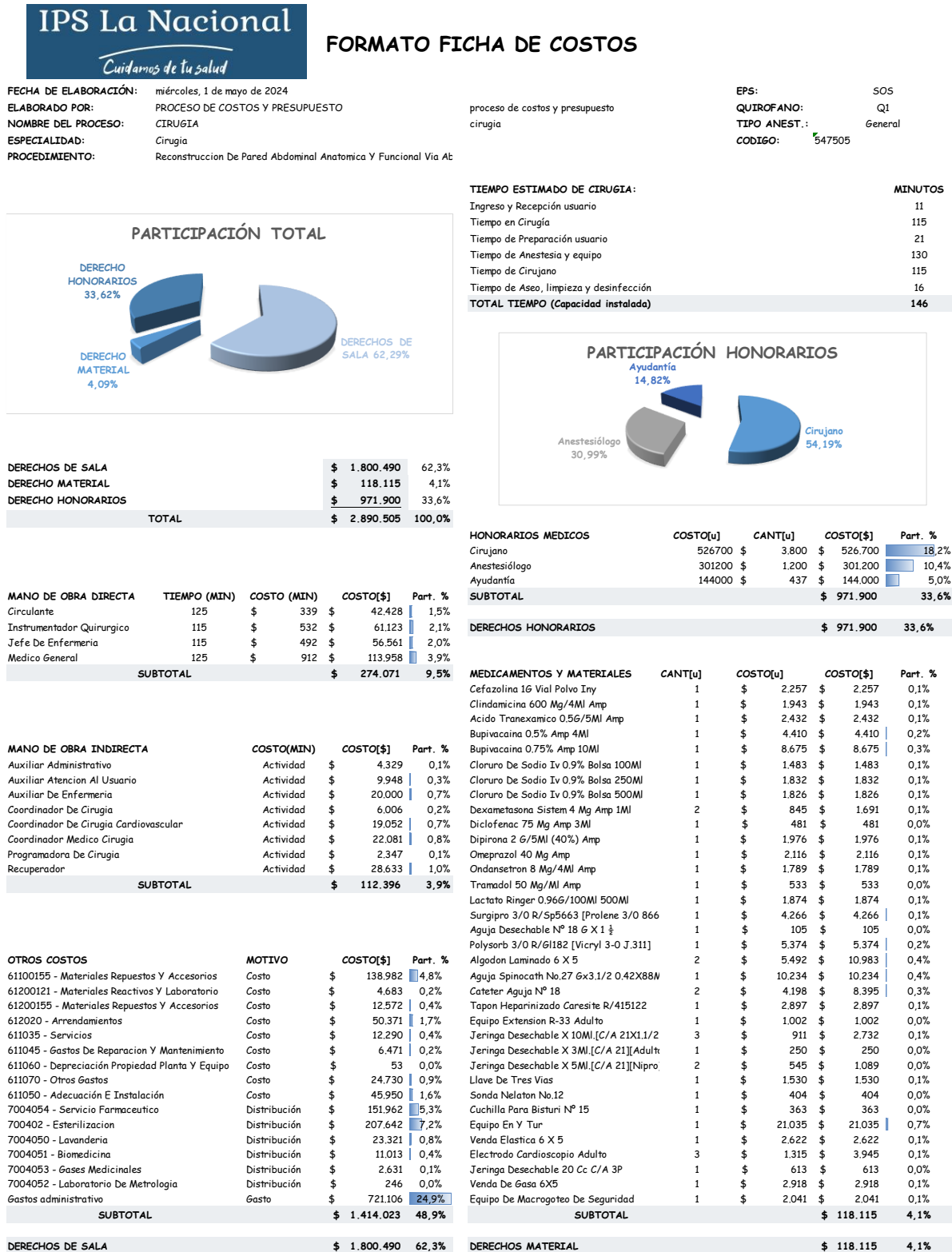
costos fijos y variables asociados con el funcionamiento de las instalaciones médicas. También se incluyen los costos relacionados con la esterilización del instrumental quirúrgico y las compras internas operativas y administrativas. (Ortiz Solarte, 2021)

10.2 COSTO FINAL DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (FICHA DE COSTOS)

La plantilla madre tiene un registro de procedimientos médicos, abordando aspectos clave como los códigos Cups, descripciones de los procedimientos, estimaciones de tiempo, roles del personal y una lista exhaustiva de los costos asociados. Los códigos Cups sirven como identificadores para los diferentes procedimientos médicos registrados, mientras que las descripciones ofrecen una comprensión clara de cada procedimiento realizado. La estimación del tiempo necesario para cada procedimiento, expresada en minutos, proporciona una guía útil para la planificación y organización del trabajo médico. Además, se detallan los roles del personal involucrado en cada procedimiento, desde inductores hasta coordinadores médicos y administrativos.

En cuanto a los costos, el archivo enumera una variedad de gastos asociados con los procedimientos médicos, como medicamentos, materiales, servicios, reparaciones y mantenimiento. También se incluyen costos administrativos y el Coste Indirecto de Fabricación (CIF), que abarca costos indirectos relacionados con la producción de servicios médicos. Esta categorización detallada permite un seguimiento minucioso de los costos asociados con cada procedimiento y ofrece una visión integral de los recursos y gastos involucrados en la prestación de servicios médicos. Además, el resumen totaliza los costos indirectos y proporciona una vista general de los gastos totales vinculados a los procedimientos médicos registrados en el archivo.

Tabla 24 Ficha de costos actual



Fuente: Elaboración propia

Según el análisis de costos del procedimiento de Reconstrucción de Pared Abdominal Anatómica y Funcional vía Abierta, los honorarios médicos representan el 33,62% del costo total, seguidos por los materiales y medicamentos con un 4,09%. Los derechos de sala, que incluyen mano de obra directa, mano de obra indirecta y otros costos, constituyen el 62,29% restante. El tiempo estimado para llevar a cabo el procedimiento es de 146 minutos, incluyendo las etapas de anestesiología, preparación del equipo, aseo, limpieza y desinfección (*Ver tabla 24*).

La combinación del sistema de costeo por protocolo en salud con el sistema de costeo por actividades (ABC) representa una metodología híbrida que busca optimizar la asignación de costos en el sector salud, aprovechando las fortalezas de ambos sistemas para mejorar la precisión en la determinación de costos y apoyar la toma de decisiones estratégicas.

El costeo por protocolo se enfoca en estandarizar los costos asociados a tratamientos o procedimientos específicos, lo que facilita la comparación y la gestión de costos en tratamientos estandarizados. Sin embargo, este enfoque puede no capturar completamente la variabilidad y la complejidad de los servicios de salud debido a la diversidad de pacientes y tratamientos. Por otro lado, el sistema ABC asigna los costos basándose en las actividades realizadas, proporcionando una visión más detallada y precisa de los costos indirectos asociados a cada servicio o producto. Esto permite una mejor comprensión de cómo y dónde se consumen los recursos, identificando áreas de ineficiencia y oportunidades de mejora.

La integración de ambos sistemas permite abordar la totalidad de los costos, combinando la precisión en la asignación de costos indirectos del ABC con la estandarización de costos de tratamientos del costeo por protocolo. Esto no solo mejora la exactitud en la asignación de los costos, sino que también facilita la gestión de actividades de forma proactiva, contribuyendo a mejorar los resultados operacionales y estratégicos.

Aunque el diseño de esta metodología combinada puede presentar desafíos, como la necesidad de sistemas de información avanzados y una cultura organizacional que apoye la transparencia y la gestión basada en la gestión de costos.

La educación continua y el compromiso de todos los niveles de la organización son fundamentales para el éxito de esta integración. En última instancia, la combinación del costeo por protocolo y el sistema ABC en salud tiene el potencial de transformar la gestión financiera en el sector salud, ofreciendo una ruta hacia una mayor sostenibilidad y eficacia en la prestación de servicios de salud.

11. CONCLUSIONES

Para el caso de estudio, el sistema de costeo por actividades (ABC) y el costeo por protocolo ofrecen metodologías valiosas para la gestión financiera en el sector salud, permitiendo una asignación más precisa de los costos y una mejor toma de decisiones. A continuación, se presentan algunas conclusiones clave:

Tanto el costeo por actividades como el costeo por protocolo permiten una asignación más precisa de los costos al identificar las actividades específicas y los recursos consumidos en cada proceso o protocolo clínico. Esto facilita una comprensión más detallada de dónde y cómo se generan los costos, lo que es fundamental para la gestión eficiente de los recursos. Los sistemas híbridos de costeo por protocolo, armonizado con costos ABC y adecuado a los requerimientos de cada organización, permite instrumentar indicadores de costos y gestión que son potentes para las decisiones administrativas y de control.

El diseño de estos sistemas de costeo ayuda a las instituciones de salud a identificar actividades que no agregan valor o que son ineficientes, permitiendo la reasignación o eliminación de recursos en pro de la eficiencia operativa. Esto puede llevar a una reducción de costos sin comprometer la calidad del servicio.

Con una visión más clara de los costos asociados a cada actividad o protocolo, los gestores pueden tomar decisiones más informadas sobre precios, presupuestos, y estrategias de mejora continua. Esto incluye la posibilidad de ajustar los protocolos clínicos para hacerlos más coste-efectivos sin comprometer los resultados de salud.

El análisis detallado de costos que proporcionan estos sistemas es una herramienta fundamental para la Administración Basada en Actividades, permitiendo un seguimiento y control más efectivo de los resultados obtenidos en cada período. Esto puede conducir a mejoras significativas en la eficiencia operativa y la calidad del servicio. (Duque Roldán, Gomez Montoya, & Osorio Angulo, 2009)

Ambos sistemas ofrecen la flexibilidad necesaria para adaptarse a las particularidades del sector salud, que enfrenta constantes cambios y desafíos, como pandemias.

A pesar de las ventajas que ofrecen el sistema de costeo por actividades (ABC) y el costeo por protocolo en el sector salud, existen ciertas limitaciones y áreas de mejora que deben ser consideradas: El diseño de estos sistemas puede ser compleja y requerir una inversión significativa en tiempo y recursos. La necesidad de detallar y analizar cada actividad y protocolo puede resultar abrumadora para algunas instituciones, especialmente aquellas con limitaciones en recursos humanos o tecnológicos. Actualmente, la captura y distribución de los costos se hace por hojas de cálculos sistematizada bajo robustos procesos de parametrización realizada para este trabajo. Sin embargo, se requiere una inversión para sistematizar el proceso y articular con el sistema contable.

Aunque el costeo por actividades busca mejorar la asignación de costos indirectos, en la práctica, la proporción de estos costos sigue siendo alta en el sector salud. Esto puede llevar a distorsiones en la comprensión de los costos reales de los servicios prestados y dificultar la toma de decisiones basada en costos precisos por falta de capacitación de los directivos en temas de indicadores de gestión y costos.

La adopción de estos sistemas implica un cambio en la cultura organizacional hacia una mayor transparencia y responsabilidad en la gestión de costos. Puede haber resistencia por parte del personal que no está acostumbrado a este nivel de escrutinio o que teme que el sistema pueda llevar a recortes en áreas críticas.

La variabilidad en la práctica clínica y en las necesidades de los pacientes puede hacer que sea

difícil estandarizar los costos por protocolo. Esto puede resultar en estimaciones que no reflejan con precisión el costo real de los tratamientos o que no se adaptan bien a las necesidades individuales de los pacientes.

Tanto el sistema de costeo por actividades como el costeo por protocolo requieren actualizaciones regulares para reflejar cambios en las prácticas clínicas, en los precios de los insumos y en la tecnología. Esto puede ser un desafío, especialmente para instituciones con recursos limitados.

La investigación aborda el diseño de un sistema de costos en la IPS La Nacional en Colombia, resaltando la urgencia de contar con un sistema contable preciso para mejorar la gestión financiera y la calidad de los servicios de salud. A través del análisis de la estructura de costos actual y la propuesta de una reorganización de los centros de costos, junto con la adopción de metodologías como el Costeo Basado en Actividades (ABC) y el costeo por protocolos, se busca optimizar la asignación de recursos y mejorar la toma de decisiones estratégicas. La investigación subraya la importancia de adaptar sistemas de costos eficaces que permitan a las instituciones de salud enfrentar los desafíos de eficiencia, calidad en la atención y sostenibilidad financiera, enfatizando la necesidad de una cultura organizacional que apoye la transparencia y la gestión basada en costos para transformar la gestión financiera en el sector salud.

El área de cirugía se consolida como una de las principales fuentes de ingresos en la mayoría de las clínicas y hospitales, generando frecuentemente más del 40% del total. Esto se debe al alto costo de los procedimientos quirúrgicos, la complejidad técnica, y la significativa contribución de los reembolsos de seguros de salud. La preeminencia de los ingresos derivados de la cirugía subraya la importancia de gestionar eficientemente estos servicios para garantizar la sostenibilidad financiera de la institución. Este análisis destaca la necesidad de enfocar recursos y estrategias en áreas de alta rentabilidad para optimizar el desempeño económico global del centro de salud.

12. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, F. (2005). *Conceptos y elementos a considerar en el análisis de costos de la atención médica*. Mexico. Obtenido de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/cbc,+XIICongresso_artigo_0148%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/cbc,+XIICongresso_artigo_0148%20(1).pdf)
- Ayala, A. (2017). *Aproximación al costeo en el sector salud*. DOCPLAYER. Obtenido de <https://docplayer.es/31335738-Aproximacion-al-costeo-en-el-sector-salud.html>
- Barreiro, S. (2019). Gestión de costos en salud. *Curso anual auditoría médica hoy*.
- Bedoya Zapata, I. C., Márquez Naranjo, J. A., & Estrada Holguín, S. (2016). Estudio de las metodologías de costeo aplicadas en la administración y control de los recursos de las E.S.E. de primer nivel en el departamento de Antioquia. *Trabajos De Grado Contaduría UdeA*, 8(1). Obtenido de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/tgcontaduria/article/view/323424>
- Bertalanffy, L. v. (1968). Obtenido de <https://fad.unsa.edu.pe/bancayseguros/wp-content/uploads/sites/4/2019/03/Teoria-General-de-los-Sistemas.pdf>
- bonome, m. (2009). Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/61909687.pdf>
- Candia, 1997, como se citó en Duque, Gómez y Osorio. (2009). *Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones*. Argentina: Universidad de Antioquia. Obtenido de <https://www.intercostos.org/documentos/congreso-11/1256209326-4-7.pdf>
- Carnota Lauzán, O. (2017). El crecimiento de los costos en salud visto desde la ineficiencia. *Cubana Salud Pública*, 43. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662017000400008&script=sci_arttext
- Castro & Lopez. (2011). *Estructura de costos basado en las características de servicios y en las necesidades de gestión administrativa del nuevo Hospital de Bocagrande S.A.* Universidad de Cartagena. Obtenido de <https://docplayer.es/17002287-Estructura-de-costos-basado-en-las-caracteristicas-de-servicios-y-en-las-necesidades-de-gestion-administrativa-del-nuevo-hospital-bocagrande-s-a.html>
- Choque Mita, A. (s.f.). *Capítulo 4 Costo de manufactura*. Obtenido de <https://pdfcoffee.com/capitulo-4-costo-de-manufactura-3-pdf-free.html>
- Coronel Troncoso, G. R. (2001). Gestión y costos de empresas de salud en ambientes desregulados. El caso argentino. *Anales del VII Congreso del Instituto Internacional de Costos*. León.
- Cuervo et al, 2006, como se citó en Berrio. (2019). *Diseño de un sistema de costos para el proceso productivo de la empresa Frigorivalle S.A.S.* Buga: Universidad del Valle. Obtenido de <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/0ceffc63-26e2-42c1-87e8-572feafab157/content>

- Cuevas Villegas, C. F. (julio – septiembre de 2004). Costeo ABC. ¿Por qué y cómo implantarlo? *Estudios Gerenciales*(20), 92. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/212/21209203.pdf>
- Decreto 2423 del 31 de Diciembre. (1996). Obtenido de <https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionSangre/NormatividadRelalBancosSangro/Decreto%202423%20de%201996.pdf>
- Duque Roldán, M. I., Gomez Montoya, L. F., & Osorio Angulo, J. A. (2009). Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones. *Revista del intituto Intenacional de Costo*, 505-525.
- Duque, M., Gómez, L., & Osorio, J. (2009). *XI congreso internacional de costos y gestion XXXII congreso argentino de profesores universitarios de costos*. Argentina: Trelew.
- El Congreso de la Republica de Colombia. (1993). *Ley numero 100*. Bogota: Republica de Colombia - Gobierno Nacional. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- Espitia, Y. S. (2020). *Auditoria del proceso de facturación en medicamentos de alto costo en el ultimo quinquenio en Colombia*. Montería: Universidad de Córdoba. Obtenido de <https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/e08c0d37-acb2-4222-9f16-09604752ef85/content>
- García, Marrero, Jiménez, F. (2016). *Definiciones y clasificaciones básicas para el estudio de los costos en salud*. Habana: INFODIR. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2016/ifd1623f.pdf>
- Giraldo Vásquez, Á. (2013). *Implementación del sistema de costos*. Medellin: Universidad CES. Obtenido de <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2518/Trabajo%20de%20grado?sequence=2&isAllowed=y>
- Gomez Filigrana, A., & Mulato Gomez, M. (2015). *Propuesta metodológica para adaptar un sistema de costos abc en la i.p.s, de primer nivel de complejidad, quilisalud e.s.e. sede centro, santander de quilichao, cauca*. Santander de Quilichao: Faculta de ciencias de la administracion. Obtenido de <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/f1503bf2-e231-44c2-8d3d-78edf4d86daf/content>
- Gomez, a. & Mulato, M. (2015). *Propuesta metodológica para adaptar un sistema de costos ABC en la I P S de primer nivel de complejidad, Quilisalud E S E Sede Centro, Santander de Quilichao, Cauca*. Santander de Quilichao: Universidad del Valle. Obtenido de <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/f1503bf2-e231-44c2-8d3d-78edf4d86daf/content>

- Gómez, L. & Duque, M. (2008). *Debilidades en la regulación e información de costos en las entidades del sector salud*. Medellín: Universidad de Antioquia. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3836/383668931002.pdf>
- Kaplan & Cooper. (2007). *Coste & efecto*. Barcelona: Gestión 2000. Obtenido de https://books.google.com.co/books/about/Coste_y_Efecto.html?id=03fEVdIU4QQC&redir_esc=y
- Lenz, R. (2010). *Análisis de costos en evaluaciones económicas en salud: Aspectos introductorios*. Chile: Revista médica de Chile. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1771/177116629006.pdf>
- LEY 100. (1993). Obtenido de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/admtgcontaduria,+MEMORIA+METODOLOGICA+TD+ABC+.pdf>
- Lindor, P. (s.f.). *Elementos de gestión de servicios de salud*. Universidad Nacional del Rosario. Obtenido de <https://fundanest.org.ar/wp-content/uploads/2016/07/Evaluacion-Economica-Pablo-Luna.pdf>
- López Cadavid, C. Y., Zapata Marroquín, D., & Vanegas M, M. V. (2019). Modelos de contratación de salud en Colombia. *Universidad CES facultad de medicina salud pública*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10946/3978>
- Márquez, P. (1990). Control de costos en salud: Experiencias en países de las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 109. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16730>
- Mejía Cabrera, E. (2019). *Estructura del costo de producción y su incidencia en el costo histórico de la empresa corporación Jarvis & Vick Lee*. Perú: Universidad Señor de Sipán. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/5678>
- Ministerio de la protección, 1999, como se encuentra en Zambrano. (2017). *Diseño de un sistema de costos ABC, para la entidad punto de atención caldono cauca, entidad popayan*. Santander de Quilichao: Universidad del valle. Obtenido de <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/f345472e-45eb-48de-b075-ee968cd9743a/content>
- Minsalud. (2022). *Propuesta metodologica para la implementación de un sistema de costeo para las instituciones prestadoras de servicios de salud*. Obtenido de <https://www.udocz.com/apuntes/519701/implementacion-sistema-costeo-ips>
- Molliel Ziegler, E. L. (mayo-agosto de 1990). El problema de la salud en los estados unidos. *Estudios Fronterizos*(22), 109-126.
- Montico, E., & Velarde, M. (2003). *Una propuesta de Costos para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva: Costos por Paciente y Patología*. Obtenido de <https://www.intercostos.org/documentos/congreso-08/254.pdf>

- Montico, V. E. (2003). *Una propuesta de Costos para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva: Costos por Paciente y Patología*. Uruguay: Asociación Uruguaya de Costos. Obtenido de <https://www.intercostos.org/documentos/congreso-08/254.pdf>
- Montoya, L. F., Roldán, M. I., & López, J. C. (2008). *La información contable y de costos en las entidades de salud: una herramienta para su transformación*. Obtenido de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/cont/article/view/2208/1779>
- Murillo Ballesteros, Germán Guillermo. (2016). Propuesta de un sistema de costos ABC para la IPS Salud Confamiliares. *Universidad Nacional de Colombia - Sede Manizales*. Obtenido de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/58782/75073203.2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (12 de 01 de 2024). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Sistemas de información para la salud: <https://www.paho.org/es/temas/sistemas-informacion-para-salud>
- Ortiz Solarte, D. (2021). *Modelo de Costos para la Unidad Funcional de Cirugía Especialidad de Ginecología y Obstetricia Institución Prestadora de Salud (IPS) Pública de Palmira*. Palmira: Universidad Antonio Nariño. Obtenido de <http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/4692/1/2021DeibyBrayanOrtizSolarte.pdf>
- Osorio Agudelo, J. A., & Duque Roldán, M. I. (noviembre de 2003). Sistema de costeo basado en actividades aplicado al sector salud. *Congreso Internacional de Costos y Primer Congreso del Uruguay Asociación de Costos*.
- Peombo, C. (2008). *Costos y gestión en servicios de salud: una revisión de la literatura*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2875523>
- Ramírez Jaramillo, J. (2016). *Caracterización de los sistemas de costos de los hospitales de nivel II del departamento de Caldas. estudio de casos de los hospitales San Marcos de Chinchiná, San Félix de la Dorada y Felipe Suárez de Salamina*. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales. Obtenido de https://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/661/1/Caracterizaci%C3%B3n_costos_hospitales_nivel_II_Caldas.pdf
- Resolución 2336. (2023). Obtenido de <https://consultorsalud.com/estos-cups-2024-resolucion-2336-de-2023/>
- Rincón Soto, C. A., & Vergara Mesa, G. A. (2013). La metodología de los costos híbridos como fuente en el diseño de los indicadores de costos y gestión. *Libre Empresa*, 20, 99-120.
- Sánchez Barraza , B. (2009). *Problemática de conceptos de costos y clasificación de costos*. Quipukamayoc: Universidad mayor del Perú. Obtenido de <https://hdl.handle.net/11537/25479>

Sánchez Ribero, L. (2010). *Estructuración de un modelo de costos aplicado a la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán*. Bucaramanga: Universidad de la Sabana. Obtenido de <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/4147?locale-attribute=en>

Superintendencia Nacional de Salud. (2009). *Resolución 1474*. Bogotá: El Superintendente Nacional de Salud. Obtenido de https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion_supersalud_1474_2009.htm

Troncoso, C. (2001). *Sistema de Costos por Órdenes con aplicación de la técnica ABC adaptada al sector salud*.

Vargas, J. M., & Giraldo, J. A. (2014). Modelo de Predicción de Costos en Servicios de Salud Soportado en Simulación Discreta. *Información tecnológica*, 25(4), 175–184. doi:10.4067/S0718-07642014000400019

Villarreal Vásquez, Rincón Soto, F. (2009). *Método matricial Fher en un sistema de costos por procesos, o en línea*. Cali: Universidad Libre. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2654/265419724008.pdf>
