

Información financiera y costos utilizados para el sector salud en el municipio de Florencia

Gloria Inés Valbuena Torres^{1*} & Yolanda Cuéllar Medina¹

¹Docente, Facultad de Ciencias Contables, Económicas y Administrativas de la Universidad de la Amazonia.

Recibido 30 de agosto de 2014; Aceptado 8 de noviembre de 2014

Resumen

El artículo contiene de manera resumida, los resultados de la investigación denominada "Análisis de los costos utilizados para el sector salud y su incidencia en la toma de decisiones en el municipio de Florencia"; para lo cual se realizó una revisión de antecedentes financieros del sector salud, se verificó el manejo financiero que tienen las diferentes empresas del sector salud, que a pesar de converger en un mismo sistema operativo que redunda en la satisfacción del usuario, hay sustanciales diferencias dependiendo de la estructura de la empresa si es pública o privada; toda vez que el sector público utiliza el Plan Único de Cuentas, diseñado y aprobado mediante resolución 355 del 5 de septiembre de 2007, documento emanado de la Contaduría Pública, denominado Plan General de Contaduría Pública. En lo referente a las entidades del sector privado, estas se rigen por el Plan Único de cuentas para Instituciones prestadoras de Salud de naturaleza privada, reglamentado mediante resolución 1474 del 2009 y modificada según la Resolución 1121 del 2013, procedida de la Superintendencia Nacional de Salud. De igual manera, para el desarrollo de esta investigación, se tuvo en cuenta el análisis de los costos y la aplicabilidad del Decreto 4295 de 2004 Artículo 1º, donde hace referencia al recaudo directo de las cotizaciones del régimen contributivo.

Palabras clave: Capitación, evento, EPS, IPS, UPC, copago.

Abstract

The article contains in a summary the results of the research called "Analysis of costs used for health and its impact in the decision making in Florencia town"; for this was made a review of the financial background in health sector, the financial management of the different companies from this sector was also checked, in spite of aiming in the same operative system that redounds in the satisfaction of the user. There are significant differences depending on the company structure if it is public or private; the public sector uses the "Single Account Plan" designed and approved through resolution 355 from September, 5th 2007 issued by Public Accounting called General Plan of Public Accounting. Regarding to entities from the private sector, these are ruled for the Single Account Plan for Health Institutions of a Private Nature regulated through resolution 1474 from 2007 and modified in the resolution 1121 from 2013 from National Health Superintendence. In the same way, for the development of this research was taken into account the analysis of the costs and the appliance of decree 4295 from 2004 article where refers to the direct collection of the market rates of the tax regime.

Key words: Capitation, event, EPS, IPS, UPC, copayment.

Introducción

El presente estudio, nace de la problemática que vive el sector salud en Colombia, el cual se ve reflejado en la situación actual de las entidades encargadas del manejo y prestación de la salud, que están en declive por diferentes problemas financieros, si bien es cierto, el modelo de salud está basado en la "competencia regulada", que considera a la salud como un negocio y no como un derecho fundamental, por esta razón las utilidades priman frente a la equidad, la atención oportuna y la calidad de las necesidades de la población. Es por esto que las desigualdades en el acceso a la salud se han profundizado y los recursos se han concentrado y privatizado en las grandes ciudades, con un evidente deterioro de los departamentos, ciudades intermedias y zonas rurales.

Para la prestación del servicio de salud el estado

Colombiano, crea instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS) que tienen como finalidad prestar el servicio asistencial, a través de clínicas privadas o empresas sociales del Estado, los llamados antiguos hospitales o centros de salud y las Empresas promotoras de salud (EPS) encargadas de realizar las afiliaciones a los nuevos usuarios, con el fin de enfrentarse a los monopolios del estado como Cajanal y Seguro Social, hoy instituciones ya liquidadas por el Estado, de igual manera cuando fue expedida la ley 100 de 1993, en su artículo 185 plantea que toda entidad prestadora de servicios de salud pública o privada debía contar con un sistema de costos, dicho artículo contempla que: "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

*Autor para Correspondencia: givalbuena2010@gmail.com

sistema contable”.

Las empresas promotoras de Salud (EPS) y las empresas promotoras de Salud subsidiadas (EPS-S) son las aseguradoras de las personas que pertenecen al Régimen contributivo y el Régimen Subsidiado respectivamente. El propósito de estas entidades es contratar directamente a las IPS (hospitales o centros de salud, incluyendo a las Empresas Sociales del Estado, ESE) para la prestación de los servicios de sus afiliados. Es así que las EPS y las ARS se comportan como compañías aseguradoras: administran riesgos y reciben dinero que remunera este servicio. Cabe notar que las IPS pueden ser de diferentes niveles (del I al IV, donde los niveles III y IV corresponden a enfermedades complejas o de “alto costo”), dependiendo de la complejidad de los servicios brindados.

Las nuevas empresas creadas por la Ley 100 de 1993 utilizan estrategias de mercadeo y publicidad, con el propósito de captar población proveniente de esos monopolios y nuevas afiliaciones donde se argumentaba deficiencia en la prestación del servicio; sobre todo las especialidades básicas como pediatría, ginecología y medicina interna.

Hoy en día el panorama al cual deben enfrentarse las empresas del sector, es radicalmente diferente: las entidades que no logran un nivel aceptable de eficiencia no podrán subsistir; la competencia en tarifas y calidad se hace insostenible principalmente para los hospitales públicos que no estaban preparados para este cambio de esquema; ya no existen subsidios que los puedan salvar. Así mismo, las entidades encargadas de contratar los servicios con las IPS, optan por otorgar los contratos para quienes ofertan las mejores tarifas; por lo que muchas entidades, especialmente públicas, no accedieron a contratos que históricamente habían tenido, simplemente por no tener la certeza de si podían o no bajar sus tarifas; o en el caso contrario, aceptan las nuevas condiciones y negocian con tarifas que no corresponden con su estructura financiera, lo que genera iliquidez, insolvencia para pagar salarios, escasez de insumos, demandas de usuarios y proveedores; desencadenando finalmente el cierre de la institución.

Existe gran diferencia en los costos fijos de las empresas sociales del estado donde se tiene alta carga prestacional, otorgadas a través de convenciones colectivas, lo que genera alta

burocracia administrativa y un deficiente control interno; razón por la cual debe replantearse su estructura administrativa para dar paso a instituciones eficientes y sostenibles en el tiempo y para esto los costos juegan un papel importante en la toma de decisiones.

Otro factor relevante en la estructura de costos para estas entidades, es la subcontratación o intermediación en los servicios de salud; dado que los diferentes operadores del sistema se distribuyen los recursos por todos los entes que contratan los servicios, generando en muchas ocasiones hasta 3 intermediarios para la prestación de un servicio final, afectando a los usuarios en razón a que los recursos restantes para atender las múltiples necesidades, son insuficientes, porque cada contratista busca su beneficio.

La globalización de la economía, al igual que la apertura del mercado y la reciente firma del TLC (tratado de libre comercio) con los EEUU hace que las empresas Colombianas deban afrontar los nuevos retos del mercado, a fin de buscar la sostenibilidad en el tiempo, siendo empresas financieramente estables en los diferentes renglones de la economía, en este sentido el sector de la salud no es ajeno a estos cambios dado que muchos medicamentos y materiales quirúrgicos se importan hacia nuestro país.

Sin embargo varios estudios dan cuenta que muchas empresas encargadas de prestar servicios de salud, han hecho intentos aislados de contar con información de costos, a la fecha, los organismos encargados de la regulación y control del sector, han venido emitiendo directrices sobre la forma como estas entidades deben obtener periódicamente información de costos, se hace necesario realizar estudios que permitan identificar como estas entidades realmente están aplicando metodologías de costeo de reconocido valor técnico, en razón a que los costos giran en torno a las decisiones de las organizaciones; haciendo que estos se enfrenten constantemente con diferentes situaciones que afectan directamente el funcionamiento de la empresa, es así como la información que se obtengan acerca de los costos y los gastos en que incurre la organización para la prestación de sus servicios, son de vital importancia para la toma de decisiones de una manera rápida y eficaz, frente a las necesidades de los usuarios de la información.

Esta investigación se centró en conocer como ha sido la evolución de la financiación del sistema de salud y como las organizaciones tanto públicas

como privadas, sujetas a la regulación de la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de la Protección Social; encargadas de la salud en el municipio de Florencia, poseen y manejan una estructura de costos y si esta, es fundamental para la toma de decisiones financieras, permitiéndoles competir y subsistir ante otras entidades con mejores servicios y precios.

Materiales y métodos

El tipo de investigación que se adelantó para el desarrollo de los objetivos específicos planteados y responder a las preguntas de investigación fue de tipo descriptivo, buscando conocer las situaciones, actitudes predominantes a través de la descripción exacta de los procesos que desarrollan en los sistemas de información financieros utilizados en cada una de las instituciones objeto de estudio.

La revisión teórica que soporta esta investigación se basa en la literatura existente en términos generales sobre sistemas de costos, teniendo en cuenta que la denominación "sistema de costos" se refiere al "sistema de información que establece el procedimiento administrativo y contable para identificar los datos que permiten determinar el costo de actividades, procesos, productos o servicios" (Cuervo y Osorio, 2006); se incluyen algunos referentes teóricos específicos sobre sistemas de costos aplicados al sector salud, aunque es muy poca la información que se encuentra al respecto.

Fuente de información:

El área de estudio y análisis empleado para el desarrollo de esta investigación se focalizó en área urbana de la ciudad de Florencia, directamente en las Entidades promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud; para ello se seleccionó dentro de las EPS a: Coomeva y Saludcoop y las IPS Hospital María Inmaculada, Hospital Comunal las Malvinas y la Clínica Medilaser; se contó con la información contable y de costos de las entidades objeto de estudio y la normatividad relacionada aplicable a las IPS y EPS.

Se realizó un censo para determinar cuántas IPS públicas y privadas funcionan en el municipio de Florencia, y que estén debidamente habilitados los servicios que prestan. Una vez se obtuvo la información generalizada se analizó el sistema de costos que utiliza cada una de estas instituciones a

fin de establecer las IPS que manejan mayor complejidad. Se revisó la base jurídica que soporta la implementación de la estructura de costos de las IPS objeto de estudio y se realizó un paralelo entre la estructura de costos y gastos de las IPS y EPS.

Se analizaron los costos por departamentos de las IPS y de manera detallada la distribución del costo en un evento.

Fuentes y técnicas para la recolección de la información

Fuentes primarias

Personas encargadas del área de costos de las IPS y EPS de la ciudad de Florencia, objeto de estudio.

Fuentes secundarias

Ley 100 de 1993
Decreto 2280 de 2004
Ley 1122 de 2007
Ley 1438 de 2011
Resolución 4480 de 2012
Textos sobre el tema

Resultados y discusión

Antecedentes financieros del sector Salud:

Para comprender como funcionan los sistemas de costos en las empresas prestadoras de servicios, hay que entender como ha venido evolucionando financieramente el sistema de salud en Colombia, para lo cual, es necesario destacar el trabajo realizado por (Barón, 2007), quien utiliza el sistema de cuentas de salud de Estados Unidos, conocidas como National Health Accounts (NHA), sistema basado en un conjunto de matrices que permite identificar los gastos por fuentes de financiación, por funciones específicas y tipos de gasto. Para utilizar esta metodología se necesita una comprensión de los flujos de fondos entre las diversas partes del sistema. Frente al tema el investigador concluye que "el país destinó en promedio 8,5% del PIB para la salud durante el periodo 1998 y 2002, pasando de 6,2% en 1993 a 9,6% en 1997 y bajando de nuevo a 7,7% entre los años 2000 y 2003. De otra parte, manifiesta que el financiamiento proveniente de las familias con un promedio un 37,4% del total durante el período 1996 y 2003, las empresas participaron con el 22%, mientras que el de los fondos públicos (Presupuesto general de la nación y entes territoriales) alcanzó una participación del 27,2%."

Si bien es cierto en los últimos años el gobierno ha realizado esfuerzos para invertir mayores recursos en la salud, aún persisten problemas tanto

estructurales como coyunturales que afectan y amenazan las finanzas del sector de la salud, así lo manifiesta la investigación realizada por (Núñez & Zapata, 2012) “a pesar que se demostró cómo el sector público logró movilizar los recursos adicionales para financiar la ampliación del régimen subsidiado e inclusive para financiar gran parte del aumento del gasto No POS de los últimos años. En el subsidiado, el esfuerzo de los entes territoriales fue notable puesto que se destinaron, además de los recursos propios y las rentas cedidas, parte de las regalías. Recientemente, inclusive, se ha financiado la igualación del POS contributivo y subsidiado para grupos vulnerables y personas en condición de debilidad manifiesta como los menores de 18 años (Enero 2010) y los mayores de 60 años (Noviembre 2011), que son los grupos poblacionales más costosos”.

Así mismo, en el informe del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) a través del programa de fortalecimiento de la información pública, seguimiento y evaluación para la gestión por resultados en el país para el 2010, plantea que si bien el nuevo sistema de salud presento cambios radicales, se tienen serias debilidades con respecto a la información, debido a que “los problemas más frecuentes en la etapa de recolección de la producción estadística en el tema de salud, son la baja calidad de la información (41%) y otro tipo de problemas (27%), dentro de los que se encuentran, la alta rotación del personal encargado y problemas de acceso a la comunidad” (DANE, 2010).

Estudios realizados por la Procuraduría en el año 2010, en su informe sobre Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas, encontró que “los recursos económicos existen, no obstante, el alto costo de intermediación, el no pago o demora por parte del Estado o los entes territoriales a los hospitales públicos, el no pago de las EPS a las IPS, el no pago de las IPS a sus prestadores, la alta cartera de difícil recaudo, las glosas injustificadas, el uso indebido de los recursos y la desviación de los mismos, constituyen conductas que atenta no solo contra la estabilidad financiera del Sistema, especialmente afectan a los pacientes y por lo tanto, violan sus derechos fundamentales a la vida y a la dignidad”.

Es claro que el Estado es el encargado de normar todo lo relacionado para este sector y es así como en la Ley 1122 de 2007 en sus artículos 12 y 13, o como lo establece la Ley 1438, se establecen unos

plazos para el pago de la facturación por concepto de prestación de servicios de salud, la cual cambia sustancialmente la operación del régimen subsidiado y permite que desde el Ministerio de la Protección Social, como norma general, se gire directamente a las EPS del régimen subsidiado, sustituyendo el anterior esquema de contratación entre entidades territoriales y empresas Promotoras de Salud. Dicha ley también estableció el trámite y plazos que se deben tener en cuenta para la aplicación de glosas y su resolución, donde se dan unos plazos perentorios.

En el trabajo realizado por (Salazar, 2011) concluye que “la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha venido sufriendo un deterioro significativo que se evidenció de manera fuerte desde 2009. En particular, el estado financiero del sistema se ha debilitado por el crecimiento acelerado en la demanda de prestaciones por fuera de los planes obligatorios de beneficios (No POS) en los dos regímenes. Esta fuerte demanda por servicios No POS y sus efectos financieros sobre el Sistema han puesto en evidencia problemas de evasión y elusión en el régimen contributivo, así como la lentitud en el flujo de recursos, especialmente en el régimen subsidiado. En el régimen subsidiado se han identificado dificultades en el proceso de transferencia de recursos, asignación de subsidios a ciudadanos, contratación con las EPS y engorrosos procesos de gestión financiera asociados en muchos casos con debilidades institucionales y baja capacidad para el manejo de procesos y recursos en algunas entidades territoriales”.

Al analizar la situación financiera de este sector, queda claro que el Estado colombiano en los últimos años ha realizado una múltiple inversión de recursos, a fin de universalizar el servicio de salud y garantizar la prestación de este como un pilar básico de desarrollo; presenta varios inconvenientes como el crecimiento acelerado de la demanda que ha tenido el servicio No POS tanto el en régimen contributivo como en el subsidiado, lo cual ha hecho insostenible el sistema, a esto debemos sumar también los altos índices de cartera y los problemas de corrupción generados en gran medida por algunas EPS, que mediante la creación fraudulenta de varias IPS, recaudaban recursos mediante la maniobra de atención a pacientes que nunca utilizaron los servicios. Toda esta situación obedece en gran parte a la falta de un sistema de información financiera y de costos y a

los ineficientes controles que ejercen los organismos encargados del control y vigilancia de este sector.

Los costos en las IPS y EPS del municipio de Florencia

Es necesario manifestar que si bien es cierto la función de la EPS (Empresa Prestadora de Salud) entidad encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social, como evidenciamos, este servicio es solo administrativo y comercial. En el caso de la IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios) en estas encontramos todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta y están en capacidad de realizar la atención en salud de acuerdo a los niveles de complejidad determinados por la ley. Estas empresas dependiendo su estructura si es pública o privada, presentan un manejo independiente en su sistema financiero; toda vez que el sector público utiliza el Plan Único de Cuentas para el sector Público, aprobado mediante resolución 355 del 5 de septiembre de 2007, documento emanado de la Contaduría Pública (Plan General de Contaduría Pública). En lo referente a las entidades del sector privado, estas se rigen por el Plan Único de cuentas para Instituciones prestadoras de Salud de naturaleza privada, la cual está reglamentada mediante resolución 1474 del 2009 y modificada según la Resolución 1121 del 2013, emanada de la Superintendencia Nacional de Salud.

Revisada la información, en el área financiera y de costos, se evidenciaron los diferentes centros de costos que son manejados por las IPS, donde se desagrega toda la atención médica que ofertan estas entidades, tal como se puede apreciar en la tabla 1, donde se encontraron siete centros de costos, necesarios para el manejo de la información.

Por otro lado se conoció que al interior de las EPS, la principal fuente de ingresos proviene de la compensación, por el recaudo directo de los aportes en salud realizados por la EPS, en razón a su función de intermediaria del sistema, donde estas deben tener en cuenta, lo normado en el Decreto 4295 del 2004, Artículo 1, que a la letra dice: "Recaudo directo de las cotizaciones del régimen contributivo. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto 3667 de 2004 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, podrán recaudar directamente

las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud cuando en el lugar en el que se recauda no existan instituciones vigiladas por la Superintendencia Bancaria a través de la cual se pueda efectuar este recaudo o cuando esta alternativa, de acuerdo con la solicitud presentada por las EPS y demás EOC, resulte más favorable para el sistema dentro de las condiciones de mercado".

Para dar la aplicabilidad del contenido del Decreto 4295 del 2004 Artículo 1°, fue necesario conocer de forma amplia como funciona el proceso de compensación, ilustrando un ejemplo de los siguientes usuarios afiliados al sistema así:

Docente que devenga ingresos mensuales de \$3.500.000 = 8,5% = \$297.500 Aportes patronales y el 4% de aportes que corresponden al trabajador, equivalentes a \$140.000, para este ejemplo tendremos un total de aportes por valor de \$437.500; un *Auxiliar de servicios generales* que devenga ingresos mensuales de \$589.500 = 12,5% = 73.688.

Para entender cómo funciona el ingreso per cápita de un usuario perteneciente al régimen contributivo, ante el sistema Nacional de salud, de acuerdo a su núcleo familiar, se realizó un ejercicio ilustrativo (tabla 2), en este proceso de compensación se refleja superávit; al compensar un ingreso de \$3.500.000, que reporta un aporte a la seguridad social de \$437.500 por cotizante.

El resultado que refleja esta compensación es un superávit para el sistema de salud, debido a que el Fosyga recauda \$437.500= y traslada a la EPS \$112.800=, el excedente de \$324.700= queda para el fosyga con destino a la solidaridad con el régimen subsidiado.

Tabla 2. Superávit por Compensación.

Detalle	Edad	UPC	COMP.
Aporte fosyga.			\$ 437.500=
Cotizante	H- 55 años	136.100=	
Esposa	M-42 años	96.800=	
Beneficiario	H-17 años	44.500=	
Beneficiario	M-15 años	47.300=	
Total		324.700=	
Compensación Superávit			112.800=

Fuente: elaboración propia.

Contrario a la anterior compensación que refleja un superávit, la Tabla 3, muestra un déficit al compensar unos ingresos con un salario mínimo de \$589.500= para el año 2013, dado que su ingreso

Tabla 1. Centros de Costos IPS

Centros de costos	Atencion médica
Estancias	Psiquiatría Ginecología Obstetricia Pediátrica Neonatología Quirúrgicos Cuidado intensivo Observación de Urgencia
Procedimientos Quirúrgicos y Ginecobstetricos	Cirugía general Ginecología Obstetricia Especializada Pequeña Cirugía
Apoyo Diagnostico y Tratamiento	Laboratorio Clínico Radiología Medicamentos atención ambulatoria Medicamentos Hospitalarios Otros procedimientos de Apoyo Diagnostico Banco de Sangre Resonancia Magnética Ecografías Fisiatría Terapia Física - Ocupacional- Lenguaje- Respiratoria Nutrición Optometría Neumología Nefrología Neurología Cardiología y Hemodinámica Oftalmología Oncología Alergología Hemodiálisis Endoscopias Citologías
Consulta	General Urgencias Especializada Sub- Especializada
Medicamentos	Hospitalarios Ambulatorios Materiales Hospitalarios
Tratamientos	Pequeña Cirugía Cirugía General Cirugía Alto Costo Hospitalización Baja y Mediana complejidad Hospitalización alta complejidad
Alto Costo	SIDA Cáncer Insuficiencia Renal Trasplantes

Fuente: Álvarez. F (2010)

es muy bajo para cubrir el valor per-cápita del núcleo familiar.

Tal como se ilustra, una compensación de una Auxiliar de servicios generales que devenga \$589.500 = (salario mínimo para el año 2013) por 12,5% = \$73.688 (tabla 3).

Tabla 3. Compensación con déficit.

Detalle	Edad	UPC	COMP.
Aporte fosyga			\$73.688
Cotizante	M- 38 años	\$ 96.800=	
Cónyuge	H-42 años	\$77.900=	
Beneficiario	Menor de 1 año	\$35.100=	
Beneficiario	H- 5 años-	\$16.700=	
Beneficiario	M-15 años	\$47.300=	
Total		273.800	
Compensación deficitaria.			(200.112)=

Ejemplo de una compensación realizada por las investigadoras.

El resultado que refleja la compensación del Auxiliar de servicios generales es deficitaria para el sistema de salud, debido a que el Fosyga recauda \$73.688= y traslada a la EPS \$200.112.

Una vez se culmina el proceso de compensación, se toman los valores de las compensaciones de superávit, se resta los valores de las compensaciones deficitarias y la diferencia es el ingreso para la EPS; el Fosyga (Fondo de solidaridad y Garantía) autoriza el traslado de recursos a las EPS, el cual es distribuido como se ilustra en la tabla 4 del presente documento "ESTADO DE GANANCIAS Y PERDIDAS DE EPS".

Tabla 4. Estructura de costos e ingresos de la EPS.

Ingresos compensados	100%
COSTOS	-80%
I nivel	30%
II nivel	25%
III nivel.	20%
IV nivel	15%
Reaseguro IV nivel.	10%
Utilidad operacional	20%
Gastos	-15%
Gasto comercial	5%
Gastos Administrativos	10%
Utilidad neta	5%

Fuente: Coomeva EPS para el manejo presupuestal, A. Morales.

A través de las entrevistas y revisión de la información, el grupo de investigación encontró aspectos relevantes que se pueden extraer de la comparación realizada, donde los costos de la EPS

son los ingresos de la IPS.

De igual manera se puede observar que en estas estructuras se ve reflejado claramente que IPS es la encargada de prestar los servicios mientras que la EPS se encarga de la administración de los recursos de la salud para la cual fue creada.

La EPS posee los mismos rubros en la estructura de costos que la IPS esto nos indica que la EPS se convierte en un eslabón más en la cadena de la salud pero que es necesario para el normal funcionamiento del sistema y control del costo a fin de invertir en campañas de Prevención en la Salud.

En la toma de decisiones, la estructura de costos es fundamental para las IPS y EPS por que esta le permite tener de forma detallada los recursos que se requieren para el normal funcionamiento de las diferentes áreas y todo su conjunto, en estas organizaciones la utilización eficiente de esta información les permite tomar decisiones tanto administrativas como operativas que hacen los mejorar procesos y la calidad en los servicios

La estructura per cápita establecida por el Estado es insuficiente para cubrir los costos que surgen por la prestación de los servicios de salud por cada evento, en este caso se presenta problemas para las EPS e IPS que tienen que ajustar sus procedimientos para que los costos no sean superiores a los ingresos y así no se vean afectadas las finanzas, esto conlleva a que el servicio no sea eficiente, oportuno y de calidad.

Es necesario manifestar, que según estudios realizados en Colombia, el sector salud requiere de un manejo excelente en lo que se refiere a los datos organizacionales y de los servicios de salud prestados tanto por empresas del sectores público como del sector privado, con el fin de lograr una ejecución presupuestaria que permita contener cuales son los costos por cada uno de los servicios prestados. Por tal razón estas organizaciones requieren de una fuerte inversión en sistemas de automatización, que reconozcan una información adecuada, con datos actualizados. Es de resaltar que pese al marco legal que tiene establecida la legislación colombiana para el sector, se continúa con problemas de calidad en la prestación del servicio debido a la falta de información integral porque en este servicio interactúan empresas del sector público y privado.

Los indicadores son de gran utilidad para evaluar la gestión de los servicios de salud, gracias a ellos dan cuenta del desempeño de los planes, programas y metas propuestas por el gerente o director general de la institución. De igual manera

es necesaria su construcción a partir de datos numéricos, es decir, atendiendo a los procesos cuantitativos, sin embargo también se deben tener en cuenta los procesos de medición cualitativa, dando cuenta de la aceptación del servicio entre la comunidad, disposición del personal de salud para reconocer el punto de vista del usuario sobre la prestación de estos servicios.

Conclusiones

Luego de recopilar, indagar y analizar información concerniente a los costos en el sector salud en el municipio de Florencia Caquetá, se concluye que:

Las IPS y EPS son organizaciones que manejan una estructura de costos compleja y adecuada a los requerimientos que tiene el sistema de salud, esto les permite tener eficiencia en el manejo financiero de los pocos recursos a los que tiene acceso estas entidades.

La estructura de costos de la EPS se convierte en definitiva en ingresos de la IPS, indicando con esto que las EPS, son un eslabón más en el sistema de salud, pero que es necesario para la eficiencia del servicio aunque se tenga el concepto de que esta es un obstáculo y que sería mejor eliminarlas.

La estructura per cápita establecida por el Estado es insuficiente para cubrir los costos que surgen por la prestación de los servicios de salud por cada evento, en este caso se presenta problemas para las EPS e IPS que tienen que ajustar sus procedimientos para que los costos no sean superiores a los ingresos y así no se vean afectadas las finanzas, esto conlleva a que el servicio no sea eficiente, oportuno y de calidad.

En la toma de decisiones la estructura de costos es fundamental para las IPS y EPS por que esta le permite tener de forma detallada los recursos que se requieren para el normal funcionamiento de las diferentes áreas y todo su conjunto, en estas organizaciones la utilización eficiente de esta información les permite tomar decisiones tanto administrativas como operativas que hacen los mejorar procesos y la calidad en los servicios.

Los ingresos que obtienen las EPS no son suficientes para dar cumplimiento adecuado de sus funciones haciendo que el sistema cada vez sea más deficiente, con el agravante que tras los pocos recursos estas tienen que subcontratar a diferentes entidades por que las IPS no poseen todos los niveles de complejidad para atender los diferentes eventos, esto genera más flujos de recursos que se

deben invertir para este fin con esto la cadena se expande más y por consiguiente los recursos se van quedando en el camino de, ahí la mala calidad de los servicios a los usuarios.

Recomendaciones

La EPS e IPS deben mejorar constantemente su estructura de costos, como herramienta fundamental para la toma de decisiones permitiendo que el sistema de salud mejore y se tenga claridad en la información, teniendo en cuenta los diferentes servicios que se presta a los usuarios del sistema.

Las EPS no debe ser simplemente un eslabón más en la cadena del sector salud, sino que es fundamental que se involucre en sus funciones y cumpla a cabalidad con las obligaciones para lo cual fue creada ya que están creando sus propias IPS y esto genera mayor deficiencia en los recursos por que como una entidad se controla a sí misma es algo complejo que hace que los recursos de la salud se dirijan a donde no tienen que ir.

La estructura per cápita debe ser replanteada por el estado para que sea más coherente con la realidad y así se puedan cubrir realmente las necesidades de los usuarios de la salud y mejorarla eficiencia de los servicios.

Que los encargados de tomar decisiones tanto en las IPS como en las EPS tomen como guía la información que suministra la estructura de costos de sus organizaciones ya que estas son un instrumento vital para el mejoramiento continuo en los procesos y en la calidad de los servicios.

La reforma a la salud debe buscar mejorar la fluidez de los recursos que se manejan en el sector, para que estos no se queden en el camino sino que cumplan con su fin el cual es brindar un bienestar a los usuarios en su salud.

Literatura citada

- Cuervo y Osorio, (2000). Análisis del sistema de costos utilizado en las empresas del sector salud y su utilidad para la toma decisiones. Facultad ciencias económicas Universidad de Antioquia.
- Álvarez, Heredia. (2007). Calidad y Auditoria en Salud. Capítulo XVII. Indicadores, Estándares y Costo de los Servicios de Salud. Ecoe Ediciones. Bogotá. Colombia.
- Arcila, Rodríguez. L. G. (2003). Costos Hospitalarios y Grupos Relacionados de Diagnóstico. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paul.
- Cuervo J. y Osorio J. (2006). "Costeo Basado en Actividades ABC". ECOE Ediciones.
- Decreto 050 de 2003 "Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los

- recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 2280 de 2004 "Por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía"
- Decreto 3260 de 2004 "Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud";
- Decreto 4295 Diciembre 20 del 2004. Ministerio de Protección social, por medio del cual se adoptan medidas para el recaudo o depósitos de las cotizaciones en el Régimen contributivo.
- Decreto 1011 del 3 abril del 2006. Ministerio de la protección social.
- Decreto 1281 de junio 19 del 2002 Ministerio de la Salud.
- Decreto 4747 diciembre 7 del 2007 Ministerio de Protección Social.
- Documento DANE, Caracterización Temática de Salud, 2010. Consultado en: <http://www.dane.gov.co/files/sen/caracterizaciones/planificacion/CS.pdf>. Fecha de consulta. Junio de 2014.
- Duque, M. I; Gómez. L. F.; & Osorio. 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 Instituto Internacional de Costos, pagina 501.
- Edward. B. (2008). Administración de Costos. México: McGraw Hill.
- Gutiérrez, F. 2005. Evolución histórica de la contabilidad 100 años de costes y de gestión (1885-2005). Revista Española de Historia de la Contabilidad No. 2. Universidad Pablo de Olavide de Sevilla España.
- Ley 100 de 1993, "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".
- Ley 1122 de enero 9 de 2007, Artículos. 44 Ministerio de la Protección Social.
- Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones' de 2011.
- Ministerio de la Protección Social - CES y Gesaworld. (2007). Guía pedagógica para la implementación de los sistemas de clasificación de pacientes (GRD) en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Bogotá.
- Núñez, J., Zapata, J. G. & otros. (2012). La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Documento de informe para FEDESARROLLO. Editores S.A. Bogotá Colombia.
- Procuraduría General de la Nación, informe sobre el Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas Públicas. Disponible en: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud%281%29.pdf>. Fecha de consulta mayo de 2014.
- Resolución No. 355 del 5 de septiembre de 2007 donde se establece el Plan General de Contaduría Pública.
- Resolución 4480 de 2012, por medio de la cual se fija el valor en la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud, de los regímenes Contributivo y Subsidiado, para el año 2013 y se fijan otras disposiciones.
- Salazar, N. (2011). "El régimen de seguridad social en salud: problemas financieros, medidas adoptadas y retos para el futuro próximo". Notas Fiscales. No. 6. Marzo.