

UNIVERSIDAD DEL BÍO - BÍO
FACULTAD CIENCIAS EMPRESARIALES
ESCUELA DE CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR
CAMPUS FERNANDO MAY, CHILLÁN



MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO
DE CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR

Identificación de los Sistemas de Costos utilizados por las Instituciones Hospitalarias en Chile: Un estudio de caso.

Alumnas : Fernanda Elizabeth Bascur Contreras
Verónica del Carmen Peña Acuña
Profesora Guía: Sra. Cecilia Gallegos Muñoz

Chillán, Diciembre 2016.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis sinceros agradecimientos en primer lugar a mi profesora guía la Sra. Cecilia Gallegos Muñoz por su paciencia y dedicación hacia nosotros. Su manera de trabajar y motivación ha sido fundamental para lograr dar término a este trabajo.

Agradezco igualmente a las Instituciones de Salud por su ayuda para lograr en forma exitosa todo el trabajo práctico, fundamental para dar término a esta investigación.

De igual forma a todas las personas que brindaron su ayuda en forma directa e indirecta.

A Fernanda Bascur Contreras por su constancia y apoyo incondicional, lo que permitió que hiciéramos este trabajo, logrando aprender y conocer muchas cosas nuevas.

A la Universidad del Bío Bío, por formarme no solo como profesional sino también como persona. A mis compañeros, con quienes compartí dichas y momentos de apremio.

A mi familia por su apoyo tanto económico como emocional, durante todo mi periodo como estudiante universitario y a mi madre que de una u otra manera me guía.

Y por último, a mi familia adoptiva José y Graciela que me han apoyado durante todo este periodo.

Verónica Peña Acuña

AGRADECIMIENTOS

Al encontrarme en esta etapa de mi vida que ya se termina, quiero agradecer a todas las instituciones de la salud que quisieron ayudarnos en nuestra investigación.

También agradecer a nuestra profesora guía, que fue un apoyo fundamental para dar término a esta investigación, destacando la paciencia y disponibilidad para responder a cualquier consulta.

De igual forma quiero agradecer a mi compañera de tesis Verónica Peña, por su compañía y apoyo durante toda nuestra enseñanza universitaria, destacando la motivación que me contagiaba, por siempre querer aprender y hacer las cosas lo mejor posible.

Por último, quiero agradecer a Dios y reconocer que sin mi padre Iván Bascur nada de esto habría sido posible, gracias por su apoyo en todo momento y su motivación para emprender y terminar mis proyectos.

Fernanda Bascur Contreras

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo principal, determinar cuáles son los sistemas de costos utilizados en las Clínicas, Hospitales y Centro de Salud Familiar (CESFAM) en Chile, para esto se realizó un minucioso análisis a estas entidades, realizando una encuesta para conocer la información necesaria y poder determinar qué sistema de costos están utilizando. La muestra seleccionada fue intencionada, quedando como muestra tres Clínicas, tres Hospitales y tres Centro de Salud Familiar que aceptaron trabajar en la investigación.

Del análisis y estudio efectuado, se concluyó que influye considerablemente el tipo de financiamiento que poseen estas entidades, respecto a si utilizan algún sistema de costos, ya que las tres clínicas encuestadas utilizaban algún sistema de costo siendo su financiamiento privado, de los tres hospitales encuestados, solo uno utilizaba algún sistema de costos, siendo su financiamiento mixto (público y privado) y por último ninguno de los tres centros de salud familiar utilizaban algún sistema de costo, siendo su financiamiento público.

Los sistemas de costos utilizados por las Instituciones de la Salud encuestadas son, el sistema de costeo por absorción y el sistema de costeo pleno, el método con el que acumulan los costos es centro de responsabilidad y el método que utilizan para distribuir los costos indirectos de fabricación son el Método ABC (utilizados por las tres clínicas encuestadas) y el Método de doble tasa de distribución.

ABSTRACT

The main objective of this research is to determine the cost systems used in the Clinics, Hospitals and Family Health Center (CESFAM) in Chile. Thus, a meticulous analysis to these entities was carried out using a survey to get to know the necessary information and to be able to determine which system of costs they are using. The selected sample was intentional, being shown as three Clinics, three Hospitals and three Family Health Center that agreed to participate in the study.

From the analysis and study carried out, it was concluded that the type of financing that these entities have has a considerable influence on whether they use any cost system, since the three clinics surveyed used some cost system, with their private financing being of the three hospitals surveyed, Only one used a cost system with mixed financing (public and private) and lastly none of the three family health centers used any cost system with public financing.

The cost systems used by the Health Institutions surveyed are the absorption costing system and the full costing system. The method with which they accrue costs is the center of responsibility and the method used to distribute indirect manufacturing costs is the ABC Method (used by the three clinics surveyed) and the Dual Rate Distribution Method.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INDICE DE CONTENIDO.....	6
Índice de imágenes.....	8
Índice de Gráficos	8
Índice de Tablas	8
Capítulo 1: Introducción	10
1.1 Antecedentes generales	10
1.2. Planteamiento del problema de Investigación y Justificación	12
1.3. Objetivos de la Investigación	14
1.3.1 Objetivo General	14
1.3.2 Objetivos Específicos	14
Capítulo 2: Revisión bibliográfica y Marco teórico	15
2.1 Contabilidad de costos.	15
2.1.1 Convenientes de la contabilidad de costos	16
2.2 Clasificación de los costos	16
2.2.1 Según su función	16
2.2.2 De acuerdo con su identificación con una actividad, departamento o producto	17
2.2.3 De acuerdo al tiempo en que fueron calculados	18
2.2.4 De acuerdo a su comportamiento	18
2.2.5 De acuerdo al tiempo en que se enfrentan a los ingresos	19
2.3 Los Sistemas de Costos	20
2.3.1 Objetivos de un sistema de costeo	20
2.3.2 Criterios básicos en un sistema de costos	21
2.4 Importancia y Beneficios de la determinación de costos en las organizaciones	43
2.4.1 Importancia de los sistemas de costos	43
2.4.2 Beneficios de los sistemas de costos	44
2.5 Sistema de salud en Chile	45
2.6 Sistema de costos en las organizaciones de salud	54

2.7 Sistemas ABC en las organizaciones de salud.....	56
Capítulo 3. Metodología.....	60
3.1 Descripción del modelo de investigación.....	60
3.1.1 Tipo de Estudio.....	60
3.1.2 Población o muestra	60
3.2 Definición de Variables.....	62
3.2.1 Variables Independientes	62
3.2.2 Variables dependientes	66
3.2.3 Combinación de Variables independientes y dependientes	67
3.3 Fuentes de información.....	68
3.3.1 Instrumento de recolección de información.....	69
3.3.2 Validación del Instrumento	71
Capítulo 4: Análisis de los resultados	72
4.1 Análisis Centros de Salud Familiar	72
4.2 Análisis Hospitales	76
4.3 Análisis Clínicas	80
4.3.1 Análisis Clínica N° 1.....	82
4.3.3 Análisis Clínica N° 3.....	84
4.4 Resultados generales	85
4.5 Resultados Específicos por objetivo.....	87
4.5.1 Objetivo específico N°1	87
4.5.2 Objetivo específico N°2	88
4.5.3 Objetivo específico N°3	91
4.6 Resultados por cada Variable	91
4.6.1 Resultados en base a las variables independientes	91
Capítulo 5: Conclusiones y Recomendaciones.....	95
5.1 Conclusiones	95
5.2 Recomendaciones	96
Capítulo 6: Limitaciones.....	98
Capítulo 7: Bibliografía	99
Capítulo 8: Anexos	101

Índice de imágenes

Imagen N° 1 Criterios básicos en un sistema de costos	21
Imagen N° 2 Sistema de costos por áreas o niveles de responsabilidad	22
Imagen N° 3 Sistema de costos por órdenes específicas	24
Imagen N° 4 Sistema de producción por procesos continuos	25
Imagen N° 5 Sistema de atención primaria	47
Imagen N° 6 Sistema de atención secundaria.....	48
Imagen N° 7 Organizaciones dependientes del Ministerio de Salud en Chile	49
Imagen N° 8 Sistema de Salud en Chile clasificado distintos sectores	52
Imagen N° 9 Ítems de encuesta aplicada en la investigación	69

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1 Instituciones de Salud que poseen Sistema de Costo	87
Gráfico N° 2 Sistema de costos utilizados por la muestra que solo poseen sistema de costos	89
Gráfico N° 3 Sistemas de costos más utilizados en las Clínicas	89
Gráfico N° 4 Asignación de los CIF, solo respecto de la muestra que posee un sistema de costo.....	90

Índice de Tablas

Tabla N°1 Tramos A, B, C, D (Fonasa)	53
Tabla N°2 Servicios prestados en el sector primario (CESFAM).....	62
Tabla N°3 Servicios prestados en el sector secundario (Hospitales)	63
Tabla N° 4 Servicios prestados en el sector secundario (Clínicas)	65
Tabla N°5 Variable independiente: Financiamiento	66
Tabla N°6 Variable: Tamaño organización y sus variables dependientes.....	67

Tabla N°7 Variable: Financiamiento y sus variables dependientes	67
Tabla N°8 Clasificación de la muestra	72
Tabla N°9 Identificación de Cesfam	73
Tabla N°10 Servicios prestados en Sector Primario.....	74
Tabla N°11 Identificación de los Hospitales	76
Tabla N°12 Servicios prestados por Hospitales	77
Tabla N°13 Identificación de las Clínicas	80
Tabla N°14 Forma de pago de los usuarios	81
Tabla N°15 Servicios prestados por las clínicas.....	81
Tabla 16 Instituciones que utilizan sistemas de costos	86
Tabla 17 Asignación de los CIF	90
Tabla 18 Clasificación de instituciones por tamaño.....	91
Tabla 19 Clasificación según variable financiamiento.....	93

Anexos

Anexo N° 1 Prácticas de medición de costos en instituciones hospitalarias en Chile	101
Anexo N° 2 Respuesta cuestionario	110
Anexo N° 3 Cesfam en Chile	116
Anexo N° 4 Hospitales en Chile.....	125
Anexo N° 5 Clínicas en Chile	127

Capítulo 1: Introducción

1.1 Antecedentes generales

Las organizaciones en general, hoy en día deben afrontar cambios constantemente, es por esta razón, que es necesario que los sistemas productivos de estas entidades se vayan adecuando a estas variaciones y en el momento indicado, para poder mantener la competitividad y la eficiencia en este entorno tan cambiante. Se debe contar con información confiable, oportuna y lo más exacta posible sobre el costo de sus productos y/o servicios y de esta forma poder tomar las mejores decisiones para las organizaciones. Por este motivo toda entidad, independiente de su tamaño y el tipo de organización de la cual se trate, necesita un adecuado sistema de control para mantenerse en el entorno competitivo, para esto se debe implementar un Sistema de costo en estas instituciones.

Según Lawrence (1978) define contabilidad de costo como: " Un proceso ordenado que usa principios generales de contabilidad para registrar los costos de operación de un negocio de tal manera que, con datos de producción y venta, la gerencia pueda usar las cuentas para averiguar los costos de producción y los costos de distribución, ambos por unidad y en total de uno o de todos los productos fabricados o servicios prestados, y los costos de otras funciones diversas de la negociación, con el fin de lograr una operación económica, eficiente y productiva".

Los sistemas de costos sirven de herramienta para mejorar la gestión, para que las empresas con esta información puedan tomar las mejores decisiones, que le ayuden a reducir sus costos y mejorar la calidad del servicio, determinando los costos unitarios de producción y poseer control de las operaciones. La finalidad de un sistema de costos es representar de la forma más exacta los distintos costos y en lo posible que sean distribuidos de la mejor forma a los productos y servicios que correspondan, solo en este caso, se obtendría un resultado satisfactorio, identificando los productos y servicios más rentables y aquellos en los que se debe poner más atención. Esta herramienta solo nos aproximan a la realidad, por esto se debe encontrar el sistema de costos que entregue a la empresa una visión más acertada de ésta.

El sistema de costos es definido por Ivinsky (2010) como un conjunto de procedimientos, técnicas, administrativos y contables que se emplea en una empresa, para determinar el costo de sus operaciones en sus diversas fases, de manera de utilizarlo para fines de información contable, control de gestión y base para la toma de decisiones. Existen distintos métodos para identificar los costos, los que son clasificados por Aguirre (2004) según la forma de producir (costos por órdenes o costo por procesos), Según la fecha de cálculo (Costos históricos o costos predeterminados), costos estimados, costos estándares, Según método de costo (costo real, costo normal y costo estándar) y según tratamiento de los costos indirectos (costos por absorción, costos directos, costos basados en las actividades).

Es importante saber qué método de costeo es el más adecuado para la actividad que se realiza y cuál proporcionará la información más exacta para poder tomar una decisión en base a estos. Es por esta razón que nace el interés de realizar un estudio de casos, para conocer cuáles son los métodos de costeo que utilizan las distintas Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en el área de la salud en Chile.

Una empresa de salud es una organización muy compleja desde todo punto de vista. Si bien existen distintos tipos de instituciones. Vapor y Ribera (1990) se refieren a que las motivaciones por la que un paciente acude a un determinado hospital son variadas, y aunque puede acudir por decisión propia, en general lo hace por consejo de un profesional médico. Es decir, cuando una persona acude a una Institución de Salud en general lo hace porque necesita consultar con un médico, requiere de una internación, que puede necesitar cuidados intermedios o incentivos, se realiza una intervención quirúrgica o necesita atención de emergencia, el cual puede llegar a significar la vida de un paciente, por esta razón los Directores y Gerentes tienen que poseer información útil para la toma de decisiones y así realizar la mejor gestión dentro de la empresa. Cuando se plantea el desafío de instaurar un sistema de costos en una organización se debe tener claro el tipo de empresa a la cual se está aplicando, es por ello que para el caso de instituciones médicas se encontraron características que las hacen particularmente distintas a otras organizaciones, estas son:

- Son empresas de servicios.
- Los productos que se prestan son intangibles, ya que el producto final de la atención no se podrá materializar.
- Los productos son heterogéneos, es decir, un mismo servicio puede ser diferente y tener resultados diferentes, según el paciente al cual se esté tratando.
- Es difícil hallar una unidad de medida.

Por tanto una institución de salud necesita un sistema de costo que apoye a la gestión, se debe considerar la eficacia y la eficiencia en el sistema, que sirva para mejorar la administración de los distintos procesos y de esta forma, poder tomar la mejor decisión respecto a estas, es por esto que el objetivo de la investigación es identificar los sistemas de costos en las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en Chile.

1.2. Planteamiento del problema de Investigación y Justificación

El análisis de costos en Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en Chile, es un tema que ha causado un gran interés en los últimos años. Las condiciones y la gestión económica y social han impulsado importantes cambios en la organización y gestión de estas entidades, siendo su objetivo prioritario en la actualidad la búsqueda de la eficiencia. Las instituciones de Salud han presentado crecimientos tanto en sus gastos como en su demanda, que es de interés para todos los chilenos, al igual que el servicio entregado sea de calidad y eficiente. Santamaría, et al. (2015).

Es necesario poseer sistemas de información en el área económica, que permitan saber no solamente cuánto se gasta, sino también cómo se invierten los recursos para determinar la eficiencia de los distintos procesos de las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en Chile. Además considerar que el análisis de los costos ayuda en gran manera a la gestión que tienen estas entidades, siendo una herramienta importante para la toma de decisiones. Es por esto que los sistemas de costos permitirían conocer el costo y la productividad de los servicios en que están estructurados, identificando las áreas de ineficiencia económica dentro de ellas o incluso dentro de las propias secciones y, por tanto, valorar la eficiencia de la gestión en general.

Adicionalmente los sistemas de costos ayudan a efectuar comparaciones entre las distintas organizaciones de la misma área o entre sus secciones. Para poder realizar esas comparaciones se necesita poseer variables en común (Tamaño, tipo de financiamiento, etc).

El problema radica que no se posee conocimiento de cuáles son las prácticas utilizadas para medir los costos de las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en Chile, cuál es el sistema de costo más utilizado por estas organizaciones y si los software y los sistemas utilizados son los más adecuados para ellas, y así esta forma puedan obtener la información más exacta respecto a sus costos, poder tomar buenas decisiones y tener una buena gestión sobre estas entidades.

El propósito de esta investigación es realizar un estudio de casos para conocer qué método de costos utilizan las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar adscritos en la Superintendencia de Salud dependiente del Ministerio de Salud en Chile. Por lo se pretende responder al finalizar dicho estudio de casos a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué Sistemas de costos utilizan las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en Chile?
- ¿Cuál es el Sistema de costos que más utilizan en las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en Chile?
- ¿Las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en Chile tienen alguna relación de acuerdo a los métodos de costos utilizados?

Teniendo claro el objetivo de la Investigación, se debe tener siempre presente que un Sistema de costo es “Un conjunto de elementos organizados que se encuentran en interacción, que buscan algunas metas comunes, operando para ello sobre datos e información sobre energía o materia prima u organismos” (Murdick,1998,p.33).

Conociendo lo que es un Sistema de costeo, se podrá involucrar de mejor manera en el área de Salud, según estudios realizados revelan que hasta el momento, “Los hospitales públicos carecen de sistemas de costos que permitan suministrar la información necesaria para la toma de decisiones gerenciales, no obstante se estén dando pasos decisivos para la

adecuación e implementación de los mismos” (Vargas y Gamboa, 2004,p.2). Por ende, es necesario un esfuerzo de investigación que permita reconstruir los procesos y la estructura de costos de los servicios básicos de salud.

Este estudio es importante para el área de la salud, ya que muestra que entidades tanto públicas y privadas utilizan algún sistema de costeo, que tipo de sistema de costeo están utilizando y se da a conocer la importancia de poseer un sistema de costeo, además de proporcionar la información necesaria para poder elegir qué sistema utilizar.

Los resultados ayudaran a analizar si los planes y programas de estudios de las universidades se encuentran actualizados en relación a estas temáticas.

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Identificar las prácticas de medición de costos utilizados por Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en Chile.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar los métodos de costos que utilizan las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en Chile.
2. Evaluar el método más utilizado por las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en el área de Salud en Chile, para su mejor gestión.
3. Analizar comparativamente los sistemas de costos utilizados entre Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Familiar en Chile.

Capítulo 2: Revisión bibliográfica y Marco teórico

2.1 Contabilidad de costos.

La contabilidad de costos es una herramienta que cobra gran importancia dentro de las organizaciones como apoyo directo a la administración en la fijación de políticas, control de los recursos y toma de decisiones acertadas.

Según Horngren, et al. (2012) “la contabilidad de costos mide, analiza y reporta información financiera y no financiera relacionada con los costos de adquisición o uso de los recursos dentro de una organización”, además de acuerdo los estudios de Rojas (2007) define la contabilidad de costos como “un sistema de información, con el cual se determina el costo incurrido al realizar un proceso productivo y la forma como se genera éste en cada una de las actividades en que se desarrolla la producción”.

Antes de continuar con la conveniencia de poseer una contabilidad de costos dentro de la organización, es necesario precisar en la definición de costos, entendiendo como tal:

De acuerdo a Aguirre (2004) y Rojas (2007) definen como costo de un bien, servicio o actividad el valor razonable de todos los conceptos o recursos requeridos para la elaboración o adquisición de un bien, para la prestación de un servicio o en el desarrollo de una actividad; dichos recursos se clasifican en los denominados elementos o componentes del costo, con la intención de que genere un ingreso en el futuro.

Los contadores definen el costo como un sacrificio de recursos que se asigna para lograr un objetivo específico. Un costo (como los insumos médicos o la publicidad) por lo general se mide como la cantidad monetaria que debe pagarse para adquirir bienes o servicios. Un costo real es aquel en que ya se ha incurrido (un costo histórico o pasado), a diferencia de un costo presupuestado, el cual es un costo predicho o pronosticado (un costo futuro).

2.1.1 Convenientes de la contabilidad de costos

La contabilidad de costos es una herramienta fundamental que ayuda a la toma de decisiones de manera considerable y posee grandes convenientes dentro de la organización, los que son mencionados por Rojas (2007), los convenientes de esta son: establecer el costo de los productos; por medio de ella se valoran los inventarios; se pueden controlar los distintos costos que intervienen en el proceso productivo; se mide en forma apropiada la ejecución y aprovechamiento de materiales; se establece márgenes de utilidad para productos nuevos, se pueden elaborar proyectos y presupuestos; facilita el proceso decisorio, al poder determinar cuál será la ganancia y costo de las distintas alternativas que se presentan, para así tomar una decisión y por último, con la contabilidad de costos se puede comparar el costo real de fabricación de un producto, con un costo previamente determinado.

2.2 Clasificación de los costos

Teniendo en cuenta que la contabilidad de costos tiene dentro de sus objetivos, el calcular lo que cuesta producir un bien, o lo que cuesta venderlo, o los costos que son necesarios para prestar un servicio, además de obtener la información necesaria para controlar la producción, planear las actividades de una empresa y tomar decisiones.

La clasificación de los costos es la información requerida para la administración, para evaluar y controlar los costos de los procesos productivos, donde la gerencia tomará las herramientas necesarias para la toma de decisiones.

Los costos pueden ser clasificados de acuerdo con el enfoque que se les dé, de acuerdo a Rojas (2007) realiza la siguiente clasificación de costos, con sus respectivas definiciones, que serán mencionadas a continuación:

2.2.1 Según su función

2.2.1.1 Costos de producción

Son los que se generan durante el proceso de transformar la materia prima en un producto final.

- **Materia Prima Directa:** Son todos los materiales que pueden identificarse cuantitativamente dentro del producto y cuyo importe es considerable. Ejemplo de esto son los medicamentos y/o inyecciones que consume cada paciente en un hospital o una clínica.
- **Mano de obra Directa:** Es la remuneración en salario o en especie, que se ofrece al personal que interviene directamente para la transformación de la materia prima en un producto final o el personal directo que presta un servicio. Ejemplo de esto es la remuneración pagada a los doctores que trabajan prestando sus servicios.
- **Costos Indirectos de Fabricación:** Son los gastos generales de fábrica o gastos de fabricación. Son aquellos costos que intervienen dentro del proceso de transformar la materia prima en un producto final y que son distintos a material directo y mano de obra directa. Ejemplo de esto son los insumos médicos (como: agujas, baja lengua, entre otros), la depreciación, etc.

2.2.1.2 Costos de administración

Son los que se originan en el área administrativa, los que son relacionados con la dirección y manejo de las operaciones generales de la empresa, como lo es la remuneración del personal administrativo.

2.2.1.3 Costos de distribución o ventas

Son los que se incurren en el área que se encarga de llevar el producto desde la empresa hasta el consumidor final, como lo es la publicidad, las comisiones, etc.

2.2.2 De acuerdo con su identificación con una actividad, departamento o producto

2.2.2.1 Costo Directo

Este tipo de costo es aquel que se puede identificar o cuantificar plenamente con los productos terminados o áreas específicas, también son aquellos que la gerencia es capaz de asociar con los bienes o áreas específicas.

El sueldo correspondiente a la secretaría de cobranzas es un costo directo para el departamento de cobranzas.

2.2.2.2 Costos Indirectos

Son aquellos costos que no se pueden identificar o cuantificar plenamente con los productos terminados o áreas específicas. Asimismo, este tipo de costos, son aquellos comunes a muchos bienes y, por tanto, no son directamente asociable a ningún bien o área en particular, como lo es la depreciación de los activos fijos que poseen los hospitales y las clínicas.

2.2.3 De acuerdo al tiempo en que fueron calculados

2.2.3.1 Costos Históricos

Estos costos también son llamados costos reales, son aquellos que se obtienen después de que el producto o servicio haya sido realizado. Por lo que este tipo de costos, indica lo que realmente ha costado producir un determinado bien o servicio. Parra J.

2.2.3.2 Costos Predeterminados

Estos tipos de costos son aquellos que se calculan antes o durante la producción de un determinado producto o servicio en forma estimada o aplicando el costo estándar.

- Costos estimados: Representan la cantidad que según la empresa, costará realmente producir un producto o servicio, durante cierto período.
- Costos estándar: Son los costos científica y técnicamente predeterminados que sirven de base para medir la actuación real.

2.2.4 De acuerdo a su comportamiento

2.2.4.1 Costos Variables

Son aquellos que cambian o fluctúan en relación directa al volumen de las operaciones realizadas. Dicha actividad puede ser referida a producción o ventas: Ejemplo la materia prima cambia de acuerdo con la función de producción (medicamentos que consume un paciente), y las comisiones de acuerdo con las ventas

2.2.4.2 Costos Fijos

Son aquellos que permanecen constantes dentro de un período determinado, sin importar si cambia el volumen de producción, entre estos se encuentran el arriendo de local, depreciación lineal de los activos fijos, los sueldos del guardia, entre otros.

2.2.4.3 Costos Mixtos

Un costo mixto contiene elementos variables y fijos. Los costos mixtos son también conocidos como costos semivARIABLES. En ciertos niveles de actividad, pueden mostrar las mismas características de un costo fijo, en otros niveles de actividad pueden desplegar las características de un costo variable.

2.2.5 De acuerdo al tiempo en que se enfrentan a los ingresos

2.2.5.1 Costos del producto

Son los que se identifican directa e indirectamente con el producto. Están dentro de ellos: material directo, mano de obra, carga fabril. Estos tienen la particularidad de tenerse en inventarios hasta cuando se vende, situación en la cual se enfrenta a los ingresos para dar origen a los beneficios.

2.2.5.2 Costos del período

Son los que no están ni directa ni indirectamente relacionados con el producto, no son inventariados.

Se caracterizan por ser cancelados inmediatamente que estos se originan, ya que no puede determinarse ninguna relación con el costo de producción.

2.3 Los Sistemas de Costos

Los sistemas de costos son aplicados por las empresas porque éstas necesitan realizar funciones básicas tales como: valorar sus inventarios y cuantificar el costo de sus mercancías y/o servicios vendidos para así elaborar sus cuentas anuales, calcular el costo de sus actividades, productos y clientes, y por último entregar un feedback a directivos y empleados respecto a la eficiencia de los procesos.

Un sistema de costos, cualquiera que este sea, debe cumplir con una asignación eficiente de costos a los productos o servicios. Además la información que entrega un sistema de costos se utiliza en los estados de financieros y para tomar decisiones en la empresa, por ello esa información debe ser fidedigna, oportuna y exacta, de no ser así se tomarían decisiones erróneas y por ende la organización podría obtener resultados negativos.

Según Polimeni, et al. (1994) “El sistema de costeo debe clasificar, registrar y agrupar las erogaciones, de tal forma que le permita a la dirección conocer el costo unitario de cada proceso, producto, actividad y cualquier objeto de costos, puesto que la cifra del costo total suministra poca utilidad, al variar de un período a otro el volumen de producción. Esto sólo se puede alcanzar mediante el diseño de un sistema de costeo adecuado”. Adicionalmente Morillo (2002) y Horngren, et al. (2012) agregan que los sistemas de costeo con un conjunto de criterios y procedimientos que registran el costo de los recursos adquiridos, como materiales, mano de obra y equipo, y dan seguimiento a la manera en que tales recursos se utilizan para producir y vender productos o servicios. El registro de los costos de los recursos adquiridos y usados permite a los administradores observar la manera en se comportan los costos, con el propósito de ofrecer información relevante para la toma de decisiones y el control.

2.3.1 Objetivos de un sistema de costeo

Un sistema de costeo tiene como objetivos básicos de acuerdo a Aguirre (2004) Determinar el costo de los productos fabricados y vendidos, de los servicios prestados o de las actividades desarrolladas y determinar el valor de los inventarios representados en

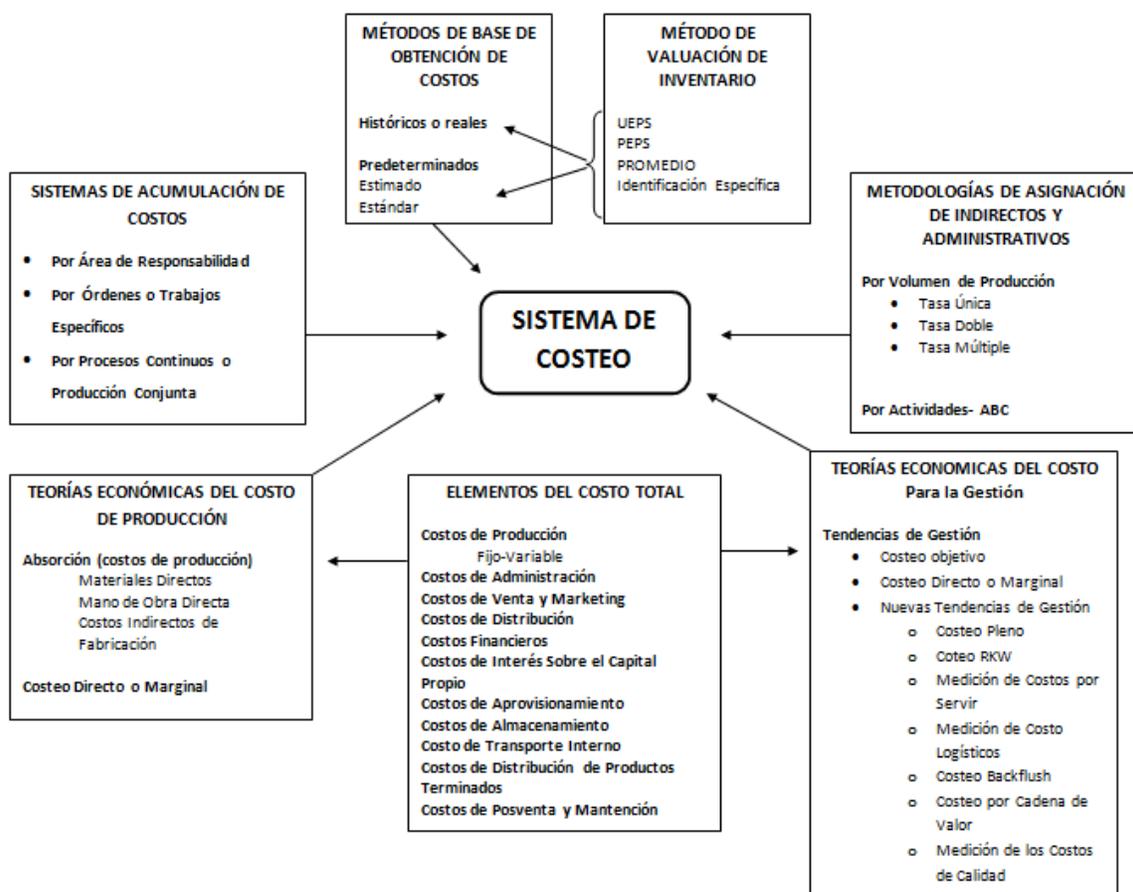
materiales y suministros, productos o servicios de elaboración y productos terminados y en almacén para ser vendidos, o servicios pendientes de factura.

Además entregar información administrativa o gerencial que permite: fijar precios, controlar los recursos requeridos en el bien y/o servicios, tomar buenas decisiones que ayudan a mejorar el objetivo económico de la empresa, definir la necesidad de contratar o desarrollar un servicio o actividad, comprar o fabricar un bien o servicio y evaluar desempeños.

2.3.2 Criterios básicos en un sistema de costos

Al implementar un sistema de costos se debe tener en cuenta, además del ente económico o tipo de empresa, algunos criterios básicos fundamentales, para su adecuada definición (véase imagen N° 1), los cuales son:

Imagen N° 1 Criterios básicos en un sistema de costos



Fuente: Elaboración propia adaptada de Aguirre (2004).

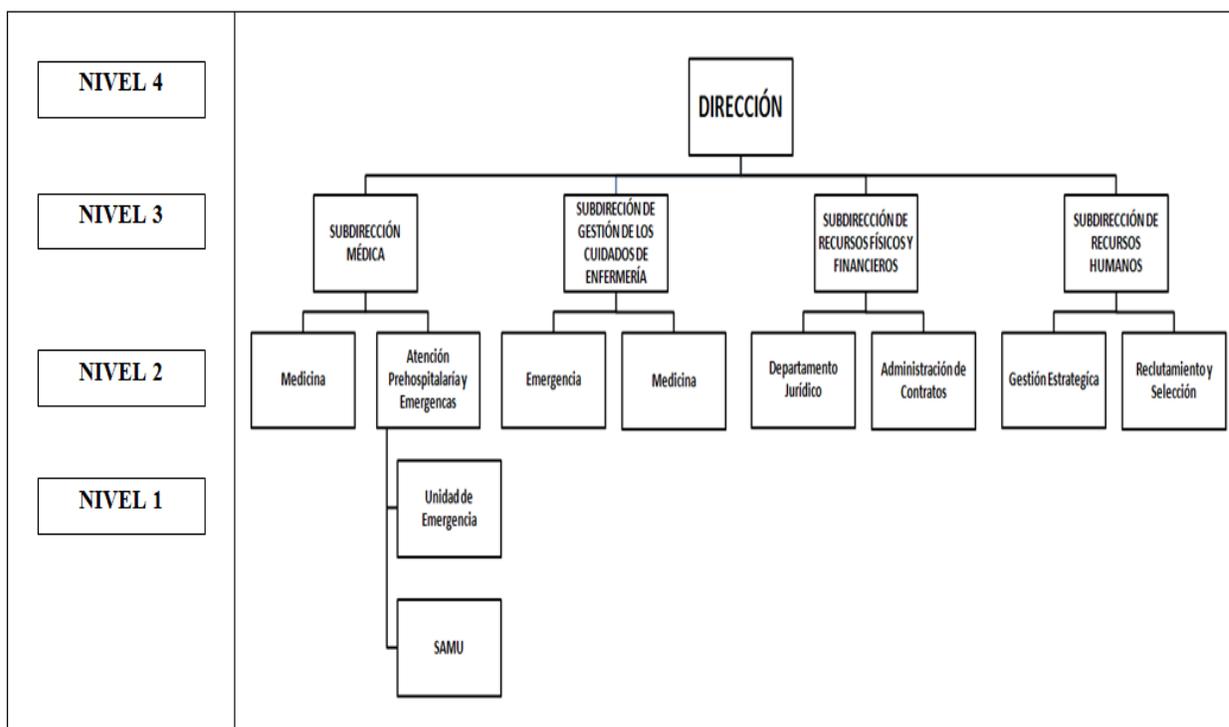
2.3.2.1 Sistemas de acumulación de costos

De acuerdo a Aguirre (2004) “el sistema de acumulación de costos en bienes y/o servicios, depende primordialmente del tipo de entidad de cual se trate, si es prestadora de servicios o fábrica de bienes, y de la forma como la producción de los bienes económicos se desarrolla, los cuales pueden ser: por áreas o niveles de responsabilidad, por órdenes específicas de producción y por procesos continuos”.

Por áreas o niveles de responsabilidad

Este sistema de acumulación de costos se basa en el principio administrativo de que cada una de las Independencias es responsable de sus propios costos y gastos y de los causados por las dependencias que se encuentran bajo su responsabilidad (ver la imagen N ° 2). Este sistema permite la evaluación por centro de responsabilidad, evaluación de desempeños y control y disminución de los costos. Aguirre (2004)

Imagen N° 2 Sistema de costos por áreas o niveles de responsabilidad



Fuente: Elaboración propia adaptada de Aguirre (2004).

Bajo este sistema los costos y gastos se identifican, clasifican y controlan por actividad, proceso, dependencia, centro de costo y/o área de responsabilidad, teniendo en cuenta su origen, existe una identificación y relación directa de los recursos económicos con las diferentes áreas en cada uno de los niveles de la entidad.

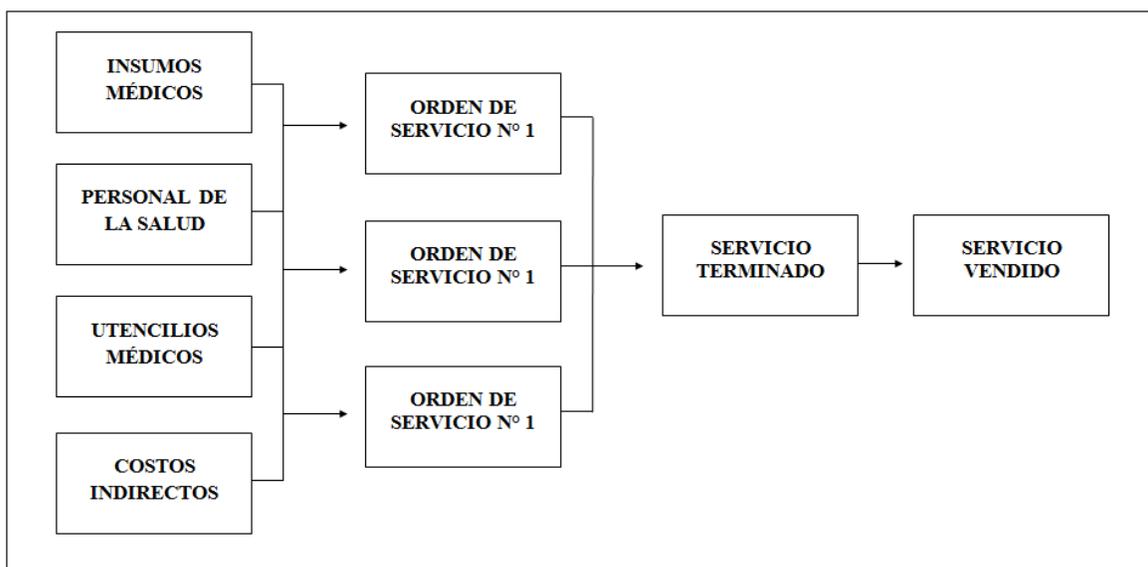
De esta manera, las dependencias del nivel 2 (Ver imagen N°2) son responsables de los costos propios y de los costos de las dependencias del nivel 1 que dependen de ella administrativamente, las del nivel 3 son dependientes de las del nivel 2, y así sucesivamente.

Por órdenes específicas de producción

Este sistema de producción son los que se utilizan comúnmente por aquellas empresas cuya producción de bienes y/o servicios se efectúa de una manera heterogénea, esto es, que la elaboración de cada bien económico puede ser variada en diferentes componentes, volumen, tiempo de duración y especificaciones.

Este sistema debe identificar y determinar los componentes del costo por orden de producción o de trabajo, controlar y analizar los costos de cada orden, producto y/o servicio y determinar los costos unitarios de producción por cada orden o bien económico (Ver imagen N°3). Aguirre (2004)

Imagen N° 3 Sistema de costos por órdenes específicas



Fuente: elaboración propia adaptada de Aguirre (2004).

El área operativa es responsable (durante el tiempo que dure la elaboración del producto o la prestación del servicio) de la identificación adecuada de cada uno de los componentes o elementos del costo, para poder determinar el costo de producción de los diferentes bienes económico, siendo necesario analizar una orden de producción, en el momento de su iniciación para así poder identificar, controlar y acumular los costos correspondientes a cada una de ellas (ver imagen N°3).

Por procesos continuos

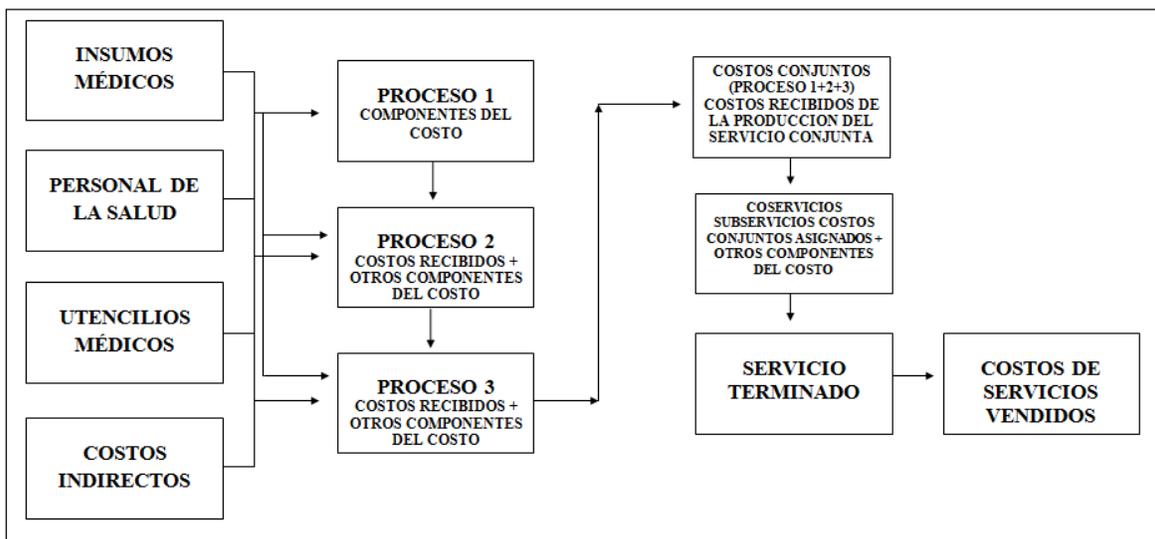
De acuerdo a Aguirre (2007), el sistema de costos por procesos continuos se debe aplicar en aquellas empresas en donde la producción de bienes o servicios se desarrolla en forma homogénea, esto es, que utilizando siempre y continuamente los mismos componentes del costo de obtienen los mismos productos finales.

Por la forma de producción, los productos van pasando de manera continua por los diferentes procesos hasta que el producto se encuentre terminado (Ver imagen N°4), siendo necesario inicialmente acumular los costos incurridos en el proceso que los requirió y, en la

medida que los productos semielaborados se transfieren de una proceso a otro, los costos correspondientes también deben ser transferidos.

El sistema de costeo por procesos continuos debe: identificar y determinar los componentes del costo por proceso operativo, transferir los costos correspondientes en la medida que los productos semielaborados son trasladados de un proceso a otro, determinar el costo conjunto correspondiente a cada coproducto y, si se presentan, a los diferentes tipos de subproductos y determinar los costos unitarios en cada período y proceso operativo de los componentes del costo y de cada producto terminado.

Imagen N° 4 Sistema de producción por procesos continuos



Fuente: elaboración propia adaptada de Aguirre (2004).

2.3.2.2 Método de Base de Obtención de Costos

Los métodos de base de obtención de los costos pueden ser sobre una base histórica o predeterminada.

Costos Históricos

También es denominado el costo real, es decir, indica lo que ha costado producir determinado bien o servicio, y se utiliza para preparar los estados financieros externos.

Según del Río (2003), “los costos históricos o reales son aquellos que se obtienen después de que el producto ha sido elaborado o durante su transformación”.

Este tipo de costo se registra hasta el momento que es efectivamente erogado, de tal forma que da como resultado el costo total hasta el fin de la producción o periodo, lo que provoca que exista una incertidumbre en un periodo de tiempo que dependerá solamente de la producción.

De acuerdo a Sánchez (2012), para prevenir esto se diseña una técnica de valuación la que es llamada predeterminada, que consiste en conocer más de 80% del costo real del producto, lo que permitirá añadir un porcentaje más de margen de utilidad, y así obtener el precio de venta de forma rápida y con mayor control.

Costos Predeterminados

Según Sánchez (2012), son los costos determinados antes de la elaboración o prestación de un servicio y en ocasiones durante la elaboración o prestación del mismo antes de terminarse.

Estos se clasifican en costos predeterminados estimados y predeterminados estándar:

- **Estimados:** Esta forma de valuar los costos se realiza mediante un cálculo sobre cuestiones empíricas (base experiencia y conocimiento profundo de la industria), y se puede calcular antes o durante la producción del artículo, con el objetivo principal de pronosticar o suponer un valor en los elementos del costo.

El punto central de este tipo de estimación es conocer una valuación aproximada del costo de producción de un artículo, que básicamente es diseñada para cotizar a los clientes, ofreciéndoles así un aproximado de lo que vale un bien o una prestación de un servicio, aunque no es la única razón, otra puede ser para ofrecer un panorama general de la valoración monetaria de la producción, tanto vendida como terminada y la de proceso, siendo así una herramienta de control interno, toda esta valoración se realiza con base en el conocimiento empírico. El costo estimado tiene como

característica principal la predeterminación general y superficial sobre los costos más actuales.

- Estándar: El costo estándar se basa en fórmulas matemáticas, y está determinado en cada elemento del costo unitario del bien, determinando así cuanto debe costar el producto o servicio, en contraparte de lo que el patrón supone que debería costar el producto o servicio. Es muy práctico tener un control total de la determinación del costo, presupuestando así todos los elementos que conjuntan el costo unitario que de forma directa o indirecta interviene en él.

Métodos de Valuación de Inventarios

De acuerdo a Aguirre J. (2004), los métodos de valuación de inventarios se aplican al momento de costear el consumo de inventarios, salidas o ventas de materiales, productos terminados, mercadería o bienes para la venta.

La base de aplicación de estos métodos de valuación son los costos reales o los costos predeterminados, bajo un procedimiento de manejo operativo de inventario en forma permanente.

Entre los métodos de valuación reales se consideran los siguientes:

- UEPS: Los consumos se valoran a los últimos costos de adquisición, los cuales normalmente son más altos, y los saldos quedan valorizados a los costos más antiguos disponibles. Se menciona que este método no es considerado para valorización de los inventarios en aquellos países que hayan adoptado las Normas Internacionales IFRS, por lo que se recomienda ocupar otro método de valorización.
- PEPS: Los consumos se valoran a los primeros costos de los inventarios comprados.
- Promedio ponderado: Consiste en calcular el costo promedio unitario de los costos.
- Identificación específica: Consiste en que cada bien vendido y cada unidad que queda en el inventario se encuentran individualmente identificadas.

2.3.2.3 Teorías Económicas del Costo de Producción

De acuerdo a Aguirre (2004), la determinación del costo de producción y el costo total de un producto, bien o servicio y la clasificación de los recursos económicos, elementos o componentes del mismo dan origen a dos teorías económicas:

Teoría del Costo por Absorción o Tradicional

Según Rocha W. (2013) la teoría del costo por absorción contempla que la determinación del costo de producción de bienes, servicios o actividades está compuesta únicamente por los costos directos u operativos y los costos indirectos de los procesos, centros de costos o áreas de responsabilidad productivas.

De acuerdo con esta teoría, los costos de producción (directos e indirectos) afectan las utilidades del período dependiendo únicamente de la cantidad de bienes o productos producidos y vendidos, o servicios prestados y facturados durante el período.

El enfoque por absorción considera como costo del producto el costo de material, costo de mano de obra y costos indirectos de fabricación tanto fijos como variables.

Teoría del Costeo Directo o Marginal

Este sistema de costo puede ser utilizado tanto para la determinación del costo de producción y de igual manera para la gestión de la empresa. Por lo que será definido con exactitud más adelante, dentro de las Teorías Económicas del Costo Para la Gestión, en el punto 2.3.2.5, debido que se incluye como un método de tendencias de gestión.

2.3.2.4 Asignación de Costos Indirectos y Gastos Generales

Por procedimiento de identificación y clasificación de los recursos del costo, no deberá existir ninguna dificultad en determinar los costos y gastos directos de un producto, servicio o actividad, el problema y por lo tanto la calidad y razonabilidad del costo de los mismos radica en la forma de asignar los costos indirectos de producción y, si se requiere

determinar el costo total, al efectuar la asignación de los gastos generales originados y causados por los procesos de apoyo o administrativos.

Para realizar la asignación de estos recursos, costos indirectos y gastos generales, los criterios utilizados son:

Por volumen de producción

De acuerdo a Aguirre J. (2204), utilizando este procedimiento tradicional, en algunas empresas industriales o manufactureras, los costos indirectos de fabricación o producción se asignan a los productos, bienes elaborados o servicios prestados, aplicando una base relacionada con el volumen de producción aprovechado o causado durante el período, esto es considerando las horas máquinas trabajadas, horas hombres trabajadas y unidades producidas.

Para la asignación de los costos indirectos de fabricación a los productos o servicios, se puede realizar utilizando los métodos de asignación por tasa única, tasa doble y por tasa múltiple. Horngren et al. (2012) los define de la siguiente manera:

Tasa Única: En este método el importe de los costos indirectos se asigna a los productos o servicios mediante el uso de una sola tasa. Es posible utilizar una tasa de aplicación única a nivel de planta de costos indirectos de fabricación cuando se elabora un producto o se presta un servicio, o cuando los productos que se elaboran y/o los servicios prestados pasan por la misma serie de departamento de producción y se cargan cantidades similares de costos indirectos de fabricación aplicadas. Este método es sencillo y fácil de utilizar, sin embargo supone que el importe de los gastos indirectos se consume de la misma forma en todos los productos y servicios. Por lo que si una empresa fabrica productos o presta servicios que consumen el importe de costos indirectos de distintas formas, una tasa única no asigna de manera precisa el importe de los costos indirectos a los productos y/o servicios.

Tasa Doble: En este método el importe de los costos indirectos se asigna a los productos o servicios mediante el uso de dos tasas diferentes, una tasa para los costos fijos y otra para los costos variables.

Tasa Múltiple: Cuando los departamentos de producción difieren de manera significativa en sus procesos, el importe de costos indirectos se incurre de manera diferente en cada departamento. En tales casos, el importe de costos indirectos puede asignarse de una manera más precisa con las tasas múltiples de costos indirectos por departamento de producción.

Por Actividades (ABC)

El modelo ABC permite mayor exactitud en la asignación de los costos de las empresas y permite la visión de ellas por actividad, entendiendo por actividad según definición dada Solano (1998) "Es lo que hace una empresa, la forma en que los tiempos se consume y las salidas de los procesos, es decir transformar recursos (materiales, mano de obra, tecnología) en salidas".

Dentro del proceso de definición del costo de producción y el costo total de un producto, servicio o actividad, los costos y gastos de los procesos de apoyo operativo y/o administrativo se pueden distribuir o asignar entre diferentes productos elaborados o servicios prestados, según las actividades de apoyo causadas o requeridas por cada uno de ellos.

Es así que tanto en empresas productoras de bienes como prestadoras de servicios, los costos indirectos de producción y los gastos administrativos ocasionados por las actividades de apoyo se pueden asignar a los productos o servicios considerando la metodología de costos basado en actividades (ABC), aplicando como conceptos de asignación: la identificación específica en las actividades y la distribución proporcional según las actividades ejecutadas.

Según Arguedas M. (2012), este método reduce la posibilidad que se presten distorsiones en el costo del producto o servicio. Se enfoca en el costo de las actividades y después asigna estos costos a productos al usar una gran variedad de bases de actividades. Desde el

punto de vista del costeo basado en actividades, el importe de los costos indirectos se toma en cuenta inicialmente para grupos de costo por actividad. Estos grupos de costos se encuentran relacionados a una actividad determinada como, por ejemplo, el uso de una máquina, inspecciones, traslados, las preparaciones de producción y actividades de ingeniería. En contraste, cuando se utilizan las tasas múltiples de costos indirectos por departamento de producción, el importe de los costos indirectos se toma primero en cuenta en los departamentos de producción.

Para el diseño de un buen sistema ABC se deben llevar a cabo los siguientes pasos: Identificar las actividades que se poseen, elección de los conductores de costos, agrupar las actividades y calcular el costo del producto o servicio.

2.3.2.5 Teorías Económicas del Costo para la Gestión

Son herramientas de medición y control de los costos cuyo propósito es apoyar a las organizaciones a obtener ventajas competitivas.

En los últimos años se han desarrollado una serie de nuevas técnicas de gestión empresarial, ya que las organizaciones deben actuar en un mundo globalizado y marcadamente competitivo. Por lo que para seguir en el mercado, y para crecer, deben incorporar permanentemente nuevas ideas sobre cómo dirigir y poder tomar las mejores decisiones. Es por esta razón que a continuación se mencionarán algunas tendencias de gestión:

Tendencias de Gestión

- **Costeo Objetivo**

El costeo objetivo es definido por Capasso (2002) como, un sistema que planifica ganancias y costos, cuya dirección lo determina el precio, el enfoque del cliente y el diseño del producto. Es por ello que el cálculo del costo por objetivo comienza con la administración del costo, desde las fases más tempranas de desarrollo del producto y lo aplica a lo largo del ciclo de vida del producto activamente, involucrando la cadena de valor extendida. Su propósito es el de asegurar beneficios adecuados y las ideas fundamentales son: el precio

lidera al costo; enfoque en clientes; enfoque en diseño; equipos ínter funcionales; orientación del ciclo de vida; la cadena de valor extendida.

El costeo objetivo más que un sistema de costos es un sistema de gestión que permite ordenar, adecuar y ensamblar las actividades de la organización y sus consecuentes costos para lograr un nivel de utilidad acorde con los objetivos fijados por la Dirección.

El proceso de obtención del costo de los bienes o servicios es partir del precio de venta esperado o disponible, al cual se le restan los beneficios deseados para llegar a un valor de costo que pasa a constituirse en el objetivo a cumplir por parte de la organización a lo largo de todo su ciclo operativo, respetando de esta manera, las metas de precio y beneficio que constituyeron los parámetros fijos que sustentaron el cálculo del costo objetivo.

Su finalidad apunta a la reducción de costos como objetivo esencial en la etapa más importante en cuanto a la determinación de los costos finales de los productos: el diseño y el desarrollo.

Principios del Costeo Objetivo

1. El precio de venta estimado se determina con base en los clientes y en la competencia.
2. El valor para el cliente se basa en aspectos tales como: las características, la funcionalidad, la calidad y el precio del producto o servicio.
3. La decisión acerca del producto toma en cuenta la fórmula de cálculo del costo objetivo (precio de venta estimado – beneficio esperado = costo objetivo).
4. La planificación del beneficio se basa en el ciclo de vida del producto.
5. En el desarrollo del producto hay que tener en cuenta satisfacer las necesidades del cliente, por un lado, y alcanzar una ventaja competitiva sostenible, por otro.
6. La planificación de las inversiones de capital guarda estrecha relación con la rentabilidad, mientras los costos se relacionan directamente con el desarrollo y la entrega del producto.
7. La planificación y diseño del proceso deben contar desde su comienzo con la participación de los miembros clave de la cadena de valor.

8. El diseño del producto debe enfocarse al mercado y tendrá en cuenta las variables de calidad y reducción del costo total.

9. La conciencia, el compromiso y la responsabilidad sobre los costos, debe percibirse en toda la organización.

- **Costeo Directo, Variable o Marginal**

Según Aguirre (2004), la teoría del costo directo, variable o marginal considera inicialmente que el costo de producción de bienes o servicios sólo debe asumir los costos directos causados en la producción de los mismos, y adicionalmente contempla que el costo de ventas del bien o servicio debe incorporar todos los gastos directos de distribución, comercialización, mercado y/o ventas plenamente identificadas, para así determinar el costo total directo del bien económico, el cual permite obtener un margen de rentabilidad más razonable por producto o servicio que el calculado bajo la teoría del costo por absorción.

Bajo el desarrollo normal de una entidad, esto es, que el volumen de producción es superior a la cantidad de unidades vendidas y los saldos de unidades al finalizar el período contable son también mayores a los saldos iniciales, esta teoría económica origina menores utilidades, por cuanto los costos indirectos de producción causados en el período afectan en su totalidad los resultados del mismo, sin importar la cantidad de unidades producidas y vendidas o servicios prestados y facturados, como si se presenta en la teoría del costeo por absorción.

Lo que hace el costeo variable, los costos los separa en fijos y variables, el cual solo los gastos que tienden a variar con el volumen de producción se cargan a los costos unitarios.

Martins y Roca (2010) mencionan que este método de medición de costos solo considera como costos de los productos los costos variables, que son los costos y la cantidad afectada de manera directa por el volumen dentro de un cierto rango del nivel de actividad.

Todos los costos fijos, incluyendo los costos identificables con los productos (costos fijos directos), se cargan en el resultado del periodo en que se incurren.

Este método sirve para apoyar las decisiones que implican medidas de rentabilidad (margen de contribución) como eventos relacionados con la actividad de aprovisionamiento o producción interna del producto, la introducción de nuevos productos y la decisión de continuar o no ciertos productos.

- **Nuevas Tendencias de Gestión**

Costeo Pleno

Según Martins y Rocha (2010), el costeo pleno considera como costo del producto, todos los costos de producción y también los gastos fijos de administración y de ventas, es denominado costo por absorción integral exactamente porque, incorpora los gastos de administración general y los fijos de ventas de los productos.

Se considera como costo de los productos, todos los costos fijos y variables y también los gastos fijos de administración y ventas, el uso de este método da como resultado una expresión del costo máximo de contabilidad de bienes y servicios.

El nivel de producción de la medición de los costos por producto y por unidad, deja que desear, debido a la arbitrariedad probable en el proceso de asignación de costos y gastos fijos estructurales, ya que incluye en los productos todos los gastos necesarios para producir y administrar la empresa. Este costo unitario, denominado costo pleno, es un valor conservador en ese sentido, entre todos los métodos, es el que lleva menos margen por producto, para asignar el costo más alto de unidades producidas. Todos los gastos relacionados con el esfuerzo para producir y administrar la empresa.

Costeo RKW

De acuerdo a lo señalado por Rocha (2012), el costeo RKW es el costeo pleno en su versión extrema, ya que también incluye como costos del producto, las cargas financieras y de intereses sobre el capital propio. Este procedimiento contablemente es incorrecto, desde un punto de vista conceptual, debido a que las cargas financieras: no corresponden con el consumo, utilización y transformación de los recursos; representan el rendimiento del capital

propio y de terceros y son artículos no operacionales en el sentido estricto. Sin embargo, en situaciones en la que el ciclo de producción es más, permite la incorporación de interés para el costo del producto.

Desde punto de vista gerencial, la inclusión de los gastos financieros y los intereses sobre el capital propio en los costos de los productos permite calcular el costo realmente completo, es decir, el costo de producir, administrar, vender y financiar las operaciones de la empresa.

En ese sentido, una vez tomada la decisión de incluir los costos de capital en el costo de los productos, es necesario calcular tanto las cargas financieras por pagar, que se cancelan a las instituciones financieras, como también los imputables, es decir, los atribuibles aunque no impliquen desembolsos, en este último caso, trata del costo de capital propio. En resumen, una vez tomada la decisión de atribuir los costos financieros a los productos, se debe calcular tanto el costo de capital propio como el de terceros, solo una de los dos se considera.

El valor de capital que se tomará como base para calcular los cargos debe considerar tanto los destinados al financiamiento de bienes en uso (activos fijos) como capital de trabajo asignado (inventarios, cuentas por cobrar y la disponibilidad permanente para cubrir los próximos gastos recurrentes).

Es interesante señalar que en la práctica, el costo de financiamiento facilitado por los proveedores de materias primas, embalaje, materia prima directa e indirecta se incluyen en los costos del producto, teniendo en cuenta que como regla general, no se lleva a su valor de adquisición de estos activos a su valor presente.

Por lo menos para fines de gestión lo ideal sería tener siempre la totalidad del costo de todo el capital adecuado que se utiliza directamente como el costo del producto.

Medición de Costos por Servir

De acuerdo a Mejía et al. (2015), la metodología de costo por servir permite analizar cómo se consumen los recursos (gastos e inversiones) en cada etapa de la cadena de valor, generando los informes adecuados para optimizar la base de costos. Mediante el uso de métodos analíticos y de imputación contrastados, se consigue una mayor visibilidad sobre los costos reales de operación, que puede servir de punto de referencia para optimizar el

nivel de servicio a clientes, o para balancear operaciones de servicio de bajo costo con otras de alto valor y volúmenes reducidos.

Guerreiro y Villamor (2008) señalan que entre las áreas donde este modelo aporta mayor valor, podemos mencionar las siguientes:

- Análisis de rentabilidad: eliminación de costos promedios y de prorrateos de gastos indirectos; mejor análisis del costo y del desempeño de los servicios logísticos o de atención al cliente; valoración más fina de la cartera de productos y clientes; información apropiada para negociar precios y ofrecer servicios adicionales; y conocimiento del coste total de productos y servicios por cliente.
- Análisis de la operación: identificación del costo total y unitario de servicios de valor añadido; mejor asignación de recursos a las operaciones; implantación de métricas de capacidad para procesos logísticos y de atención a clientes; identificación de servicios, rutas y negociaciones más o menos rentables; y conocimiento de las características operativas de productos y servicios, para evaluar su impacto en costes y rentabilidad.

El costo de servir aplicado a productos, clientes y/o canales podría definirse como una medida de rentabilidad que contribuye a la comprensión de la organización y apoya su toma de decisiones a un nivel más detallado. En general esta medición se basa en toda la información de la red de valor, incluyendo el entendimiento de los procesos, los informes financieros, los costos y los gastos generales, la cartera de productos o de clientes, etc., por lo que la calidad de los datos juega un papel importante en los resultados finales de la medición, la identificación de los costos clave y sus inductores de asignación.

Por esta razón, esta medición es un insumo esencial para la estrategia logística y comercial que debe ser utilizada para apoyar la toma de decisiones estratégicas a nivel de canales, productos/servicios y clientes, permitiendo generar una segmentación financiera primaria que puede ser reforzada con otros aspectos cualitativos. Esto permite redefinir la oferta de servicios, la estrategia de atención en términos comerciales y logísticos, así como la implementación de formas innovadoras de desarrollar clientes, productos y servicios.

Medición de Costos Logísticos

Según Rocha (2013), el costo logístico es la suma de los costos ocultos involucrados cuando se mueven y almacenan materiales y productos desde los proveedores hasta los clientes. En estos costos se incluyen: Costos del aprovisionamiento (compras), Costo de almacenamientos, Costos de inventarios, costos del transporte interno, costos de la distribución de productos terminados, costos del personal involucrado en estas tareas, entre otros.

De acuerdo a Curhan (1973), estos costos ocultos que se generan durante el proceso logístico (proceso de mover y almacenar materiales y productos desde los proveedores hasta los clientes), están relacionados con la eficiencia y eficacia de dicho proceso (y su medida la productividad), la calidad, etc.

Con la finalidad de poder valorar las acciones que influyen en los costos logísticos se hace imprescindible analizar ciertos aspectos de interés dentro de los que se destacan: Principios básicos de los costos logísticos, categoría de los costos logísticos, rangos de relevancia y rentabilidad directa.

De acuerdo a Portal C. (2012), los principios básicos de los costos logísticos:

El desarrollo de los costos apropiados o adecuados de un sistema logístico parte del enfoque que se brinde o se oriente a los mismos. Es decir, es esencia encaminar los esfuerzos hacia la identificación de los costos asociados.

Uno de los principios básicos de los costos logísticos es que dicho sistema debería reflejar los costos del flujo material, es decir debería ser capaz de identificar los costos que resultan de mover los materiales desde los proveedores hasta los clientes. Un segundo principio es que el sistema debe ser capaz, de permitir efectuar análisis separados de los costos en función de los beneficios o rendimientos.

Para poder aplicar estos principios se requiere una nueva concepción de los costos, es decir que en primer lugar se debe definir el sistema logístico y luego identificar los costos asociados.

Un sistema logístico de costo efectivo debe buscar determinar el costo total del sistema para alcanzar los objetivos logísticos deseados (salidas del sistema) y el costo de las varias entradas implicadas en alcanzar estas salidas.

Categorías de los costos logísticos:

Los costos logísticos agrupan todos los costos adheridos a las funciones de la empresa, que controlan y gestionan los flujos materiales y sus flujos informativos asociados.

Las categorías sobre los que se aplican los costos logísticos y los conceptos sobre los que se utilizan los mismos están en correspondencia con la secuencia del flujo, siendo los mismos: los costos operacionales y los costos de transportación.

Procedimiento para determinar los costos logísticos:

Para poder determinar los costos logísticos con un buen nivel de confianza se debe: Desagregar los costos logísticos según las categorías, Establecer las bases de cálculo de cada uno de los elementos de los costos logísticos por categoría, elaborar el informe de costos y servicio logísticos, hacer análisis de resultados, validar los resultados, elaborar un plan de mejoramiento incluyendo indicadores de costos logísticos.

Portal C. (2012) señala que Ee fin de este método es la reducción de intermediarios y en los costos de distribución por su alta participación en el total de los costos logísticos.

En el proceso de control de costos logísticos debe haber una adecuada planeación de acciones conducentes a la reducción de los costos logísticos a fin de mantenerlos dentro de los límites razonables.

Sistema de Costeo Backflush

Según Blocher et al. (2010), el sistema de costeo backflush, es un sistema de contabilidad de costos condensado en el que no se registran los costos de producción incurridos a medida que la misma se traslada de una fase a otra, sino que los costos incurridos en los productos se registran cuando los mismos estén finalizados y/o vendidos.

Bajo el costeo backflush se simplifica el ciclo de la contabilidad de costos, se elimina el registro de la producción en proceso al disminuir el tiempo de procesamiento, dado que los productos una vez terminados son vendidos; en este sentido debería existir sólo el registro de compra de materiales en una cuenta control denominada inventario de materiales en proceso, el uso del material se registra una vez terminada la producción, utilizando la cuenta de inventario de productos terminados; los costos de mano de obra y los demás costos incurridos son acumulados temporalmente en una cuenta denominada costos de conversión, y una vez terminada la producción se registran los costos de conversión aplicados, e inmediatamente se cancela la cuenta de inventario de productos terminados contra el costo de producción y ventas, la cual recibirá cualquier diferencia por sub o sobre aplicación de costos de conversión.

En este sistema de costeo, muchos costos considerados indirectos en los sistemas tradicionales (manejo de materiales y reparaciones) son considerados directos, gracias a la estructura de celdas de los talleres organizados para fabricar cierto tipo y cantidad de producto; contrariamente diversas categorías de mano de obra directa disminuye por la automatización y se convierte en indirecta al ser multifuncional.

Él sistema de Costeo Backflush, según Horngren (1996), puede ser adoptado por aquellas empresas que desean un sistema de costeo sencillo, que no amerita un seguimiento detallado de cada uno de los costos incurridos en cada fase del proceso productivo, y para las empresas que presentan un nivel de inventarios mínimos. Este sistema no suprime los sistemas tradicionales, sino que se constituye como una aproximación al sistema por procesos, sin la necesidad de calcular la producción equivalente, por cuanto resulta ilógico seguir cada uno de los trabajos desarrollados en las celdas, siendo lo recomendable acumular los costos en cada celda durante un período y dividir el número de unidades fabricadas en la misma durante dicho período.

Este sistema también es compatible con los sistemas tradicionales históricos y predeterminados.

Costeo por Cadena de Valor

Según Stenzel (2003), es un método de distribución del costo real de una empresa en la cadena de valor, en vez de determinar los costos por productos, servicio o departamentos.

A partir de conocer y realizar la cadena de valor el costo es calculado periódicamente (diariamente, semanalmente o mensualmente) y tiene en cuenta todos los costos que se agregan o añaden valor a los productos. Así que, sin distinción entre los costos directos e indirectos, tantos costos de personal relacionado con la producción y los costos administrativos se asignan a la cadena de valor. Los costos de material son calculados cuando el material es comprado y se asigna a la cadena de valor durante el periodo. Por lo tanto, es necesario que haya una baja cantidad de stock y productos en procesos. Si el stock es bajo, entonces los materiales recibidos serán usados rápidamente y van a reflejar con mayor exactitud los materiales producidos en la semana.

Algunos gastos como las instalaciones (incluyendo el alquiler, servicios y mantenimiento) son asignados por materiales ocupados por la cadena de valor (o metros cuadrados) o el costo para la instalación.

Este método de medición posee un alto nivel de agregación de información (bajo nivel de detalle), con énfasis en los procesos, y no en los recursos o actividades consumidas en los procesos.

Generalmente las etapas de la cadena de valor (por ejemplo, gastos en mano de obra) serán marcadas con atributos de valor (agrega valor o no agrega valor) o la importancia (mucho, alguna, poca). Esta información es recomendada porque existe la posibilidad de mejorar la medición.

Medición de los costos de Calidad

Resulta de suma importancia toda aquella actividad que permita generar información de los costos relativa a la calidad y, en consecuencia, es indispensable entender el efecto o impacto de dicha información en las operaciones de una organización.

Es por ello que se debe tomar en consideración la manera cómo interactúan las funciones y actividades de una empresa, ya que un cambio en el costo de una actividad determinada

puede tener efectos no intencionados en otras actividades o funciones de la organización. Por lo anterior, la información de los costos de calidad se convierte en un punto de partida importante para la toma de decisiones de la administración. Los administradores necesitan la información de costos de calidad en un número importante de contextos, por ejemplo, para el establecimiento del precio de los servicios que se comercializan.

Ramírez (1994) define a los costos de calidad como: “Costo que se deja de ganar o en el que se incurre por no hacer las cosas bien en la primera ocasión”.

Warren, Reeve y Fess (2005), definen los costos de calidad de la siguiente manera “Los costos de calidad son aquellos necesarios para alcanzar dicha característica en una empresa. Éstos surgen debido a la baja calidad existente o que pudiera haber en los productos o servicios, e incluyen costos directos, ocultos, de creación, identificación, reparación, prevención de defectos y costos por baja calidad”.

Los costos necesarios para alcanzar la calidad, surgen porque ésta es baja o porque esta no pudiera existir. Incluyen los costos indirectos por baja calidad para la empresa y los de calidad oculta especificada por las funciones de pérdida de calidad. Los costos de calidad están asociados a dos grandes grupos de actividades relacionadas con ella:

- Actividades de control: Son las que efectúa una organización para prevenir o detectar la mala calidad (costos de prevención y costos de evaluación).
- Actividades de falla o fracaso: Son ejecutadas por una organización o por sus clientes en respuesta a la mala calidad (costos de fallas internas y de fallas externas).

De acuerdo a la investigación de Cortes (2012), la calidad total se apoya en la estadística como una herramienta para promover el mejoramiento continuo y verificar que éste se produzca en la realidad. Los costos de calidad pueden clasificarse de la siguiente manera:

Costos por fallas internas: Son los que podrían ser evitados si no existieran defectos en el producto antes de ser entregado al cliente, ya que éstos se presentan porque los productos y servicios no cumplen con las especificaciones y necesidades del cliente. Entre estos costos

destacan: Costos de reproceso (se generan por corregir defectos de los productos); costos de desechos (son los que involucran pérdidas de materiales, mano de obra y algunos costos indirectos variables que no pueden ser corregidos por defectuosos ni utilizados para ningún propósito); costos por tiempo ocioso (son los derivados de tener maquinaria o instalaciones paradas por defectos).

Costos por fallas externas: Éstos podrían ser evitados si los productos o servicios prestados no tuvieran defectos. La diferencia con las fallas internas es que estos costos surgen cuando los defectos se detectan después de que el producto ha sido entregado al cliente.

Por ejemplo: Costos por productos devueltos: son los asociados con la recepción y sustitución de productos defectuosos devueltos por el cliente; costos por reclamaciones: son atribuibles por atender a los clientes que se quejan justificadamente por un producto defectuoso o servicio no ofrecido correctamente; costos de garantía: costos incurridos por el servicio prestado a los clientes de acuerdo con los contratos de garantía; costos por rebaja: se generan cuando el cliente acepta quedarse con algún producto que tiene defecto o falla y en lugar de devolverlo acepta que se le haga una rebaja en el precio original.

Costos de prevención: Se incurre en ellos antes de empezar el proceso con el fin de minimizar los costos por productos defectuosos. Entre éstos están: Costos de planeación de calidad: incluye aquellos relacionados con el diseño, preparación de manuales y procedimientos necesarios para implantar todo un sistema de calidad total; costos de capacitación: comprende los relacionados con los programas de capacitación para lograr que se trabaje con una cultura de calidad; costos de revisión de nuevos productos: incluye los referentes al diseño, preparación de propuestas inéditas para nuevos productos y programas de ensayo o simulación para conseguir productos originales; costos de obtención y análisis de datos de calidad: considera aquellos en los que se incurre para mantener un programa que permita obtener datos sobre calidad y monitorear los niveles de mejoramiento alcanzados, con el fin de tomar oportunamente las acciones correctivas.

Costos de evaluación: Son aquellos en los que se incurre para determinar si los productos o servicios cumplen con los requerimientos y especificaciones.

Por ejemplo: Costos de proveedores: son en los que se incurre para probar la calidad de los materiales que se reciben; Costos de inspección: son en los que se incurre para controlar la conformidad del producto a través de todo el proceso en la fábrica, incluida la revisión final, así como el empaque y el envío del producto.

2.4 Importancia y Beneficios de la determinación de costos en las organizaciones.

2.4.1 Importancia de los sistemas de costos

Toda información requerida en la contabilidad de costos sirve de herramienta a la empresa en un momento determinado para la toma de decisiones, por lo cual la contabilidad de costos es una herramienta de gran ayuda y utilidad en cualquier empresa del giro que este sea, debido a que gracias a la contabilidad de costos se puede determinar en cualquier momento que la empresa requiera, saber cuánto cuesta producir o vender un producto o servicio que ella realice en su empresa, el cual le servirá en muchas de sus actividades dentro de la organización.

Como menciona Mendoza (2010), un buen procedimiento o modelo de toma de decisiones ahorra tiempo, esfuerzo y energía. Esto es importante porque mediante el empleo de un buen juicio, la toma de decisiones permite que un problema o situación sea valorado y considerado profundamente para elegir el mejor camino a seguir según diferentes alternativas y operaciones.

También es importante para la administración, ya que, contribuye a mantener la armonía y coherencia del grupo, y de esta forma su eficiencia. La importancia de la toma de decisiones se debe al saber evaluar las alternativas sin dejar por alto el análisis costo-beneficio y marginal.

Hay que saber conocer los factores limitantes, capaces de desarrollar nuevas ideas, saber contribuir con la esencia misma de la planeación. Suponiendo conocer las metas; y un acuerdo sobre premisas de planeación, el siguiente paso en la toma de decisiones es el desarrollo de las alternativas. La capacidad de buscar diversas alternativas es tan importante como la capacidad de elegir mejor.

La contabilización de los costos incurridos en las empresas o cualquier tipo de organización es una herramienta de gran utilidad para la gerencia de las organizaciones debido a que le ayuda a planear y controlar sus actividades dentro de dicha empresa u organización.

Un buen sistema de costo puede ayudar a la gerencia a tomar decisiones apropiadas para la fijación de precios, brindándole los costos anticipados de fabricación y los precios de venta de los productos, así como las utilidades estimadas que se puedan obtener de los precios de venta propuestos.

Los costos constituyen un ente muy importante, ya que son una herramienta de la gerencia en las grandes, medianas y pequeñas empresas, en cuanto se refiere a la toma de decisiones. Los costos son empleados en la toma de decisiones para determinar los precios de los productos, también permite a la empresa medir la ejecución del trabajo, es decir, comparar el costo real de fabricación de un producto, de un servicio o de una función con un costo previamente determinado.

2.4.2 Beneficios de los sistemas de costos

De acuerdo a los estudios de Mendoza (2010), son muchos los beneficios que ofrece establecer y manejar un sistema de costos adecuado en las empresas, cualquiera sea el tipo y tamaño de estas, siempre será positivo para la organización, sobre todo si se posee un sistema de costos adecuado.

Ya que poseer un sistema de costo permite: Conocer el costo unitario de un producto y/o servicio con precisión, que permite: tomar decisiones tanto estratégicas sobre el precio del producto o servicio, realizar una correcta valuación de inventarios y, en consecuencia, producir estados financieros con información más cercana a la realidad, para la toma de decisiones; aumentar la precisión de la información al determinar, implementar y controlar un presupuesto, pudiendo anticipar resultados; controlar mejor las operaciones. Con el monitoreo de los costos incurridos, se promueve la eficiencia, se corrigen los errores y se conoce oportunamente información necesaria para disminuir consecuencias negativas para las empresas y fomentar la mejora continua y reconocer las eficiencias.

2.5 Sistema de salud en Chile

Para poder entender lo qué es una Clínica, un Hospital y un Centro de Salud Familiar, primero debe entenderse que existen dos tipos de atención, según lo definido por el Servicio de Salud metropolitano norte, las que define como:

- Atención Primaria:

La atención primaria de salud representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, brindando una atención ambulatoria. En el caso del sector privado es prestado a través de Clínicas de atención de urgencias y centros médicos y en el sector público, a través de Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas de Salud Rurales (PSR) y SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia).

Para la presente investigación solo se consideraran en atención primaria los Centros de Salud Familiar. El Servicio de Salud Metropolitano Norte define como CESFAM aquel cuya principal función es proporcionar cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud; y atienden en forma ambulatoria. Los CESFAM trabajan bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

Estos centros de salud familiar son administrados en su totalidad por las municipalidades, existiendo algunas excepciones donde son administrados por los Servicios de Salud.

- Atención Secundaria:

Este tipo de atención es entregada por Hospitales, Clínicas, Institutos y Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT). En caso que una persona haya sido atendida en el nivel primario y el o la profesional de la salud que lo ha evaluado determina que requiere de una atención de mayor complejidad, ese paciente es derivado a un Hospital de Alta complejidad o Clínica especializada.

Se entenderá por Clínica según la Real Academia Española (RAE) aquel “Establecimiento sanitario: Ligado, por lo general, a una institución docente y que atiende pacientes de diversas enfermedades en régimen de internado o ambulatorio”. Para efectos de esta

investigación se comprenderá como Clínica aquella que presta atención en los sectores primarios y secundarios, y donde su financiamiento es privado.

Según resolución exenta N° 646 dictada por la Subsecretaria de redes asistenciales aprueba Norma General Técnica N°150 sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios definiendo por Hospital aquel “Establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o de atención cerrada”, también hace referencia al tipo de establecimiento y el nivel de complejidad, definiendo dos tipos de establecimientos de acuerdo a la tecnología disponible y la especialidad del cuidado, Clasificándolo de la siguiente manera :

- Establecimientos de Salud de Mayor Complejidad:

Corresponden a los Hospitales Autogestionados en red, que corresponden a aquellos de mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones. Son órganos desconcentrados administrativamente en su gestión del correspondiente Servicio de Salud y con una función asistencial que determina el Director de Servicio respectivo.

- Establecimientos de Salud de Menor Complejidad, que se dividen en:

Son aquellos que tienen menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones. Estos son administrativamente dependientes del Servicio de Salud al que pertenecen y su rol está determinado por las características de la red correspondiente. Se incluyen en esta categoría aquellos establecimientos de atención primaria o que estén clasificados como de mediana o baja complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

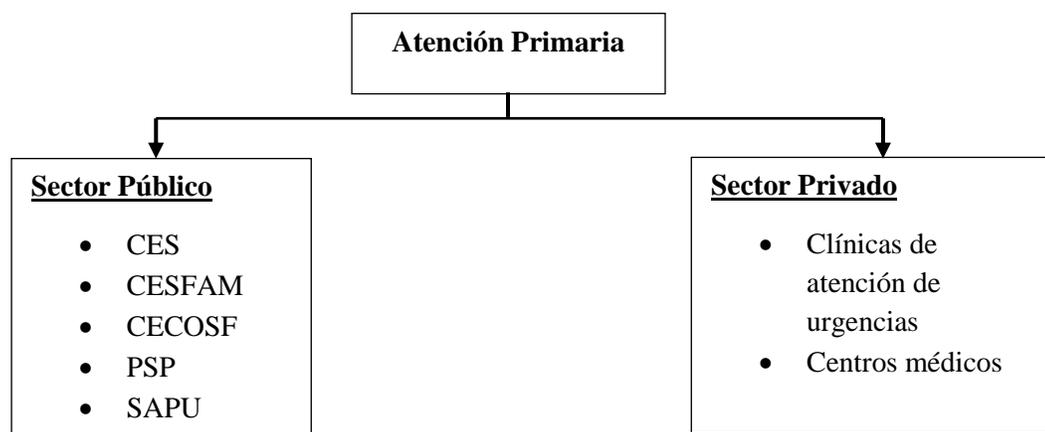
- Hospitales de mediana complejidad
- Hospitales de baja complejidad
- Centros de Atención Primaria :
 - CES: Centros de Salud

- CESFAM : Centro de Salud Familiar
- CGU: Consultorio General Urbano
- CGR: Consultorio General Rural
- PSR : Postas de Salud Rural

Fuente: Resolución exenta N° 646 dictada por la Subsecretaria de redes asistenciales aprueba Norma General Técnica N°150

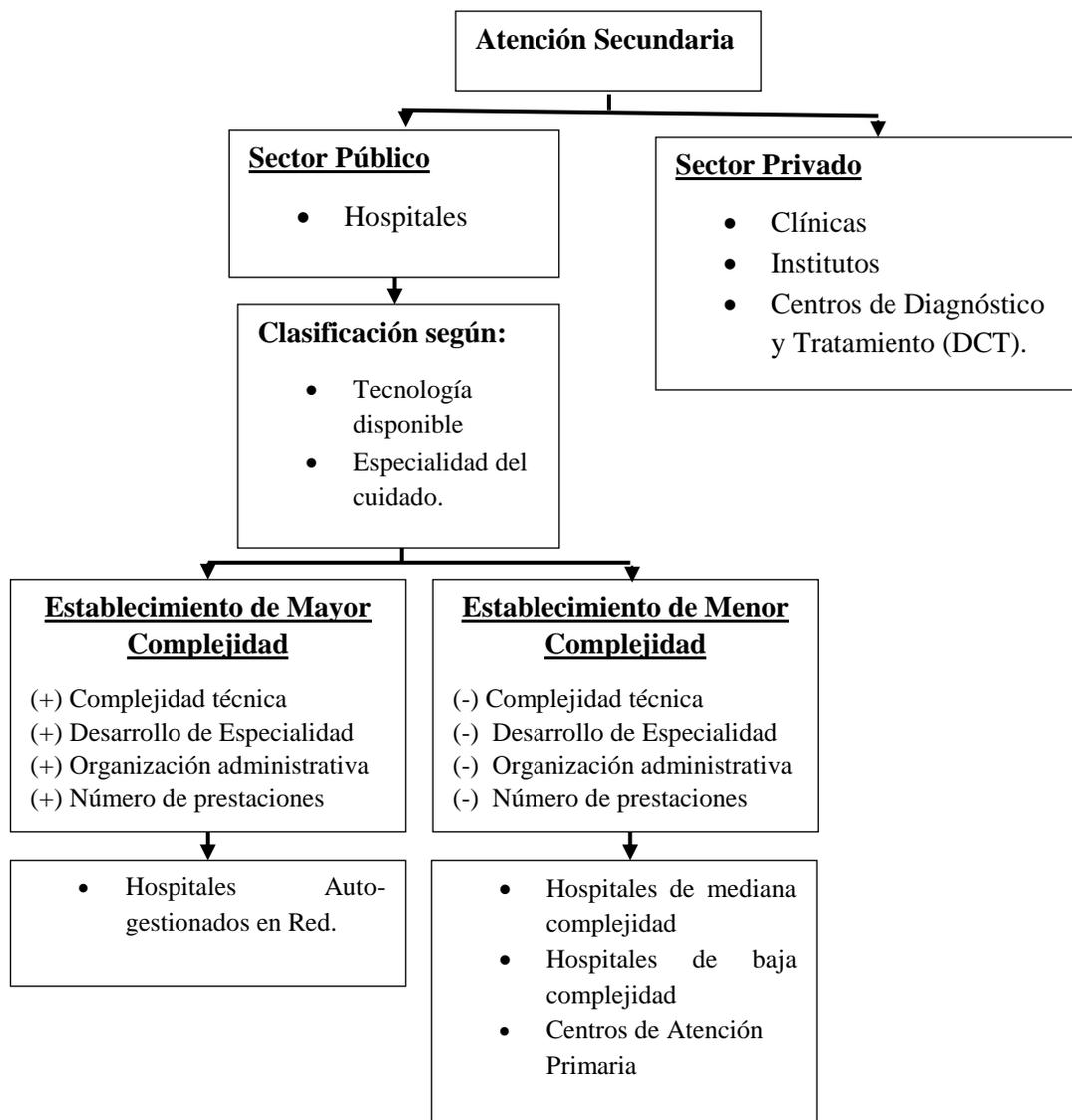
Se puede concluir que existen dos tipos de atención; La primaria y secundaria, aunque hay algunos que clasifican en terciaria refiriéndose a los Centros de Tratamiento y Diagnóstico especialistas. Pero la Superintendencia de Salud y la Norma General Técnica N°150 sobre criterios de clasificación, ratificando nuevamente los dos niveles, el primero de ellos el de alta complejidad y los de baja complejidad que agrupa en mediana y baja complejidad, y además los centros de atención primarios clasificados anteriormente en el primer nivel, es decir, podríamos hablar de atención primaria y secundaria o de Instituciones de Salud de Alta y mediana complejidad. En las siguientes tablas se sintetizan en mayor detalle.

Imagen N° 5 Sistema de atención primaria



Fuente: Elaboración propia.

Imagen N° 6 Sistema de atención secundaria

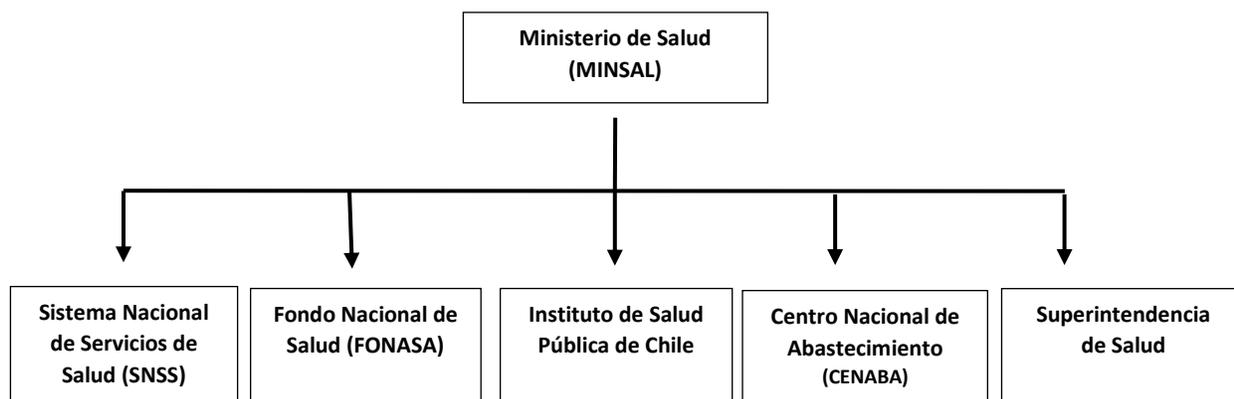


Fuente: Elaboración propia.

La Organización Mundial de la Salud define que un Sistema de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Actualmente hoy en Chile el Sistema de salud en está regido por leyes, siendo el Ministerio de Salud (MINSAL) la entidad que ejerce la conducción del sector salud en su conjunto, estableciendo las políticas, los planes y las normas de acuerdo con las directivas del gobierno y siguiendo las reglas del Código Sanitario. Su tarea fundamental consiste en supervisar las actividades de las cinco organizaciones autónomas que componen al sector salud: el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), FONASA, Instituto de Salud Pública (ISP), Centro Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y la Superintendencia de Salud.

Imagen N° 7 Organizaciones dependientes del Ministerio de Salud en Chile



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar en la figura anterior, el MINSAL está ubicado en la parte superior, ya que es el encargado de supervisar las tareas de los distintos entes y así también realiza otras funciones de vital importancia como son:

- Regula y supervisa la provisión de atención de primer nivel por parte del Sistema Municipal de Atención a la Salud, el cual no constituye un verdadero sistema. Cada municipalidad tiene un Departamento de Salud adscrito a la autoridad municipal e independiente de las otras municipalidades, pero bajo supervisión técnica del Ministerio de Salud.
- Elaborar normas y programas que definen las coberturas y contenidos de los contratos entre los prestadores de atención a la salud y los usuarios. Estas normas son obligatorias para los establecimientos públicos y privados que tienen convenios con el sector público y sirven como referencia para los prestadores de atención del sector privado.

El Fondo Nacional de Salud, FONASA, es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales en él, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. Sus funciones principales son:

- Recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud.
- Financiar las prestaciones de salud otorgadas a sus beneficiarios.
- Identificar a los asegurados e informarles adecuadamente sobre sus derechos.
- Además da cobertura de salud a más de 13, 5 millones de asegurados, sin exclusión de edad, sexo, nivel de ingreso, n° de cargas familiares, ni enfermedades preexistentes.

El Instituto de Salud Pública (ISP) es la institución de referencia para cuestiones de salud pública y se encarga de supervisar los laboratorios públicos y todo lo relacionado con la autorización, control de calidad e importación de medicamentos.

El Centro Nacional de Abastecimiento actúa como un intermediario en la compra y distribución de medicamentos, insumos y equipo médico para el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Funciona como regulador del mercado al conseguir precios más bajos

dado el volumen de compras que maneja, aunque los servicios de salud y hospitales del sector público son libres de comprar al proveedor que elijan.

Por último, la Superintendencia de Salud, incluye dos intendencias, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, encargada de fiscalizar las actividades de las ISAPRE, FONASA y el Régimen de Garantías en Salud, y la Intendencia de Prestadores, responsable de vigilar las actividades de todos los prestadores de salud tanto públicos como privados. Desde 2005 la Intendencia de Prestadores establece un registro nacional de todos los prestadores individuales certificados así como un registro nacional de las entidades certificadoras.

La mayoría de los establecimientos de atención de primer nivel dependen de los municipios, mientras que los hospitales se encuentran bajo la supervisión del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

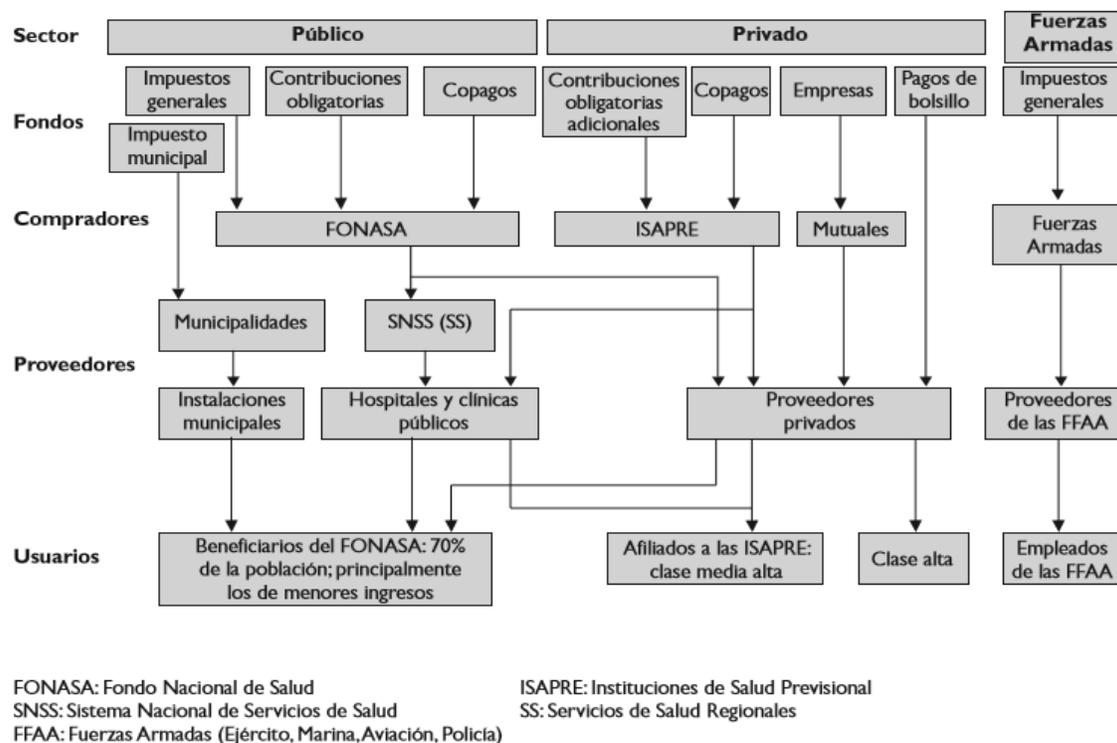
El sistema de salud chileno está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos que se reúnen en el FONASA dando cobertura al 70% de la población. La prestación de servicios públicos está a cargo del SNSS, con su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria. En ocasiones el FONASA contrata los servicios de proveedores privados.

El sector privado se financia sobre todo con contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos. De manera paralela, tres mutuales ofrecen protección a sus afiliados (15% de la población) contra accidentes laborales y enfermedades profesionales. Las mutuales proveen atención en sus propias instalaciones.

Los chilenos pueden escogerse a FONASA o alguna ISAPRE. Las ISAPRE proveen servicios en sus propias instalaciones, en otras del mismo sector privado o incluso en instalaciones del sector público. Dependiendo de los contratos, los afiliados pueden o no escoger a los prestadores de servicios. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos a proveedores privados de servicios de atención a la salud.

Alrededor de 10% de la población están cubiertos por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse a FONASA o alguna ISAPRE, o bien formar parte de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social en salud.

Imagen N° 8 Sistema de Salud en Chile clasificado distintos sectores



Fuente: Becerril, et al. (2011)

Teniendo conocimiento hasta el momento de los entes reguladores y fiscalizadores del Sistema de Salud en Chile y además de las formas de financiamiento para obtener a atención (FONASA, ISAPRE y otros), es necesario recalcar que ambos sectores tanto público como privado obtienen financiamiento de la cotización obligatoria del 7% (con un tope de UF 5,2 mensual, en la actualidad, ya que se reajusta cada año) de la renta imponible de los trabajadores activos (son la población económicamente activa que se encuentra trabajando y recibiendo un pago por su trabajo) y pasivos (Los trabajadores pasivos son los jubilados, pensionados y montepiados), la cual es asignada por cada cotizante al sistema

previsional (público o privado) más acorde con su situación económica. Es decir en el caso del sector público se inyecta al fondo estatal (FONASA) que, entre otros aspectos, está destinado a entregar servicios ambulatorios y hospitalarios gratuitos a beneficiarios que no son cotizantes, y en sector privado es entrega a ISAPRES o Aseguradoras.

Se debe tener presente que independiente de donde cotice, ya sea en el sector público o privado, puede atenderse en cualquiera de ellos si la urgencia así lo amerita, es decir, si una persona que Cotiza en una Isapre recibe atención en una Clínica, pero si esta persona presenta síntomas de pre- infarto y no se encuentra cerca de una Clínica, eso no la excluye de poder ser atendida en el centro asistencial más cercano (Hospital, CESFAM, Consultorio o Postas). Lo que ocurre en este tipo de casos es que al poseer Isapre y atenderse en un centro de Fonasa deberá pagar una diferencia en dinero, ya que sus ingresos son mayores y lo excluyen de los tramos de no pago que posee FONASA (Tramo C o D).

Es decir cuando una persona quiere afiliarse o incorporarse a Fonasa, este quedara sujetos a tramos que son asignados de acuerdo a la renta imponible y el número de cargas, como se muestra a continuación en la siguiente tabla N°1

Tabla N°1 Tramos A, B, C, D (Fonasa)

Tramo A	(Porcentaje de copago 0%)	Indigentes o carentes de recursos, Beneficiarios de pensiones básicas solidarias, Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020).
Tramo B	(Porcentaje de copago 0%)	Ingreso imponible mensual menores a \$ 264.000
Tramo C	(Porcentaje de copago 10%)	Ingreso Imponible Mensual mayor a \$264.000 y menores a \$385.440. Con tres o más cargas, pasará al tramo B.
Tramo D	(Porcentaje de copago 20%)	Ingreso Imponible Mensual mayor a \$385.440. Con tres o más cargas, pasará al tramo C.

Fuente: Fonasa año 2016.

2.6 Sistema de costos en las organizaciones de salud

De acuerdo a Vargas y Hernández (2009), “la complejidad de la gestión hospitalaria se refleja entre otros aspectos, en la diversidad de recursos utilizados, la diversidad de procesos, y la complejidad técnica para la producción de los servicios de salud; por ejemplo, enfermos con un mismo problema de salud, por sus características individuales, pueden ser atendidos con diferentes estudios diagnósticos y tratamientos, lo cual implica, desde el punto de vista de los costos, distinto consumo de recursos: tecnológicos, humanos y materiales, y desde el punto de vista de la información aspectos clave como: la disponibilidad de los datos médicos rutinarios, la existencia de un sistema de clasificación de pacientes y la posibilidad de que con dicha información, se puedan realizar comparaciones entre hospitales o clínicas, al menos del mismo nivel de complejidad”.

Según Casas (2007), en una clínica u hospital con bajo nivel de información cuantitativa, los juicios se basan en las percepciones y las opiniones de los individuos presuntamente más preparados para emitirlos.

Muchas de las opiniones extendidas sobre los servicios hospitalarios no tienen otra base que el sentido común de los profesionales del sector, y en algunos casos al disponer de información objetiva no se sostienen.

Por otra parte en salud, de acuerdo con Testa (1995), “...no se puede admitir en la misma forma el supuesto de utilidad válido para la actividad específicamente económica”, lo cual implica que el cálculo de costos no tiene como objetivo la búsqueda de la rentabilidad económica, sino la optimización del uso de los recursos desde el punto de vista social.

Es decir, el desarrollo de sistemas de costos para hospitales públicos no debería estar determinado por el cálculo de utilidad en el sentido económico del término, sino en función del beneficio social que el conocimiento de información de costos generaría para un mejor uso de los recursos, en beneficio del mayor número de usuarios atendidos. Para esto se requiere en primer lugar el registro de cada uno de los elementos de costo necesarios para la prestación del servicio: insumos, bienes de capital y personal; pero además el cálculo de

costos debe incluir de acuerdo con Testa (1995) “la lógica de los instrumentos y de las actividades y la lógica de la organización de los servicios de salud”.

Las implicaciones de la racionalidad utilizada son de gran importancia para los costos en salud, en función del enfoque hospitalario curativo y preventivo. Por lo tanto, es importante definir políticas para el desarrollo de sistemas de costos en salud, adecuados a las necesidades de las instituciones hospitalarias de carácter social.

Finalmente, según Montilva (1999) “El desarrollo de un sistema es un proceso complejo que involucra un alto grado de comunicación entre sus miembros” y entre éstos y los diseñadores, a fin de integrar las necesidades de la institución y los órganos rectores con las posibilidades tecnológicas.

De acuerdo a la investigación realizada por Vargas y Vilma (2009), la información de costos sirve de soporte a la toma de decisiones en la gestión tanto para clínicas y hospitales, en la práctica tal información debe ser respaldada con el conocimiento de ciertos aspectos trascendentales, tales como: Finalidad del sistema de acuerdo al marco legal, identificación de productos y centros de costos, la eficiencia como criterio de gestión, relación entre diseñadores, directivos y funcionarios y los aspectos básicos para el desarrollo de sistemas de información de costos para clínicas o hospitales.

La eficiencia, entendida como optimización del uso de los recursos, y no sólo como disminución de costos, es indispensable para ampliar la cobertura de los servicios de salud. De allí la necesidad de fortalecer el cálculo y desarrollo de indicadores y sistemas de información con personal capacitado para su ejecución, asegurando la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de los resultados generados por dichos sistemas, y su uso efectivo para la gestión tanto en clínicas como en hospitales, la formulación de políticas de salud y la asignación presupuestaria. El sistema de información de costos debe adecuarse a las necesidades particulares de tales instituciones, pero además, a estos efectos, debe desarrollarse una adecuada coordinación entre los planificadores y el personal involucrado directamente con la toma de decisiones.

2.7 Sistemas ABC en las organizaciones de salud

Las organizaciones de la salud, poseen gran cantidad de costos indirectos de fabricación, por lo que necesitan un método que sea más exacto al momento de distribuir estos costos indirectos al costo del servicio, es por esta razón que se realizara este punto para conocer investigaciones antes realizadas de la implementación del sistema ABC en entidades de la salud.

De acuerdo a la investigación realizada por Montoya y Rossel (2006) en la Universidad de Chile, En donde elaboraron un sistema de costeo para el área de Radiología perteneciente a la Unidad de Imagenología del Hospital Clínico José Joaquín Aguirre, el cual permite determinar los costos de las prestaciones que allí se realizan satisfaciendo las necesidades de información del hospital, por medio de la perspectiva del Costeo Basado en Actividades.

Como este estudio se realizó a una organización del mercado de servicios, específicamente en salud, se encontró un alto porcentaje de costos indirectos en relación al total de costos. Es por esta razón que se planteó el sistema ABC, para que identificara de manera precisa el costo real de cada prestación para así poder tomar decisiones correctas en cuanto a precios a cobrar por cada prestación, eliminar aquellas que no agregan valor e identificar aquellas que son más rentables.

Montoya y Rossel (2006) mencionan en su investigación que “durante años las instituciones que prestan servicios de salud no han otorgado una importancia mayor al cálculo de los costos de sus servicios, afortunadamente eso hoy está cambiando”.

El párrafo señalado anteriormente es la realidad en el sector público del área de la salud en Chile, debido que ellos trabajan con presupuestos entregados por el ministerio de salud.

El estudio de Montoya y Rossel (2006) arroja que el modelo ABC en el área de Radiología del Hospital Clínico, cumplió con el objetivo principal que era costear las prestaciones radiológicas que entrega el área. También se logró explicar porque algunas actividades demandaban más recursos que otras, lo que permite tomar esta información para mejorar la

gestión del área. Del mismo modo este estudio le sirvió para que pudiera tomar decisiones estratégicas y controlar efectivamente los recursos.

Otros estudios realizado por Montico (2003) tienen como objetivo plantear una propuesta de costos para las instituciones de asistencia médica. Para ello definieron obtener un COSTO POR PACIENTE/ PATOLOGIA, el que se define así porque el gasto del paciente dependerá exclusivamente del tratamiento de su enfermedad o patología, por lo tanto eso tendrá que reflejar el sistema de costos.

La metodología que fue utilizada en este estudio fue separar los costos en dos grupos:

- Costos variables, que son aquellos necesarios para la producción y que varían directamente en función del volumen. Para este estudio encontramos todos aquellos gastos que se originan por la atención al paciente como serian materiales, medicamentos, honorarios específicos, entre otros.
- Costos fijos, son aquellos cuya cantidad no puede ser modificada en el corto plazo y que soportan volúmenes diferentes de producción. Para este estudio serian el costo por día de una cama, costo de utilización del block quirúrgico, entre otros.

El sistema propuesto se convierte en una combinación de metodologías, ya que para el cálculo de los costos variables se ocupó un sistema de costos por orden de producción, es decir la atención de un paciente se asemejaría a una orden de producción, donde se van registrando los insumos que se van consumiendo. Para el cálculo de los costos fijos se aplica un sistema de costos por proceso, debido que permitiría obtener el costo promedio de utilización de los servicio. Para la asignación de los costos indirectos se utilizó un sistema de costeo en base a actividades.

Según las conclusiones obtenidas por Montico (2003), “para cualquier sistema de costos que se decida aplicar en salud, este debe tener como base algunos conceptos, ya que de no ser así lo que construya no será beneficioso”, los cuales son: confiabilidad de información; debe existir una cultura de costos generalizada, de esta forma existirá una conciencia empresarial en todos los miembros; los sistemas informáticos deben ser diseñados para proveer información para el cálculo de costos; Se debe tomar decisiones basadas en la

información de costos; se deben vincular metas y presupuestos; eliminar al máximo posible las capacidades ociosas que se detecten.

Rivas (2002) plantea que “una institución de Salud necesita un Sistema de Costos que Apoye a la Gestión y no así un Sistema contable”, el cual hace hincapiés en la idea que en un Sistema de Salud es fundamental que participen los diversos miembros en la definición de estrategias además de ser fundamental la equidad, para que se logre ello se debe considerar la eficacia y la eficiencia en el sistema.

En investigaciones realizadas por Suthummanon et al. (2005) se hace referencia a que es ampliamente divulgado que el costeo a base de actividades es aplicado exitosamente en varias industrias manufactureras, sin embargo su aplicación a la industria de asistencia médica no es aun tan extensamente usada, a pesar que su aplicación es válida en todo tipo de organizaciones.

Otros estudios realizados por Suthummanon et al. (2005) concluyen que el ABC es usado en numerosas instituciones de asistencia médica en el mundo, incluyendo el 20% de los Estados Unidos y Canadá. En algunas de estas organizaciones se ha concluido que el ABC ayuda a fijar precios más exactos al costeo logrando así mejores prácticas, también permite identificar recursos subutilizados y reducir gastos. Además los resultados muestran que este método de costeo permite una planificación más eficaz que si se utilizara un sistema de costeo tradicional.

Un estudio realizado por Lima (2004), donde aplicó un sistema de costeo ABC en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico, el cual tiene como objetivo conocer los costos por servicios: Transporte, Enfermería y Servicios Médicos. El estudio arroja como resultados que es posible la aplicación del sistema a un hospital de tales características, además se reconoce que el costeo ABC proporciona un potente sistema de gestión alternativo a los sistemas tradicionales, también se demostró que permite valorar y tomar decisiones relacionadas con otros objetos de costo, diferentes a los productos, y permite un seguimiento al consumo de recursos que realizan los productos desde su concepción hasta su abandono. El estudio arroja conclusiones tales como que el ABC proporciona una base más exacta para entender la información de costo en comparación al sistema tradicional de

costeo. Esto permite a administradores de asistencia médica identificar procedimientos costosos y no rentables. Por otro lado, concluyen que el sistema de ABC es también un proceso que lleva mucho tiempo, en que se emplea mucha mano de obra, y su éxito depende de la participación total de cada unidad de una organización.

Capítulo 3. Metodología

3.1 Descripción del modelo de investigación

3.1.1 Tipo de Estudio

La propuesta de tesis que se desea realizar, corresponde a una investigación cuantitativa y exploratoria con un estudio transversal. Se realizara un estudio de casos teniendo como objetivo caracterizar las prácticas de medición de costos utilizados por las instituciones de salud en Chile, específicamente en Clínicas, Hospitales y CESFAM.

Este tipo de estudios se caracteriza por ser de tipo no experimental y de diseño transversal dado a que se procederá a analizar los datos recolectados en un corto lapso de tiempo.

El alcance de esta investigación será descriptivo-correlacional ya que busca especificar las características de cada una de las entidades de Salud que se someterán a un análisis de datos recolectados en un tiempo y lugar determinado, además de evaluar la relación que pudiese existir entre dos o más variables.

3.1.2 Población o muestra

- **Población:**
 - Clínicas Privadas
 - Hospitales Públicos
 - Centros de Salud Familiar (CESFAM)

Actualmente en Chile se encuentran inscritas en la Superintendencia de Salud, treinta y seis (36) Clínicas, setenta y siete (77) Hospitales y cuatrocientos tres (403) Cesfam.

La Muestra seleccionada fue intencionada, debido a la escasa participación de las instituciones de salud, quedando como muestra tres Clínicas, tres Hospitales y tres Centro de Salud Familiar que aceptaron trabajar en la investigación.

Características de las Clínicas encuestadas:

- Financiamiento Privado
- Los trabajadores oscilan entre 254 a 1000 personas en cada entidad.
- Las atenciones a usuarios desde 17.000 a 20.000 prestaciones.
- Presentan servicios en el sector secundario (Alta complejidad)

Características de Hospitales encuestados:

- Financiamiento principalmente Público
- Los trabajadores oscilan entre 600 a 2.065 personas en cada entidad
- Las atenciones a usuarios van desde 35.000 a 1.865.104 prestaciones
- Prestan servicios principalmente en el sector secundario y en algunos casos en el sector primario.

Características de los Centros de Salud Familiar:

- Financiamiento principalmente Público
- Los trabajadores oscilan entre 120 a 140 personas en cada entidad
- No existe un registro del total de atenciones, solo se basan en la cantidad de inscritos anualmente que van desde 16.040 a 27.796 personas por entidad.
- Prestan servicios principalmente en el sector primario.

En relación a la muestra, esta fue determinada por las entidades de Salud que aceptaron la propuesta de Investigación, ya que, una de las mayores limitaciones es:

- Las entidades no están dispuestas a entregar información a terceros e incluso cuando esta es en forma anónima y confidencial.
- En cuanto a la petición de colaboración a participar, se delegan unos con otros, conllevando que pasen los días y sin obtener una respuesta clara.
- Las Clínicas privadas especialmente no entregan información, porque temen que esta se filtre y obtengan información las Clínicas de su competencia.

- Otro Factor es la falta de iniciativa en colaborar en investigaciones del ámbito educación, ya que consideran que le quitan tiempo.

3.2 Definición de Variables

Según Briones (1987) una variable es una propiedad, característica o atributo que puede darse en ciertos sujetos o pueden darse en grados o modalidades diferentes... son conceptos clasificatorios que permiten ubicar a los individuos en categorías o clases y son susceptibles de identificación y medición.

Estas variables son clasificadas en independientes y dependientes, la primera de ellas, tiene la característica o propiedad que se supone ser la causa del fenómeno estudiado y respecto a la variable dependiente Hayman (1974) la define como propiedad o característica que se trata de cambiar mediante la manipulación de la variable independiente.

3.2.1 Variables Independientes

- **Tamaño de la Organización:** Esta variable clasifica las Instituciones según los servicios prestados es decir en sector primario y secundario.

Tabla N°2 Servicios prestados en el sector primario (CESFAM)

Servicios prestado en Sector Primario (CESFAM)	Programas
	Morbilidad
	Urgencia
	Programa Infantil
	Programa del adolescente
	Programa del Adulto
	Programa del Adulto Mayor
	Programa de la Mujer
	Programa respiratorio

	Programa Postrados
	Programa dental
	Programa ambiental
	Rehabilitación motora
	Alimentación complementaria
	Atención Oftalmológica
	Toma de exámenes
	Programa farmacológico

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los servicios clasificados en la tabla anterior, muestran todas las prestaciones que puede ofrecer un CESFAM, solo cuando estos prestan atención correspondiente al sector primario y solo las clasificadas de acuerdo a la tabla anterior, se consideraran de gran tamaño y en caso contrario de pequeño tamaño.

- **Gran tamaño:** Todos los servicios primarios de la Tabla N°2.
- **Pequeño Tamaño:** Solo algunos servicios primarios de la Tabla N°2.

Tabla N°3 Servicios prestados en el sector secundario (Hospitales)

Servicios prestados en el sector Secundario (Hospitales)	Servicios prestados	Ítems de servicios prestados
	Atención prehospitalaria y emergencia	
SAMU		
Medicina		-
Neuropsiquiatría		Psiquiatría
		Neurología
Cirugía Indiferenciada		Cirugía adultos
		Urología
		Traumatología
		Neurocirugía
		Cirugía Infantil

	Gestión Quirúrgica	Cirugía mayor ambulatoria
		Oftalmología
		Otorrinolaringología
		Cirugía máxilo facial
	Pediatría	-
	Obstetricia y Ginecología	-
	Anestesia y pabellones	-
	Paciente crítico adulto	-
	Especialidades ambulatorias	Especialidades médicas
		Especialidades odontológicas
		Kinesiología
		Salud mental
		Cuidados paliativos
		Telemedicina
	Apoyo terapéutico y diagnóstico	Hospitalización domiciliaria
		Imagenología
		Laboratorio clínico
		Anatomía patológica
		Farmacia
		Medicina transfusional
Diálisis		
Grupo relacionado a diagnóstico		
Gestión de los cuidados de matronería	Chile crece contigo	
	Cuidados de matronería	
	Cuidados de matronería hospitalizados	
Procuración de órganos		
Pensionados		
Unidad de endoscopia digestiva		
Unidad de cuidados medios		

Fuente: Elaboración propia.

Se entenderá por Hospital de gran tamaño cuando presta solo servicios secundarios y los clasificados en la tabla N°3. Y por hospitales de pequeño tamaño cuando prestan servicios primarios clasificados en la tabla N°2 (prestaciones de Cesfam) y servicios secundarios de la tabla N°3. Es decir:

Gran tamaño: Solo servicios secundarios de la tabla N°3 (Tabla del hospital).

Pequeño Tamaño: Servicios secundarios y servicios Primarios (Tabla N°2 de Cesfam).

Tabla N° 4 Servicios prestados en el sector secundario (Clínicas)

Servicios prestados en el sector Secundario (Clínicas)	Servicios Prestados
	Unidad de Emergencia y SAMU
	Obstetricia y Ginecología
	Paciente critico Adulto
	Paciente Critico infantil
	Medicina interna
	Pediatría
	Gestión quirúrgica
	Atención Ambulatoria especialidades
	Cirugía Indiferenciada
	Apoyo terapéutico
	Diagnostico Anestesia y Pabellón
	Laboratorio
	Exámenes

Fuente: Elaboración propia.

Se entenderá por Clínicas de gran tamaño cuando prestan solo servicios secundarios clasificados en la Tabla N°4. Y por Clínicas de pequeño tamaño cuando prestan servicios primarios clasificados en la Tabla N°2 (prestaciones de Cesfam) y servicios secundarios de la Tabla N° 4. Es decir:

Gran tamaño: Solo servicios secundarios de la Tabla N°4.

Pequeño Tamaño: Servicios secundarios (Tabla N°4) y servicios Primarios (Tabla N°2).

- **Tipo de Financiamiento:** Esta variable se orientará en los ingresos obtenidos tanto del sector público como privado.

Tabla N°5 Variable independiente: Financiamiento

Sector	Ingresos Obtenidos
Público	Aporte del Estado (presupuesto MINSAL)
	Aporte del Fondo Nacional de Salud (FONASA)
Mixto	Aporte del Estado (presupuesto MINSAL)
	Aporte del Fondo Nacional de Salud (FONASA)
	Ingresos propios (ISAPRE, DIPRECA y Particulares)
Privado	Instituto de Salud Previsional (ISAPRE)
	Aporte del Fondo Nacional de Salud (FONASA)
	DIPRECA
	Convenios
	Particulares (COPAGO)

Fuente: Elaboración propia.

3.2.2 Variables dependientes

- Método de Valuación de Inventarios
- Sistema de Acumulación de los costos

- Asignación de Costos Indirectos de Fabricación
- Teorías económicas del costo de producción
- Teorías económicas del costo para la gestión

3.2.3 Combinación de Variables independientes y dependientes

Tabla N°6 Variable: Tamaño organización y sus variables dependientes

Variable independiente	Variable dependiente
<p>Tamaño de la Organización (Servicios prestado en Sector Primario - CESFAM)</p> <p>Pequeño</p>	Método de Valuación de Inventarios
	Sistema de Acumulación de los costos
	Asignación de Costos Indirectos de Fabricación
	Teorías económicas del costo de producción
	Teorías económicas del costo para la gestión
<p>Tamaño de la Organización (Servicios prestado en Sector Secundario tanto por Hospitales y Clínicas)</p> <p>Gran Tamaño</p>	Método de Valuación de Inventarios
	Sistema de Acumulación de los costos
	Asignación de Costos Indirectos de Fabricación
	Teorías económicas del costo de producción
	Teorías económicas del costo para la gestión

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°7 Variable: Financiamiento y sus variables dependientes

Variable independiente	Variable dependiente
<p>Tipo de Financiamiento</p>	Método de Valuación de Inventarios
	Sistema de Acumulación de los costos
	Asignación de Costos Indirectos de Fabricación
	Fabricación

(Sector Público para CESFAM)	Teorías económicas del costo de producción
	Teorías económicas del costo para la gestión
Tipo de Financiamiento (Sector Mixto- para Hospitales)	Método de Valuación de Inventarios
	Sistema de Acumulación de los costos
	Asignación de Costos Indirectos de Fabricación
	Teorías económicas del costo de producción
	Teorías económicas del costo para la gestión.
Tipo de Financiamiento (Sector Privado – para clínicas)	Método de Valuación de Inventarios
	Sistema de Acumulación de los costos
	Asignación de Costos Indirectos de Fabricación
	Teorías económicas del costo de producción
	Teorías económicas del costo para la gestión.

Fuente: Elaboración propia.

3.3 Fuentes de información

Las fuentes de información tienen como objetivos principales buscar, localizar y difundir el origen de la información contenida en cualquier soporte físico, no exclusivamente en formato libro, aunque sus productos más elaborados y representativos sean los repertorios.

A. Martín Vega (1995)

Las fuentes de información primaria son aquellas que contienen información nueva u original, de primera mano. El término original no se refiere a la novedad, a que nadie haya tratado antes el tema, sino a que es el documento origen de la información, que en él se contiene toda la información necesaria, no remite ni necesita completarse con otra fuente. M. Losantos (2011)

Las fuentes secundarias son aquellas que no tienen como objetivo principal ofrecer información sino indicar que fuente o documento nos la puede proporcionar. Los documentos secundarios remiten generalmente a documentos primarios.

Para poder realizar esta investigación se recopiló información de ambas, las fuentes de información secundarias utilizadas para esta investigación, son artículos, tesis, revistas, resoluciones, páginas web relacionadas con Sistemas de Costos y Áreas de Salud tanto Nivel Nacional e Internacional.

Las fuentes de información primarias fueron en base a entrevistas y aplicación de cuestionarios especialmente a personal encargados de los costos en cada Institución de Salud, específicamente Directores de Administración y Finanzas.

3.3.1 Instrumento de recolección de información

Se aplicó una encuesta (Ver anexo N° 1), la cual cuenta con cuatro ítems, los cuales permitirán obtener información más precisa de cada una de ellas, en algunos casos es necesario acudir presencialmente para conocer y entender en mayor detalle la existencia de los sistemas de costos implantados a través de software especializados.

Imagen N° 9 Ítems de encuesta aplicada en la investigación

**ENCUESTA MEDICIÓN DE COSTOS
(ITEMS)**

1. Identificación de la organización
2. Servicios Prestados
3. Acumulación de costos
4. Costos Indirectos de Fabricación

Fuente: Elaboración propia.

Como se visualiza en el cuadro anterior, cada uno de los ítems que compone la encuesta tienen un propósito en particular, es decir, la identificación de la organización está destinada a caracterizar la institución para una correcta evaluación, los servicios prestados cumple el rol de poder determinar los servicios finales ofrecidos, con el propósito de influir en el proceso de identificación de los objetos de costo, respecto a la acumulación de costos permite identificar la medición de costos y finalmente los Costos Indirectos de Fabricación (CIF) mostrarán la composición de estos y la forma de cómo son asignados.

La encuesta como se mencionaba está compuesta por 4 ítems y 44 preguntas, cuya aplicación tiene una duración de 30 minutos aproximadamente.

El instrumento de investigación pasó por una validación técnica antes de ser aplicada, dicha validación es hecha por profesionales especialista en sistemas de costos y además de una prueba piloto. Una vez pasado por este proceso se procede a enviar dicha encuesta a los encargados de administración y finanzas, autorizados previamente a entregar información por Gerentes Generales o Directores respectivos. Se espera un tiempo de cinco semanas para ser contestada, luego de cumplido el plazo, se analizara la información para:

- Caracterizar la compañía para una correcta evaluación.
- Conocer la estructura, modelo o proceso de gestión de la organización con el propósito de captar el uso de la información de costos e identificar entidades intermediarias objeto de costeo.
- Identificar los servicios finales ofrecidos por las organizaciones con el propósito de influir en el proceso de identificación de los objetos de costo.
- Comprender el proceso de adquisición o contratación de recursos obtenidos con el intento de determinar las entidades primarias objeto de costo, con el fin de proveer datos para la definición de los aspectos relacionados con la medición de los costos de utilización por la organización.
- Identificar la composición de los costos indirectos asignados a los objetos de costo y los sistemas de información en uso en la organización como un todo con el intento de evaluar su potencial en la adecuación e integración de los sistemas de costeo.

Siempre se deberá tener presente que un producto es el resultado de un proceso, pudiendo ser un servicio o un bien; se hace necesario de acuerdo con Hammer y Champy (1996), identificar los productos elaborados o servicios prestados para redefinir los procesos que los generan; de esta forma la organización tendrá función de determinar y precisar claramente los cambios necesarios, los responsables de la gestión y de las actividades desarrolladas; identificar los productos realizados en cada proceso productivo de la actividades en el área de salud, los cuales darán la base para definir los centros de costos.

3.3.2 Validación del Instrumento

Respecto a la encuesta esta fue estructurada en base a un modelo creado por docentes de la Facultad de Ciencias Empresariales de la Universidad del Bío Bío, especialista en determinación y estrategias de costos, la cual fue modificada de acuerdo a las necesidades de nuestra investigación.

El Instrumento fue validado a través del trabajo con expertos en los ámbitos académicos y profesionales del área de costos, los que fueron contactados por medio de correo electrónico y procediendo posteriormente al envío de dicha encuesta, en algunos caso se concurrió personalmente. Además, el instrumento fue aplicado en primera instancia a una institución de salud.

Las principales observaciones fueron respecto a la estructura y forma de algunas preguntas, para facilitar un mayor entendimiento al encuestado y así cumplir con los requerimientos metodológicos de la investigación.

Capítulo 4: Análisis de los resultados

Como se mencionó anteriormente, se tomó una muestra intencionada, la cual fue de 3 Cefam, 3 Hospitales y 3 Clínicas. Para mantener el anonimato de las entidades que entregaron información para realizar esta investigación, y poder realizar a continuación un análisis específico de las respuestas obtenidas por cada una de ellas, es que se entenderá de la siguiente manera:

Tabla N°8 Clasificación de la muestra

CESFAM	HOSPITALES	CLÍNICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Cefam 1 • Cefam 2 • Cefam 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital 1 • Hospital 2 • Hospital 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica 1 • Clínica 2 • Clínica 3

Fuente: Elaboración propia.

4.1 Análisis Centros de Salud Familiar

Los centros de Salud familiar (CESFAM), son organismos que prestan servicios en el sector de atención primaria, su financiamiento es totalmente público y las personas atendidas corresponden aquellas que se encuentran inscritas y su previsión es FONASA.

Cuando hablamos que el financiamiento es totalmente público, es cuando nos referimos que los ingresos son asignados a través de presupuestos.

Los CESFAM sujetos a esta investigación son los administrados por municipalidades, es decir, estos deben presentar un presupuesto basado en la cantidad de inscritos por cada uno de ellos, reajustado previamente.

La Atención Primaria municipal se encuentra regulado en la Ley de Presupuestos del Sector Público, partida 16, capítulo 02, Programa 02 y además se sustenta de la ley N°19.378 del año 1995 de los aportes estatales considerando dos mecanismos de pago:

- Per cápita (Cantidad de Inscritos y validados)
- Pago prospectivo por prestación (programas de reforzamiento de atención primaria).

En la presente tabla se refleja en mayor detalle, los datos entregados en el punto número uno de la encuesta (Identificación de la organización).

Tabla N°9 Identificación de Cesfam

Ítems	Cesfam 1	Cesfam 2	Cesfam 3
Tipo de Financiamiento	Público	Público	Público
Giro o actividad económica	Servicio de salud	Servicio de salud	Servicio de salud
N° de pacientes inscritos	16.040	27.796	11.653
N° de trabajadores	122	140	120
Cargo de la persona encuestada	Jefe de Finanzas	Jefe de Finanzas	Jefe de Finanzas
Antigüedad en la empresa (encuestado)	8 años	8 años	20 años
Dpto. encuestado o área donde se determinan los costos	Finanzas	Finanzas	Finanzas
Tipo de Atención	Primaria	Primaria	Primaria
¿Determinan los costos?	No	No	No

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla N° 9, los tres CESFAM son financiados por el sector público y prestan atención primaria, lo que los deja clasificados en la categoría de gran Cefam. Respecto a la determinación de los costos, estos no llevan ningún tipo de registro ni cálculo de ellos, solo utilizan Contabilidad Gubernamental con el software Cash Chile.

Este software es administrado en el departamento de Salud Municipal, por las personas encargadas del área de finanzas y de adquisición. El funcionamiento de Cash Chile distribuye los ingresos obtenidos por el presupuesto aprobado, y luego es distribuido el monto correspondiente al número de inscritos a las diferentes entidades (Centro de Salud Familiar, Centros de Salud, Centros Comunitarios de Salud Familiar, Postas Salud Rurales y Servicio de Atención Primaria de Urgencia). El presupuesto es designado a cada ente, pero el encargado de administrar, realizar las compras y los desembolsos es el departamento de Salud. En la aplicación de las encuestas a estos CESFAM, se tuvo la oportunidad de observar cómo opera este Software.

Respecto al tamaño de la organización esta es definida por los servicios prestados que se encuentran clasificados en programas de atención primaria.

Tabla N°10 Servicios prestados en Sector Primario

Programas	Cesfam 1	Cesfam 2	Cesfam 3
Morbilidad	x	x	x
Urgencia	x	x	x
Programas Infantil	x	x	x
Programa del adolescente	x	x	x
Programa del Adulto	x	x	x
Programa del Adulto Mayor	x	x	x
Programa de la Mujer	x	x	x
Programa respiratorio	x	x	x

Programa Postrados	x	x	x
Programa dental	x	x	x
Programa ambiental			x
Rehabilitación motora			x
Alimentación complementaria			x
Atención Oftalmológica	x	x	x
Toma de exámenes	x	x	x
Programa farmacológico	x	x	x

Fuente: Elaboración Propia

Como se refleja en la tabla N° 10, los Cesfam 1 y 2 prestan servicios similares, en cambio el Cesfam 3 presenta una cobertura completa en atención primaria, en total 103 prestaciones en los 16 programas.

Los servicios prestados por los tres Cesfam son estándar, es decir poseen características similares unos con otros.

El encargado de la valuación de inventario es el Departamento de Salud Municipal, ya que es este quien compra y distribuye los insumos requeridos para cada Cesfam y los entrega al mismo valor que los compró, por ejemplo si un Cesfam necesita comprar medicamentos debe realizar una orden de compra y extenderla al Dpto. de Salud para la respectiva aprobación y posterior compra. Por lo que en el caso de los Cesfam encuestados estos no realizan una valuación de inventarios, esto lo hace el ente antes mencionado solo para temas de registro y no para determinación de costos.

4.2 Análisis Hospitales

Tabla N°11 Identificación de los Hospitales

	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
Tipo de Financiamiento	Mixto	Mixto	Mixto
Giro o actividad económica	Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios
N° de pacientes o usuarios atendidos	1.865.104 atendidos	518.264 atendidos	32.000 atendidos
Número de trabajadores	2.065	600	145
Cargo de la persona encuestada	Jefe de Finanzas	Jefe de Contabilidad	Director del hospital
Antigüedad en la empresa (encuestado)	20 años	8 años	2 años
Dpto. encuestado o área donde determinan los costos	Departamento de Finanzas	Departamento de Contabilidad	Departamento de Contabilidad
Servicio de atención prestado	Atención secundaria	Atención secundaria	Atención primaria
¿Determinan los costos?	Si	No	No

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla N°11, los tres hospitales poseen un financiamiento mixto, esto quiere decir que el financiamiento de éstos es público y privado. Los servicios prestados son secundarios, con excepción del hospital 3 que prestan servicios de atención primaria que incluyen algunos servicios secundarios, ya que es un hospital de baja complejidad, por lo que algunos servicios (cuando es requerido), son derivados a hospitales de mayor complejidad gestionados en la red. Es decir el Hospital 1 y 2 quedan clasificados en la categoría de hospital de gran tamaño y el N°3 como pequeño.

Para el hospital 1 y el hospital 2 la forma de pago que pueden optar los usuarios es a través de Fonasa, Isapre, Dipreca, Convenios y Particular, y los usuarios del hospital 3 solo

pueden realizar el pago a través de Fonasa, Isapre, Convenios y Particular, ya que no poseen convenio con Dipreca.

Los servicios prestados por cada uno de los hospitales serán detallados en la tabla N°12

Tabla N°12 Servicios prestados por Hospitales

SERVICIOS PRESTADOS	ITEMS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
Atención prehospitalaria y emergencia	Unidad de emergencia	x	x	x
	SAMU	x	x	
Medicina		x	x	x
Neuropsiquiatría	Psiquiatría	x	x	
	Neurología	x	x	
Cirugía Indiferenciada	Cirugía adultos	x	x	
	Urología	x	x	
	Traumatología	x	x	
	Neurocirugía	x	x	
	Cirugía Infantil	x	x	
Gestión Quirúrgica	Cirugía mayor ambulatoria	x	x	
	Oftalmología	x	x	
	Otorrinolaringología	x	x	
	Cirugía máxilo facial	x	x	
Pediatría		x	x	x
Obstetricia y Ginecología		x	x	x
Anestesia y pabellones		x	x	
Paciente crítico adulto		x	x	
Especialidades ambulatorias	Especialidades médicas	x	x	
	Especialidades odontológicas	x	x	
	Kinesiología	x	x	
	Salud mental	x	x	x
	Cuidados paliativos	x	x	
	Telemedicina	x	x	
Apoyo terapéutico y diagnóstico	Hospitalización domiciliaria	x	x	
	Imagenología	x	x	
	Laboratorio clínico	x	x	x
	Anatomía patológica	x	x	

	Farmacia	x	x	x
	Medicina transfusional	x	x	
	Diálisis	x	x	
	Grupo relacionado a diagnóstico	x	x	
Gestión de los cuidados de matronería	Chile crece contigo	x	x	
	Cuidados de matronería	x	x	
	Cuidados de matronería hospitalizados	x	x	
Procuración de órganos		x	x	
Pensionados		x	x	
Unidad de endoscopia digestiva		x	x	
Unidad de cuidados medios		x	x	

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede ver en la tabla N°12 el hospital 1 y el hospital 2 prestan todos los servicios requeridos por los usuarios (Clasificados en gran Hospital), y como se mencionó anteriormente el hospital 3 solo presta algunos servicios que son secundarios, quedando clasificado como un hospital pequeño.

Los servicios prestados por estas entidades en todos los casos es una mezcla, es decir algunos con características específicas (de acuerdo al servicio requerido específicamente por el usuario) y otros estándar (los servicios son en gran cantidad y similares).

Solo un hospital de los encuestados realiza la determinación de los costos el cual es el hospital 1, que será analizado específicamente más adelante.

El hospital 2 y el hospital 3 no determinan los costos en los cuales incurren, los costos en los que incurren por cada servicio son los valores que determina Fonasa y de esta forma determinan el presupuesto que se les entrega a estos por los pacientes que se atienden por Fonasa, y cuando existe alguna atención por Isapre o particular para la determinación del precio de ese servicio (información entregada por el hospital 2), solo multiplican el valor

dado de ese servicio por Fonasa por el 200% (porcentaje válido solo para el hospital 2) y arroja el valor que se cobra para los usuarios de Isapre y particulares.

El hospital 2 utiliza un software llamado “GRD” (grupos relacionados por el diagnóstico), es una herramienta de gestión normalizadora, en la que mediante un programa informático, alimentado con los datos de los pacientes dados de alta hospitalaria, se pueden clasificar a los pacientes en grupos clínicamente similares y con parecido consumo de recursos sanitarios.

Ahora se analizará el hospital 1 ya que es el único de los hospitales encuestados que realiza la determinación de sus costos.

Este hospital utiliza un software para determinar los costos, el cual fue diseñado por ellos y es llamado “la llavecita”, el cual fue diseñado en base al software Perc.

De acuerdo a las respuestas dadas por el hospital 1, que se obtuvieron a través de la encuesta realizada presencialmente a este hospital, se determinó que utilizan:

- Método de valuación de inventario es el UEPS, por lo que los consumos son valorados a los últimos costos de adquisición.
- Método de base de obtención de los costos es histórico, ya que ellos determinan el precio del servicio cuando ya está terminado, porque se le va adjuntando en su ficha médica todos los consumos que el paciente va utilizando y determinan el precio dependiendo de todos los servicios prestados al paciente.
- Cuando un paciente necesita saber anticipadamente el valor que le costara una determinada atención, se realiza a través de montos históricos que están establecidos por Fonasa, ya que es quien indica el precio que deben cobrar por cada servicio prestado, el cual es reajustado respecto a la variación del índice de precio del consumidor (IPC).
- Sistema de acumulación que utilizan es por centro de responsabilidad, ya que los costos se traspasan al departamento del que proviene.
- Metodología de asignación de los costos indirectos y administrativos, este hospital utiliza una doble tasa de distribución, una para los costos indirectos variables los que se distribuyen por números de servicios producidos y otra para los costos

indirectos fijos los que se distribuyen por metro cuadrado que utiliza cada área de responsabilidad.

- Los costos indirectos no son distribuidos a los pacientes, ya que como se mencionó anteriormente el monto que se le debe cobrar a cada usuario lo estipula Fonasa, por lo que solo quedan acumulados en cada departamento.
- Teoría económica del costo de producción que utilizan es el Sistema por absorción, ya que los elementos que consideran como costo del servicio son: la materia prima, mano de obra y los costos indirectos (fijos y variables).
- Observaciones: este hospital no utiliza ningún sistema que le ayude o sirva para tomar decisiones, pero se menciona que ellos trataron de implementar el sistema ABC para la asignación de los costos indirectos, lo cual no lo pudieron implementar completamente, debido que era de mayor complejidad.

4.3 Análisis Clínicas

Tabla N°13 Identificación de las Clínicas

Ítems	Clínica 1	Clínica 2	Clínica 3
Tipo de financiamiento	Privado	Privado	Privado
Giro o actividad económica	Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios
N° de pacientes o usuarios atendidos	20.000 atendidos	17.000 atendidos	Se desconoce
Número de trabajadores	900 trabajadores	259 trabajadores	360 trabajadores
Cargo de la persona encuestada	Gerente de Finanzas	Control interno	Jefe de tesorería
Antigüedad en la empresa (encuestado)	20 años	8 años	4 años
Dpto. encuestado o área donde determinan los costos	Departamento de Finanzas	Departamento de control interno	Departamento de Tesorería
Servicio de atención prestado	Atención secundaria	Atención primaria y secundaria	Atención primaria y secundaria
¿Determinan los costos?	Si	Si	Si

Fuente: Elaboración propia.

El Tipo de financiamiento es privado en las tres clínicas, además los servicios prestados son de atención secundaria en todas ellas, también las clínicas 2 y 3 prestan servicios del sector primario. Es decir:

- Solo atención secundaria (en categoría de grande): Clínica 1.
- Atención Secundaria y además primaria (en categoría de pequeña): Clínica 2 y 3.

Tabla N°14 Forma de pago de los usuarios

Forma de pago	Clínica 1	Clínica 2	Clínica 3
Fonasa	x	x	x
Isapre	x	x	x
Dipreca	x	-	x
Convenios	x	x	x
Otros	x	x	x

Fuente: Elaboración propia.

La forma de pago a la que los usuarios pueden optar es total para la clínica 1 y 3, en cambio la clínica 2 no considera a las personas pertenecientes al sistema de Dipreca.

Tabla N°15 Servicios prestados por las clínicas

Servicios prestados en el sector Secundario	Clínica 1	Clínica 2	Clínica 3
Unidad de Emergencia y SAMU	x	x	x
Obstetricia y Ginecología	-	-	-
Paciente critico Adulto	-	-	-
Paciente Critico infantil	-	-	-
Medicina interna	-	-	-

Pediatría	x	-	-
Gestión quirúrgica	x	x	-
Atención Ambulatoria especialidades	x	-	x
Cirugía Indiferenciada	x	x	-
Apoyo terapéutico	-	-	-
Diagnostico Anestesia y Pabellón	x	x	-
Laboratorio	x	x	x
Exámenes	x	x	x

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede ver en la tabla N°15 la Clínica 1 presta servicios solo del sector secundario y la Clínica 2 y 3, prestan servicios tanto en el sector primario y secundario, ya que son instituciones que dentro de la misma clínica poseen centros de diagnósticos, quedando clasificadas de la siguiente manera:

- Solo atención secundaria (Clasificación de gran empresa): Clínica 1.
- Atención secundaria y además primaria (clasificada como pequeña empresa): Clínica 2 y 3.

Se analizará en primera instancia la clínica N° 1 y luego la Clínica 2 y 3, debido que todas poseen sistemas de costos.

4.3.1 Análisis Clínica N° 1

Los servicios prestados por esta entidad es una mezcla, es decir algunos con características específicas (de acuerdo al servicio requerido específicamente por el usuario) y otros estándar (los servicios son en gran cantidad y similares).

De acuerdo a las respuestas dadas por la clínica 1, obtenidas a través de la encuesta realizada presencialmente a esta clínica, se determinó que utilizan:

- Método de valuación de inventario es el UEPS por lo que los insumos que ingresaron primero a la clínica saldrán al precio de las últimas adquisiciones.
- Método de base de obtención de los costos es histórico, ya que ellos determinan el precio del servicios cuando ya está terminado, porque se le va adjuntando en su ficha médica todos los consumos que el paciente va utilizando, en los casos que un paciente necesita saber cuándo le costará un servicio en particular, se hacen estimaciones antes del periodo, en este caso se predeterminan en base a estimaciones
- Sistema de acumulación que utilizan es por centro de responsabilidad, ya que los costos se traspasan al departamento del que proviene, y también se acumula por servicio y por las etapas dentro de la cadena de valor.
- Metodología de asignación de los costos indirectos es por actividades generadoras de costos, tras determinar los CIF estos son asignados a los servicios mediante una base de asignación para cada actividad.
- Teoría económica del costo de producción que utilizan es el Sistema por absorción, ya que los elementos que consideran como costo del servicio son: la materia prima, mano de obra y los costos indirectos (fijos y variables).
- Observaciones: esta clínica utiliza el sistema por absorción, ya que es el aceptado contablemente y además para distribuir los costos indirectos de fabricación lo realizan a través del sistema ABC, basado en las actividades. Y no utilizan ningún otro sistema que le ayude o sirva para tomar decisiones.

4.3.2 Análisis Clínica N° 2

Los servicios prestados por esta entidad son estándar, es decir se prestan una gran cantidad de servicios con características similares.

Esta Clínica posee un sistema de costo, el cual opera a través de un software denominado TD ABC.

De acuerdo a las respuestas dadas por la clínica 2, que se obtuvieron a través de la encuesta realizada presencialmente a esta clínica, se determinó que utilizan:

- Método de valuación de inventario es el PPP, lo que se hace es determinar un promedio, sumando los valores existentes en el inventario con los valores de las nuevas compras, para luego dividirlo entre el número de unidades existentes en el inventario incluyendo tanto los inicialmente existentes, como los de la nueva compra.
- Método de base de obtención de los costos es histórico, ya que se determina el precio de los servicios cuando ya se está terminado, porque se le va adjuntando en su ficha médica todos los consumos que el paciente va utilizando. De las clínicas estudiadas es la única que cuenta con una ficha médica totalmente electrónica, donde todos los servicios que ha consumido y utilizado el paciente son cargados en el momento, ya que las demás anotan en papel y luego es traspasado cuando es terminado el servicio.
- El sistema de acumulación que utilizan es por centro de responsabilidad, ya que los costos se traspasan al departamento del que provienen, los que se acumulan por servicios.
- Metodología de asignación de los costos indirectos es por actividades generadoras de costos, tras determinar los CIF estos son asignados a los servicios mediante una base de asignación para cada actividad.
- Teoría económica del costo de producción que utilizan es Costeo Pleno, ya que los elementos que consideran como costo del servicio son: la materia prima, mano de obra, los costos indirectos (fijos y variables) y los gastos de administración.
- Observaciones: esta clínica utiliza el sistema por absorción al igual que la clínica 1, ya que es el aceptado contablemente y además para distribuir los costos indirectos de fabricación lo realizan a través del sistema ABC, basado en las actividades. Y no utilizan ningún otro sistema que le ayude o sirva para tomar decisiones.

4.3.3 Análisis Clínica N° 3

Los servicios prestados por esta entidad son estándar, es decir se prestan una gran cantidad de servicios con características similares.

Esta Clínica posee un sistema de costos, el cual opera a través de un software denominado Medisyu.

De acuerdo a las respuestas dadas por la clínica 3, que se obtuvieron a través de la encuesta realizada presencialmente a esta clínica, se determinó que utilizan:

- Método de valuación de inventario es el UEPS por lo que los insumos que ingresaron primero a la clínica saldrán al precio de las últimas adquisiciones.
- Método de base de obtención de los costos es antes del periodo a través de estimaciones de información histórica de la empresa, es decir a través de costeo estimado.
- Sistema de acumulación que utilizan es por centro de responsabilidad, ya que los costos se acumulan por departamento, distribuyendo los costos totales entre los servicios terminados y aquellos que aún no han terminado el proceso.
- Metodología de asignación de los costos indirectos es por actividades generadoras de costo, tras determinar los CIF estos son asignados primero a los departamentos y luego a los servicios.
- Teoría económica del costo de producción que utilizan es el Sistema de costeo pleno, ya que los elementos que consideran como costo del servicio son: la materia prima, mano de obra, los costos indirectos (fijos y variables), los gastos de administración, gastos de venta y los costos de los departamentos de apoyo.
- Observaciones: esta clínica utiliza el sistema de costeo Pleno y además para distribuir los costos indirectos de fabricación lo realizan por método ABC. Además se menciona que el sistema de costeo utilizado por esta clínica le sirve de base para tomar decisiones para la gestión dentro de la entidad.
-

4.4 Resultados generales

Respecto a la información recopilada, se puede determinar que las instituciones de salud cuyo financiamiento sea totalmente público o mixto, no poseen algún tipo de software que les permita implementar prácticas de costos y que les ayuden a determinar el verdadero valor de los servicios, independientemente de su tamaño. En cambio las instituciones cuyo

financiamiento es totalmente privado e independiente del tamaño que sean, se preocupan por determinar los costos reales que les cuesta generar y prestar el servicio requerido por cada paciente.

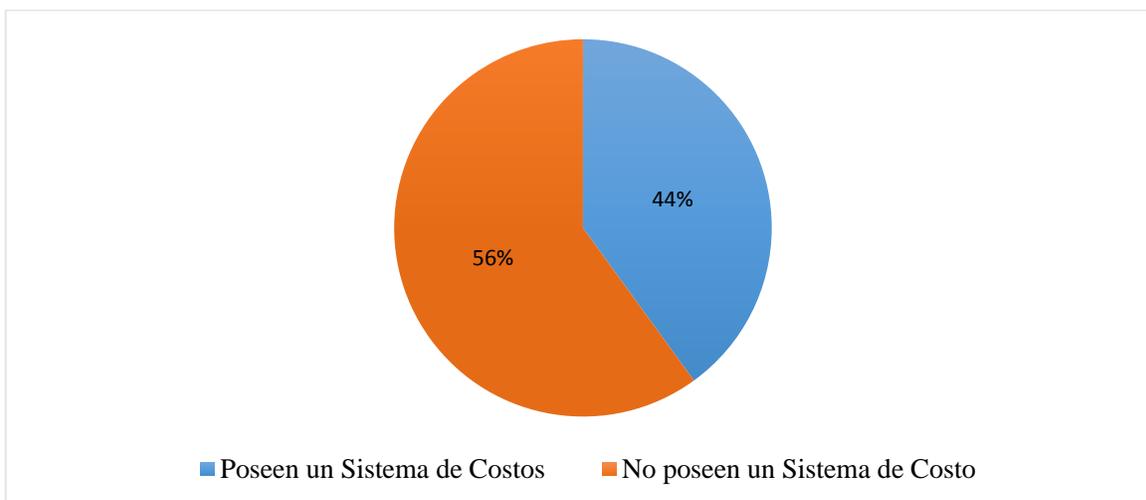
Tabla 16 Instituciones que utilizan sistemas de costos

Instituciones de Salud	¿Determinan los Costos?	Total en %
CESFAM N°1	No	11,11%
CESFAM N°2	No	11,11%
CESFAM N°1	No	11,11%
Hospital N°1	Si	11,11%
Hospital N°2	No	11,11%
Hospital N°3	No	11,11%
Clínica N°1	Si	11,11%
Clínica N°2	Si	11,11%
Clínica N°3	Si	11,11%
Total de respuestas	9 respuestas = 100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Del total de las instituciones de salud participes solo un 44,44% posee un Sistema de Costos y el 55,56% no poseen ningún Sistema de Costos, como se muestran en el gráfico N° 1, y en base a la tabla N°16.

Gráfico N° 1 Instituciones de Salud que poseen Sistema de Costo



Fuente: Elaboración propia.

4.5 Resultados Específicos por objetivo

4.5.1 Objetivo específico N°1

De acuerdo a los datos recolectados a través de la encuesta se puede determinar que ninguno de los Cesfam encuestados utiliza un Sistema de costeo que le permita saber cuánto se les debe asignar realmente por paciente; De los tres Hospitales encuestados, solo el N°1, posee un sistema de costeo a través del método absorbente y distribuye los costos indirectos de fabricación (CIF de ahora en adelante) en relación a los servicios que realiza y cuando se determinan estos, son asignados con doble tasa de asignación, una para los costos fijos el cual es distribuido por metro cuadrado que posee cada departamento y otra para los costos variables que se distribuyen por los servicios producidos por cada departamento.

Respecto a las Clínicas, el 100% de ellas determina sus costos, la Clínica N°1 costea bajo el sistema de costeo absorbente y los costos indirectos de fabricación los distribuye en base al método ABC; las clínicas N°2 y N°3 costean a través del Sistema Pleno, incluyendo como parte del costo del servicio la materia prima directa (Insumos), los costos indirectos (Fijos y Variables), los gastos de administración, los gastos de venta y los costos de los

departamentos de apoyo, y la forma de distribuir los CIF es también en base al método ABC.

4.5.2 Objetivo específico N°2

En la presente tabla se determina el método más utilizados por las instituciones de salud, en base a la muestra de esta investigación que solo poseen un sistema de costeo instaurado.

Tabla 17 Clasificación por costeo absorbente y pleno

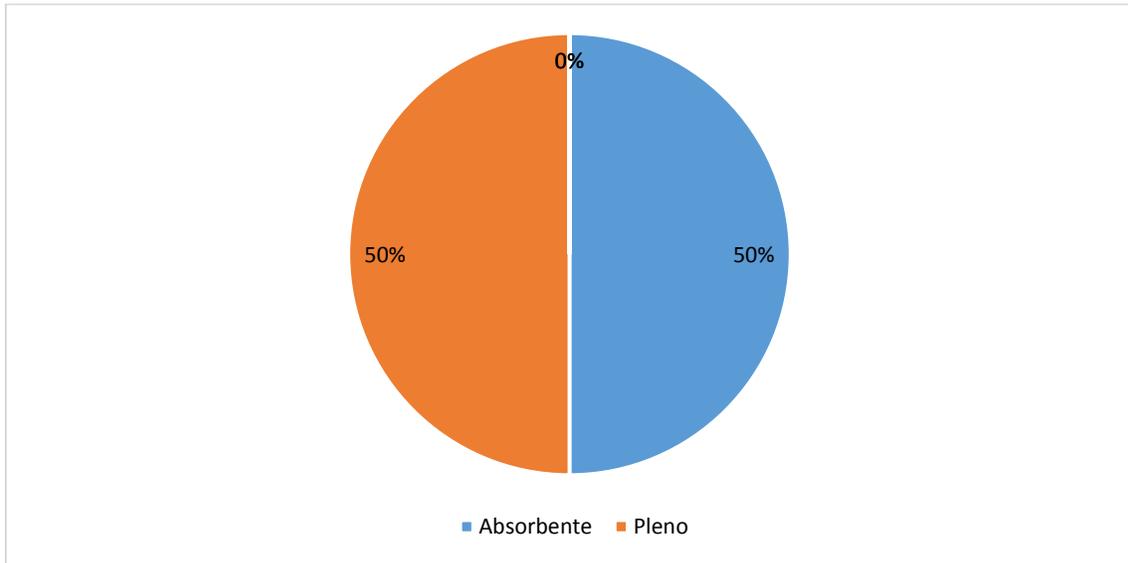
Instituciones	Costeo Absorbente	Costeo Pleno
Hospital N°1	x	-
Clínica N°1	x	-
Clínica N°2	-	x
Clínica N°3	-	x
Total 100%	50%	50%

Fuente: Elaboración propia.

Se puede determinar que el método de costeo utilizado por las clínicas y hospitales es el Absorbente en un 50% (De acuerdo a las cuatros instituciones de salud que determinan sus costos), ya que como su nombre los dice absorbe para los costos de producción los costos de las materias primas, de la mano de obra directa y de los CIF (Fijos y variables). Y un 50% utiliza el método de costeo pleno incluyendo como parte del costo del servicio la materia prima directa (Insumos), los costos indirectos (Fijos y Variables), los gastos de administración, los gastos de venta y los costos de los departamentos de apoyo, y la forma de distribuir los CIF es también en base al método ABC.

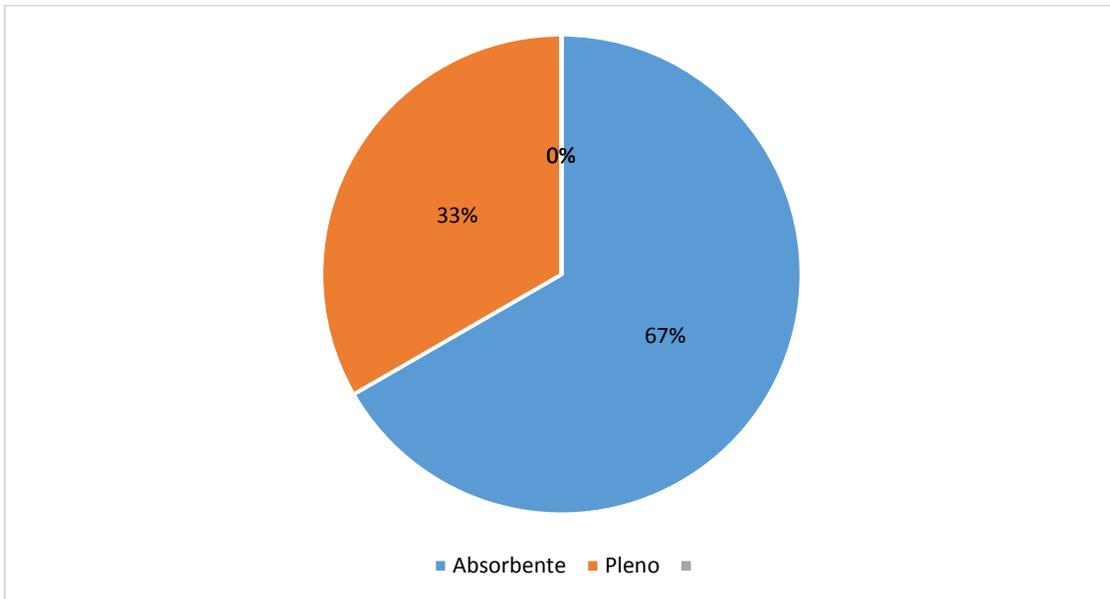
Respecto a las clínicas el sistema de costeo más utilizado es el costeo pleno en un 66,66% y el costeo absorbente en un 33,33%.

Gráfico N° 2 Sistema de costos utilizados por la muestra que solo poseen sistema de costos



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 3 Sistemas de costos más utilizados en las Clínicas



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los CIF estos son asignados de la siguiente manera:

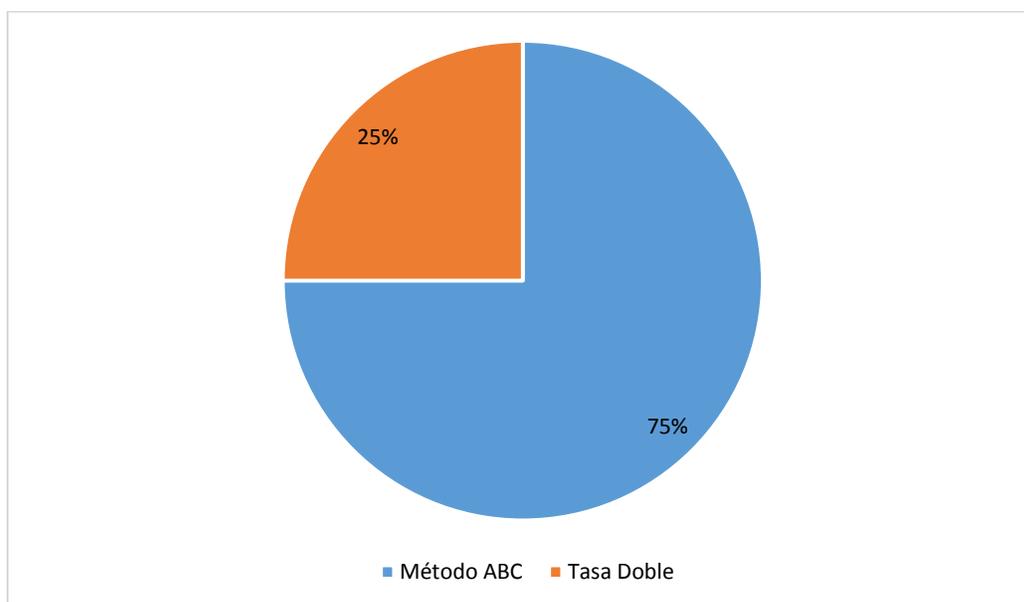
Tabla 17 Asignación de los CIF

Asignación de los CIF	Instituciones de Salud					
	Hospital N°1	Clínica N°1	Clínica N°2	Clínica N°3	Total	%
Una tasa de asignación	-	-	-	-	0	0%
Multitasas	-	-	-	-	0	0%
Método ABC	-	x	x	x	3	75%
Tas doble	x	-	-	-	1	25%

Fuente: Elaboración propia.

La forma de asignar los CIF, un 75% corresponde una tasa de asignación para cada actividad como se refleja en la clínica N° 1 y N° 2; y N°3 y el Hospital N° 1 asigna los CIF con tasa doble, es decir una para los costos fijos y una para los costos variables

Gráfico N° 4 Asignación de los CIF, solo respecto de la muestra que posee un sistema de costo



Fuente: Elaboración Propia.

4.5.3 Objetivo específico N°3

Como se mencionó anteriormente los sistemas de costos utilizados por las Instituciones de Salud analizadas son: sistema de costeo absorbente, sistema de costeo ABC, sistema de costeo pleno y centros de responsabilidad.

El sistema de costeo ABC permite una mayor exactitud en la asignación de los costos indirectos de las entidades y permite una visión de ellas por actividad, aplicando como asignación la identificación específica en las actividades y la distribución proporcional según las actividades ejecutadas, por lo que respecto a las asignaciones de los costos indirectos de fabricación que se poseen, este método permite conocer qué actividades consumen más de estos costos, pudiendo tomar decisiones respecto a estos.

El sistema de costeo absorbente solo determina en los costos del producto, los costos de producción, considerando como costos las materia prima, mano de obra y los costos indirectos, lo que no permite este método utilizarlo para la gestión dentro de la entidad, en cambio el costeo pleno considera como costo del producto, todos los costos de producción y también los gastos fijos de administración y venta, incluyendo por lo tanto en los productos todos los gastos necesarios para producir y administrar la empresa, por lo que este método se puede utilizar para una toma de decisión dentro de la entidad y así poder llevar una mejor gestión.

4.6 Resultados por cada Variable

4.6.1 Resultados en base a las variables independientes

- Variable Tamaño (En base a las prestaciones del sector primario y Secundario)

Tabla 18 Clasificación de instituciones por tamaño

Instituciones	Clasificación de Tamaño		¿Determina los costos?	
	Pequeña	Grande	Si	No
Cesfam N°1	x	-	-	x

Cesfam N°2	x	-	-	x
Cesfam N°3	x	-	-	x
Hospital N°1	-	x	x	-
Hospital N°2	-	x	-	x
Hospital N°3	x	-	-	x
Clínica N°1	-	x	x	-
Clínica N°2	x	-	x	-
Clínica N°3	x	-	x	-

Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar la variable tamaño no influye significativamente en el uso de un sistema de costos. Es decir, los 3 Cesfam son de pequeño tamaño y no utilizan ningún sistema.

De los 3 Hospitales, solo dos ingresan a la categoría de grandes, pero de estos solo uno utiliza un sistema de costos, por lo que no influiría, ya que, debido que hospitales aunque sean de gran tamaño no todos se interesan por adoptar un sistema de costeo que permita determinar sus costos. Lo preocupante de esta situación en especial, es que, este tipo de organizaciones solo se preocupan de no sobrepasar los gastos al presupuesto asignado para “x” año, en el caso que los gastos sobrepasen a los ingresos estos quedarán endeudados con el Fondo Nacional de Salud (FONASA), pero el próximo año con el nuevo presupuesto se pagara esa deuda histórica.

El Hospital N° 1 durante la aplicación de la encuesta comentaron, que el haber creado un software interno, les ha permitido conocer los costos reales que se desembolsan en un día de cama por ejemplo y el costo de este servicio sobre pasa al monto asignado por FONASA. Por lo que si este hospital queda endeudado para el

próximo año, puede emitir un informe donde detalle claramente los costos reales que les cuesta producir dicho servicio.

Respecto a las Clínicas el 100% determina sus costos, independiente del tamaño (servicios prestados), están preocupadas de tener un sistema que les ayude a reducir los costos, poder tomar mejores decisiones, que el servicio prestado sea eficiente, entre otras cosas.

- **Variable Financiamiento**

Respecto a esta variable, se entenderá que una empresa tendrá financiamiento público cuando solo recibe ingresos por presupuestos entregados por el estado de Chile y por los desembolsos de Fonasa; Será mixto cuando los ingresos están compuestos por presupuestos estatales, por Fonasa, Dipreca, Isapres, Convenios y particulares; Se clasificará como financiamiento privado cuando no recibe ingresos por parte de presupuestos estatales y se financia con los otros medios (Financiamiento Mixto menos presupuesto estatal).

Las instituciones que están sujetas a estudio para esta investigación, se clasifican en la siguiente tabla de acuerdo a su financiamiento.

Tabla 19 Clasificación según variable financiamiento

Instituciones	Clasificación de financiamiento			¿Determina los costos?	
	Público	Mixto	Privado	Si	No
Cesfam N°1	x	-	-	-	x
Cesfam N°2	x	-	-	-	x
Cesfam N°3	x	-	-	-	x
Hospital N°1	-	x		x	-

Hospital N°2	-	x		-	x
Hospital N°3	-	x		-	x
Clínica N°1	-	-	x	x	-
Clínica N°2	-	-	x	x	-
Clínica N°3	-	-	x	x	-

Fuente: Elaboración propia.

Por lo que la variable financiamiento influye significativamente respecto al cálculo de los costos, ya que como se muestra en la Tabla N°19 las instituciones con financiamiento privado poseen un sistema de costos establecidos en comparación con las de financiamiento público y mixto.

Capítulo 5: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Con los resultados obtenidos en las instituciones de salud pertenecientes a las provincias de Ñuble y de Concepción de la región del Bío Bío, se puede concluir que aquellas que poseen financiamiento totalmente público o mixto, no tienen como prioridades principales la implementación de un sistema de costeo, esto a razón de que Fonasa es quien le estipula un monto fijo para el cobro de cada atención, además de que los ingresos obtenidos les financian mayoritariamente todos sus gastos, por lo que no se sienten preocupados e interesados por dedicar tiempo en la creación o implementación de un software apropiado, por lo que solo llevan actualmente contabilidad gubernamental que es la exigida para este tipo de establecimientos.

El 100% de los Centros de Salud familiar obtienen ingresos por la cantidad de inscritos (validados) y a través de programas especiales asignados. Es preocupante que se obtengan fuentes de financiamientos solo por la cantidad de personas pertenecientes a un lugar determinado, cuando debe ser por los servicios prestados o por los programas asignados, ya que no todas las personas se atienden y otras que si lo hacen utilizan más del monto que les corresponde, por lo que ninguno de ellos utiliza o lleva un registro del cuanto les cuesta prestar un servicio determinado.

El 33% de los hospitales mixtos en las provincias de Ñuble y de Concepción tienen instaurado un sistema de costos, el que les permite llevar un registro de los desembolsos o gastos que les conlleva prestar un determinado servicio. Enfatizar que solo la iniciativa de querer instaurar un sistema de costeo en una institución de estas características hoy en día, es solo por motivación del personal a cargo de esta (directores) o departamento y no por el Ministerio de Salud.

De acuerdo a la muestra tomada, el 66% de los hospitales en las provincias de Ñuble y de Concepción no realiza determinación de costos.

Respecto a las clínicas privadas, no importa el tamaño del que éstas sean, ya que existe un gran interés de por medio, que es el de generar ingresos a través de la mayor cantidad de

prestaciones y así obtener las utilidades deseadas, es por esta razón que todas llevan un sistema de costeo que les permita reducir al mínimo los costos y al mismo tiempo tener mejor eficiencia en los procesos.

Un 66,66% de las clínicas encuestadas en las provincias de Ñuble y de Concepción utilizan un sistema de costeo por absorción y un 33,33% utilizan un costeo pleno.

El 100% de las clínicas privadas (de la muestra) distribuye los costos indirectos de fabricación en base a las actividades, utilizando el método ABC, ya que es una de las mejores formas de asignar costos de una forma más exacta que otros métodos.

5.2 Recomendaciones

Gracias a lo que se logró recopilar con la información entregada por las Instituciones de la Salud que quisieron colaborar entregando información, se presentan las siguientes recomendaciones:

- Los costos juegan un papel muy importante en el proceso de toma de decisiones y conocerlos es fundamental para saber cuánto es lo que cuesta producir algún servicio, es por esta razón que toda institución de la salud, debe poseer un buen sistema de costos que le permita tomar buenas decisiones y de esta forma prestar servicios más eficientes.

Respecto a los Hospitales encuestados, solo uno utilizaba sistema de costos, lo cual es preocupante, ya que los demás no conocen cuales son los costos en los que incurren, por lo que no llevan ningún tipo de control para estos. Además como los hospitales trabajan en base a presupuestos, cuando no les alcanza con el presupuesto a cubrir sus costos, se endeudan pagando en el próximo año la deuda con el siguiente presupuesto, sin conocer por que este no les alcanza, sin conocer cuáles son los costos en que están incurriendo, si estos no son necesarios o si se pueden disminuir, etc. Por las razones anteriores mencionadas, se les recomienda determinar los costos y realizar un presupuesto con los costos que realmente

incurren, para que con una base confiable puedan determinar cuál es el verdadero presupuesto que necesitan, pudiendo ser aumentado en el caso que sea necesario.

Los CESFAM encuestados ninguno determina los costos, pero estos no realizan sus compras, ya que son hechas por la Municipalidad que le corresponde.

Las Clínicas encuestadas utilizan todos sistemas de costos, destacando que las tres clínicas utilizaban el sistema de costeo ABC, este sistema es muy completo porque distribuye los costos indirectos de fabricación de forma más exacta.

- Es indispensable conocer los costos unitarios de los diferentes procesos que conforman un servicio, de esta manera se podrá medir las utilidades de cada uno de ellos. Los datos de costos unitarios también pueden ser útiles para el control de los costos y la toma de decisiones. Este tipo de información puede conducir a que se concentre la atención en las áreas potenciales de reducción de costos.
- Se recomienda que las entidades de la salud posean personas que se especialicen en costos, para que pueda llevar un control de estos, pueda tomar buenas decisiones, reducir si es que es posible los costos de la entidad, etc.

Capítulo 6: Limitaciones

- Las entidades no están dispuestas a entregar información a terceros e incluso cuando esta es en forma anónima y confidencial.
- En cuanto a la petición de colaboración a participar, se delegan unos con otros, conllevando que pasen los días y sin obtener una respuesta clara.
- Las Clínicas privadas especialmente no entregan información, porque temen que esta se filtre y obtengan información las Clínicas de su competencia.
- Otro Factor es la falta de iniciativa en colaborar en Investigaciones del ámbito educación, ya que consideran que le quitan tiempo.

Capítulo 7: Bibliografía

- Abcmedico-Especialista en Provincia de Arauco. (n.d.). Retrieved from <http://www.abcmedico.cl/m/Provincia-de-Arauco/>
- Aguirre, J. (2004). *Sistema de costeo, la asignación del costo total a productos y servicios*. Colección Estudios de Contaduría, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano.
- Aplicación Costeo ABC: Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos – Perú. (2004). Retrieved from <https://es.scribd.com/doc/23144174/Sistema-Costo-ABC-Hospital-Caso-Practico>
- Becerril, V., Reyes J., & Manuel A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública Mex*, 53(2), 132-143.
- Benavides, P., Castro, R., & Jones, I. (2013). Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales.
- Borges, T. (2013). *Gestión Estratégica de costos: una contribución para la construcción de su estructura conceptual*. Universidad de Sao Paulo, Brasil.
- Capasso, C. (2002). *El costeo objetivo*. Universidad de Buenos Aires.
- Cortes, I. (2012). *Costes de la calidad como herramienta de decisión*. Universidad Federal de Rio Grande del Norte, Campus Universitario.
- Gobierno de Chile. (n.d.). Retrieved from http://www.fonasa.gob.cl/portal_fonasa/site/edic/base/port/asegurados.html
- Horngren, C., Datar, S., & Rajan, M. (2012). *Contabilidad de costos, un enfoque gerencial*. 8°Ed. Pentrice Hall.
- La importancia de los sistemas de costos para la toma de decisiones. (2010). Retrieved from <http://www.urp.edu.pe/pdf/propuesta/71/pag10.pdf>
- Lawrence, W. (1964). *Teoría y enunciados de problemas y ejercicios*. Mexico: Montaner y Simon- S.A. editores.
- Losantos, M. (2011). Módulo 1. Fuentes de información: tipos y características. *Catalunya: Col·legi Oficial de Bibliotecaris-Documentalistes de Catalunya*, p. 7-8.
- Mejía, C., Higueta, C., & Hidalgo, D. (2015). Metodología para la oferta de servicio diferenciado por medio del análisis de costo de servir. *Elsevier*, (31). 441-454.
- Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales. (n.d.). Retrieved from <http://tesistesina.blogspot.cl/2007/10/hiptesis.html>
- Montoya, E., & Rossel, B. (2006). Aplicación del Sistema de Costeo Basado en Actividades: área de radiología Hospital Clínico Universidad de Chile.

- Morillo, M. (2002). *Diseño de sistemas de costeo: Fundamentos teóricos*. Venezuela. Universidad de los Andes.
- Narbona, K., & Durán, G. (2009). Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional. *Fundación Sol*, 11.
- Norma General Técnica N°150 sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios. (2013). Retrieved from http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/08/NT_0150.pdf
- Rocha, H. (2014). *Los sistemas de costos y la eficiencia en las operaciones comerciales*. Colegio de Contadores Públicos de México.
- Rojas, R. (2007). *Sistemas de costos, un proceso para su implementación*. Universidad Nacional De Colombia Sede Manizales.
- Sánchez, K. (2012). *Costos I*. Red Tercer Milenio S.C.
- San Martín, P. (n.d.). ¿Desea mejorar su coste por servir?
- Santamaría, A., Herrera, J., Sil, P., Santamaría, N., Flores, M., & del Arco, A. (2015). Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria. *El Servier*, 3(2), 134-140.
- Superintendencia de salud. (n.d.). Retrieved from <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-propertyvalue-4066.html>
- Superintendencia de salud. (n.d.). Retrieved from <http://www.supersalud.gob.cl/acreditacion/673/w3-propertyvalue-4710.html>
- Servicio de salud Arauco, Región del Biobío-Ministerio de salud. (n.d.) Retrieved from <http://www.ssarauco.cl/index.php/menu-styles/mapa-red>
- Servicio de salud Biobío, Región del Biobío-Ministerio de salud. (n.d.). Retrieved from <http://www.ssbiobio.cl/establecimientos.html>
- Servicio de salud metropolitano norte. (n.d.). Retrieved from http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
- Sistema público de salud, situación actual y proyecciones fiscales. (2013). Retrieved from http://www.dipres.gob.cl/572/articles-114714_doc_pdf.pdf
- Vargas, V., & Hernández, C. (2009). Sistemas de Información de costos para la gestión hospitalaria. *Revista de Ciencias Sociales*, 4 (15). 716-726.

Capítulo 8: Anexos

Anexo N° 1 Prácticas de medición de costos en instituciones hospitalarias en Chile

Encuesta “Prácticas de medición de costos en instituciones hospitalarias en Chile”

Este instrumento tiene como objetivo identificar los Sistemas de costos utilizados actualmente en el área de Salud en Chile. Su respuesta contribuirá significativamente en la actualización de la literatura vigente actualmente en nuestro país.

Asimismo, los resultados ayudarán a analizar si los planes y programas de estudios de las Universidades se encuentran actualizados en relación a estas temáticas, por lo que solicitamos a usted dar respuesta al siguiente cuestionario. Recalcar una vez más que toda información entregada se utilizará exclusivamente en la presente investigación, resguardando privacidad y anonimato.

I. Identificación de la Organización

Esta sección está destinada a caracterizar la compañía para una correcta evaluación.

1. Razón social de la Empresa:

2. Tipo de financiamiento:

Marca solo un óvalo.

A). Privado

B). Público

C). Mixto

Otro:

3. Nombre de Fantasía:

4. Giro o actividad económica:

5. **Número de pacientes o usuarios atendidos:**

6. **Número de trabajadores:**

.....

7. **Nombre encuestado :**

.....

8. **Cargo que desempeña en la organización :**

.....

9. **Antigüedad en la empresa:**

.....

10. **Nombre del Departamento encuestado o
Área donde se determinan los costos:**

.....

11. **Forma de pago de los usuarios**

Selecciona todos los que correspondan.

- A). FONASA
- B). ISAPRE
- C). DIPRECA
- D). Convenios
- Otro:

II. Servicios Prestados

Esta sección está destinada a identificar los Servicios finales ofrecidos por las organizaciones con el propósito de influir en el proceso de identificación de los objetos de costo.

12. Los servicios prestados por la entidad son:

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Únicos (de acuerdo a especificaciones de cada paciente).
- B). Estándar (se prestan gran cantidad de servicios similares).
- C). Algunos con características específicas y otros estándar.

13. Nombre de los Servicios Prestados:

.....
.....

.....

14. Servicios de atención prestados :

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Atención primaria
- B). Atención secundaria
- Otro:

III. Acumulación de Costos

Esta sección está destinada a identificar la medición de Costos en la Organización

15. ¿ Determina los Costos?

Marca solo un óvalo.

- SI
- NO
- Otro:

16. ¿Utiliza algún software para la determinación de los costos?

Marca solo un óvalo.

- SÍ
 NO

17. Respecto a la pregunta anterior ¿Cuál es el nombre del software utilizado? solo si su respuesta es afirmativa

.....

18. El cálculo del costo es realizado :

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Diariamente
 B). Semanalmente
 C). Mensualmente
 D). Semestralmente
 E). Anualmente
 Otro:

19. Seleccione aquellos elementos que considera como parte del costo del servicio :

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Materia prima directa
 B). Mano de obra directa
 C). Costos indirectos de fabricación variables
 D). Costos indirectos de fabricación fijos
 E). Gastos de administración
 F). Gastos de venta
 G). Gastos de distribución
 H). Gastos financieros
 I). Costos departamentos de apoyo
 Otro:

20. Clasifica los costos como :

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Directos e indirectos
- B). Fijos y Variables
- C). De producción y de operación

21. Los costos de producción se acumulan o agrupan :

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Por centro de costos
- B). Por servicios
- C). Por lote de producción
- D). Por proceso o departamento
- F). Por órdenes de trabajo
- G). Por centros de responsabilidad
- H). Por etapas dentro de la cadena de valor
- I). No se acumulan los costos de producción
- Otro:

22. Los costos totales se distribuyen en :

Marca solo un óvalo.

- A). Solo entre los servicios terminados
- B). Entre los servicios terminados y aquellos que aún no han terminado el proceso producción
- C). Los costos totales no se distribuyen entre los servicios

23. Los costos del servicio son determinados :

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Antes del periodo
- B). Después del periodo

24. Si determina los costos del servicio antes del periodo indique la metodología que utiliza para ello :

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Estándares técnicos
- B). Estimaciones en base a información histórica de la empresa
- Otro:

25. **En la empresa existen departamentos de apoyo de :**

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Logística interna
- B). Logística externa
- C). Almacenaje
- D). Distribución
- E). No existen
- Otro:

26. **¿Los costos de los departamentos de apoyo se asignan a los servicios?(Responda solo si existen departamentos de apoyo en su entidad)**

Marca solo un óvalo.

- A). SI
- B). NO

27. **¿Qué método utiliza para asignar los departamentos de apoyo ?**

Marca solo un óvalo.

- A) Método Directo
- B) Método Escalonado
- C) Método Algebraico
- D) Método ABC
- E) Ninguno
- Otro:

28. **¿ Realiza medición de costos de calidad ?**

Marca solo un óvalo.

- A). SI
- B). NO

29. **Mide costos de calidad de : (Responda solo si se realiza medición de costos de calidad)**

Selecciona todos los que correspondan.

- A).Prevención
- B).Inspección
- C). Fallas internas
- D). Fallas externas
- E) No existen
- Otro:

30. **Responda solo si la empresa posee servicios o procesos conjuntos. Se asignan los costos a los subproductos o subservicios**

Marca solo un óvalo.

- A). SI
 B). NO

31. **¿Qué método de valorización de inventario utiliza?**

Marca solo un óvalo.

- A). PEPS (primero en entrar primero en salir)
 B). UEPS (Últimas entradas, primeras en Salir)
 C). PPP (precio promedio ponderado)
 D) Identificación específica
 E) No realiza
 Otro:

32. **Los costos son calculados :**

Marca solo un óvalo.

- A). Hasta que el servicio es terminado
 B). Hasta que el servicio termina su ciclo de vida
 C) No son calculados
 Otro:

33. **¿Cuál es el tratamiento de los productos o servicios dañados?**

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Son considerados como pérdida
 B). Son cargados como costo del servicio
 C). No se realiza ningún tratamiento
 Otro:

IV. Costos Indirectos de Fabricación

Esta sección está destinada a identificar la composición de los costos indirectos asignados a los objetos de costo.

34. Los costos indirectos son agrupados :

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Por relación con el producto
- B). Según la relación con el volumen de producción
- C). Por actividades generadoras del costo
- D). No son agrupados
- Otro:

35. Tras determinar los costos indirectos de fabricación (CIF) estos son asignados a :

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Los servicios
- B). Las actividades
- C). Los departamentos
- D). Primero a las actividades y luego a los servicios
- E). Primero a los departamentos y luego a los servicios
- F). Primero a los departamentos, luego a las actividades y finalmente a los servicios
- G). No se asignan
- Otro:

36. Los CIF son asignados de acuerdo a :

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Una sola tasa de asignación
- B). Una tasa de asignación para cada grupo de costos
- C). Una tasa de asignación para cada actividad
- D). Una tasa de asignación para los costos fijos
- F). Una tasa de asignación para los costos variables
- G). No se asignan
- Otro:

37. ¿Cómo distribuyen los costos Indirectos de Fabricación al paciente?

Marca solo un óvalo.

- A). Una solo tasa de asignación
- B). Doble tasa
- C). Multitasa
- D). En relación a las actividades
- E). No se distribuyen
- Otro:

38. **¿Cuál es el criterio que utiliza para la asignación de los Costos Indirectos de Fabricación al paciente ?**

39. **Seleccione el o los criterios que utiliza para distribuir los costos indirectos de fabricación :**

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Número de servicios producidos
- B). Costo de los materiales
- C). Costo de mano de obra
- D). Horas de mano de obra
- E). Horas máquina
- Otro:

40. **¿Qué criterio utilizar para determinar la o las tasas de asignación?**

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Método estadístico
- B). Juicio personal
- C). Costo- beneficio
- D). Causa efecto
- E). Beneficio percibidos

41. **¿Nombre del método estadístico para determinar la o las tasas de asignación? (sólo en caso de usar)**

.....

42. **Obtiene los costos de los servicios del o los departamentos de :**

Selecciona todos los que correspondan.

- A). Producción
- B). Administración
- C). Ventas
- D). Marketing
- E). Pre - Venta
- F). Logística y Distribución
- G). Finanzas
- Otro:

Fuente: Elaboración propia.

Anexo N° 2 Respuesta cuestionario

Pregunta 12	Los Servicios prestados por la entidad son:	A)	B)	C)
A)	Únicos (de acuerdo a especificaciones de cada cliente).	x		
B)	Estándar (se fabrica un gran volumen de unidades similares).		x	
C)	Algunos con características específicas y otros estándar			x
	RESULTADO	O.T	POR PROCESO	MEZCLA

O.T: Orden de Trabajo

Pregunta 19	Selecciones aquellos elementos que considera como parte del costo del producto	A)	B)	C)	D)	E)
A)	Materia prima directa	x	x	x	x	x
B)	Mano de obra directa	x	x	x	x	x
C)	Costos indirectos de fabricación variables	x	x	x	x	x
D)	Costos indirectos de fabricación fijos		x	x	x	x
E)	Gastos de administración			x		x
F)	Gastos de venta			x		
G)	Gastos de distribución				x	
H)	Gastos financieros					x
I)	Costos departamentos de apoyo			x		
	RESULTADO	C. Variable	C. Absorbente	Pleno	C. Logística	C. Servir

Pregunta 21	Los costos de producción se acumulan o agrupan	A)	B)	C)	D)	E)	F)	G)	H)
A)	Por centro de costos	x							
B)	Por productos		x						
C)	Por costeo por proceso								
D)	Por proceso o departamento			x	x				
E)	Por órdenes de trabajo					x			
F)	Por centros de responsabilidad						x		
G)	Por etapas dentro de la cadena de valor							x	
H)	No se acumulan los costos de producción.								x
	RESULTADO	Centro de R.	O.T	Por proceso	Por proceso	O.T	Centros de R.	cadena de valor	Mezcla

Pregunta 22	Los costos totales se distribuyen en :	A)	B)	C)
A)	Solo entre las unidades terminadas.	x		
B)	Entre las unidades terminadas y unidades en proceso.		x	
C)	Los costos totales no se distribuyen entre las unidades terminadas			x
	RESULTADO	Variable	Absorbente	Flujo Inverso

Pregunta 23	Los costos del producto son determinados :	A)	B)
A)	Antes del periodo.	x	

B)	Después del periodo		x
	RESULTADO	Histórico	Estimado o Predeterminado
Pregunta 24	Si determina los costos del servicio antes del periodo indique la metodología que utiliza para ello	A)	B)
A)	Estándares técnicos	x	
B)	Estimaciones técnicas de un experto en el área		x
	RESULTADO	Estándar	Estimado

Pregunta 26	¿Los costos de los departamentos de apoyo se asignan a los servicios?(Responda solo si existen departamentos de apoyo en su entidad)	A)	B)
A)	SI	x	
B)	NO		x
RESULTADO		Costeo absorbente	Costeo directo

Pregunta 27	¿Qué método utiliza para asignar los costos de los departamentos de apoyo?		
A)	Método directo		x
B)	Método escalonado		x
C)	Método algebraico		x
D)	ABC		x
E)	Ninguno		x
RESULTADO	Para saber que método de asignación utiliza		

Pregunta 34	Los costos indirectos son agrupados	A)	B)	C)
A)	Por la relación con el producto o no	x		
B)	Según la relación con el volumen de producción		x	
C)	Por actividades generadoras del costo			x
D)	Otro:			
	RESULTADO	COSTEO ABSORBENTE	COSTEO DIRECTO	COSTEO ABC

Pregunta 35	Tras determinar los costos indirectos de fabricación estos son asignados a:	A)	B)	C)	D)	E)	F)
A)	Los Servicios	x					
B)	Las actividades		x				
C)	Los departamentos			x			
D)	Primero a las actividades y luego a los servicios				x		
E)	Primero a los departamentos y luego a los servicios					x	
F)	Primero a los departamentos, luego a las actividades y finalmente a los servicios.						x
G).	No se asignan						
H)	Otro:						
	RESULTADO	C. ABSORBENTE	C. ABC	C. ABSORBENTE	C. ABC	C. ABSORBENTE	ABC

Pregunta 36	Los CIF son asignados de acuerdo a :	A)	B)	C)	D)
A)	Una sola tasa de asignación	x			
B)	Una tasa de asignación para cada grupo de costos.		x		
C)	Una tasa de asignación para cada actividad			x	
D)	Una tasa de asignación para los costos fijos				x
E)	Una tasa de asignación para los costos variables				x
F)	No se asignan				
	RESULTADO	Tasa Única	Multi-tasa	ABC	Tasa Doble

Pregunta 39	Seleccione el o los criterios que utiliza para distribuir los costos indirectos de fabricación :	
A)	Número de unidades producidas.	x
B)	Costo de los materiales.	x
C)	Costo de mano de obra.	x
D)	Horas de mano de obra.	x
E)	Horas máquina	x
F)	Otro:	x
RESULTADO	Solo nos indica que criterio es el más utilizado	

Pregunta 40	¿Qué criterio utilizar para determinar la o las tasas de asignación?	
A)	Método estadístico	x
B)	Juicio personal	x
C)	Relación costo- beneficio	x
D)	Relación causa efecto	x
E)	Beneficio percibidos	x
F)	Otro:	x
RESULTADO	Nos indica que criterio es el más utilizado	

Pregunta 42	Obtiene los costos indirectos del producto del o de los departamentos de :	A)	B)	C)	D)	E)
A)	Producción	x	x	x	x	x
B)	Administración		x	x	x	x
C)	Ventas		x	x	x	x
D)	Marketing					x
E)	Pre- venta					x
F)	Logística y distribución				x	
G)	Finanzas		x	x		
H)	Otro:					
	RESULTADO	Variable o Absorbente	Costeo Pleno	RKW	C. Logística	Costo de Servir

Anexo N° 3 Cesfam en Chile

1.	Centro de Salud Familiar Víctor Bertín Soto Belén
2.	Centro de Salud Familiar Dr. Amador Neghme de Arica
3.	Centro de Salud Familiar Iris Véliz Hume (Ex Oriente)
4.	Centro de Salud Familiar Putre
5.	Centro de Salud Familiar Remigio Sapunar
6.	Centro de Salud Familiar Cirujano Aguirre
7.	Centro de Salud Familiar Cirujano Videla
8.	Centro de Salud Familiar Cirujano Guzmán
9.	Centro de Salud Familiar Dr. Juan Marquez Vismarra
10.	Centro de Salud Familiar Sur de Iquique
11.	Centro de Salud Familiar Norte de Antofagasta
12.	Centro de Salud Familiar Centro Sur de Antofagasta
13.	Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de Antofagasta
14.	Centro de Salud Familiar Montt
15.	Centro de Salud Familiar Santa Elvira
16.	Centro de Salud Familiar Rosario Corvalán
17.	Centro de Salud Familiar Juan Martínez
18.	Centro de Salud Familiar Pedro León Gallo
19.	Centro de Salud Familiar RosarioPalomar
20.	Centro de Salud Familiar Manuel Rodríguez
21.	Centro de Salud Familiar Paipote
22.	Centro de Salud Familiar Dr. Luis Herrera
23.	Centro de Salud Familiar Estación
24.	Centro de Salud Familiar Freirina
25.	Centro de Salud Familiar Hermanos Carrera
26.	Centro de Salud Familiar Baquedano
27.	Centro de Salud Familiar Joan Crawford Astudillo
28.	Centro de Salud Familiar Dr. Bernardo Mellibovsky
29.	Centro de Salud Familiar Cardenal Caro
30.	Centro de Salud Familiar Las Compañías
31.	Centro de Salud Familiar Pedro Aguirre Cerda
32.	Centro de Salud Familiar San Juan
33.	Centro de Salud Familiar Santa Cecilia
34.	Centro de Salud Familiar Tierras Blancas Linares
35.	Centro de Salud Familiar Jorge Jordán Domic
36.	Centro de Salud Familiar Cardenal Raúl Silva Henríquez de La Serena
37.	Centro de Salud Familiar Marcos Macuada
38.	Centro de Salud Familiar Dr. Sergio Aguilar Delgado
39.	Centro de Salud Familiar Sotaquí
40.	Centro de Salud Familiar Placeres
41.	Centro de Salud Familiar Reina Isabel II
42.	Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry
43.	Centro de Salud Familiar Las Cañas

44.	Centro de Salud Familiar San Antonio
45.	Centro de Salud Familiar Barrancas
46.	Centro de Salud Familiar Néstor Fernández Thomas
47.	Centro de Salud Familiar 30 de Marzo
48.	Centro de Salud Familiar Padre Damián Molokai
49.	Centro de Salud Familiar Diputado Manuel Bustos Huerta de San Antonio
50.	Centro de Salud Familiar Nueva Aurora
51.	Centro de Salud Familiar Cienfuegos
52.	Centro de Salud Familiar Miraflores (Viña del Mar)
53.	Centro de Salud Familiar Gómez Carreño
54.	Centro de Salud Familiar Marco Maldonado
55.	Centro de Salud Familiar Concón
56.	Centro de Salud Familiar Lusitania
57.	Centro de Salud Familiar Ventanas
58.	Centro de Salud Familiar Puchuncaví
59.	Centro de Salud Familiar Manuel Lucero. Olmué
60.	Centro de Salud Familiar Boco
61.	Centro de Salud Familiar San Pedro
62.	Centro de Salud Familiar La Palma
63.	Centro de Salud Familiar Artificio
64.	Centro de Salud Familiar Hijuelas
65.	Centro de Salud Familiar Nogales
66.	Centro de Salud Familiar El Melón
67.	Centro de Salud Familiar Dr. Juan Carlos Baeza
68.	Centro de Salud Familiar Brígida Zavala
69.	Centro de Salud Familiar Las Torres
70.	Centro de Salud Familiar Chicolco
71.	Centro de Salud Familiar Juan Bautista Bravo Vega
72.	Centro de Salud Familiar Reñaca Alto Dr. Jorge Kaplan
73.	Centro de Salud Familiar Alcalde Iván Manríquez
74.	Centro de Salud Familiar Papudo
75.	Centro de Salud Familiar Zapallar
76.	Centro de Salud Familiar Llaillay
77.	Centro de Salud Familiar Rinconada
78.	Centro de Salud Familiar San Esteban
79.	Centro de Salud Familiar Catemu
80.	Centro de Salud Familiar Putaendo
81.	Centro de Salud Familiar San Felipe "El Real"
82.	Centro de Salud Familiar Cordillera Andina (Urbano 2)
83.	Centro de Salud Familiar Centenario (Urbano 1)
84.	Centro de Salud Familiar Pedro Aguirre Cerda
85.	Centro de Salud Familiar Santa María
86.	Centro de Salud Familiar Curimón
87.	Centro de Salud Familiar Panquehue El Peral
88.	Centro de Salud Familiar Dr. Segismundo Iturra (Consultorio N° 2)

89.	Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo
90.	Centro de Salud Familiar Recoleta
91.	Centro de Salud Familiar Lucas Sierra
92.	Centro de Salud Familiar Quinta Bella
93.	Centro de Salud Familiar Valdivieso
94.	Centro de Salud Familiar Dr. Juan Petrinovic (Ex Scroggie)
95.	Centro de Salud Familiar Alberto Bachelet Martínez
96.	Centro de Salud Familiar José Symon Ojeda
97.	Centro de Salud Familiar Colina
98.	Centro de Salud Familiar Batuco
99.	Centro de Salud Familiar Juanita Aguirre
100.	Centro de Salud Familiar Esmeralda
101.	Centro de Salud Familiar El Barrero
102.	Centro de Salud Familiar Huertos Familiares
103.	Centro de Salud Familiar Juan Antonio Ríos
104.	Centro de Salud Familiar Dr. Salvador Allende Gossens (Huechuraba)
105.	Centro de Salud Familiar Presidente Salvador Allende Gossens
106.	Centro de Salud Familiar Cristo Vive (ONG)
107.	Centro de Salud Familiar Peñaflores
108.	Centro de Salud Familiar Andes
109.	Centro de Salud Familiar Pablo Neruda
110.	Centro de Salud Familiar Lo Franco
111.	Centro de Salud Familiar Garín
112.	Centro de Salud Familiar Lo Amor
113.	Centro de Salud Familiar Cerro Navia Sado
114.	Centro de Salud Familiar Dr. Raúl Yazigi
115.	Centro de Salud Familiar Dr. Avendaño
116.	Centro de Salud Familiar Dr. Gustavo Molina
117.	Centro de Salud Familiar Violeta Parra
118.	Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Albertz
119.	Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de Padre Hurtado
120.	Centro de Salud Familiar Dr. Fernando Monckeberg
121.	Centro de Salud Familiar Isla de Maipo
122.	Centro de Salud Familiar Dr. Francisco Boris Soler Valdés
123.	Centro de Salud Familiar San Manuel
124.	Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Allende Jones
125.	Centro de Salud Familiar N° 1 Dr. Ramón Corbalán Melgarejo
126.	Centro de Salud Familiar Lo Valledor Norte
127.	Centro de Salud Familiar Dr. Norman Voulliéme
128.	Centro de Salud Familiar San José de Chuchunco
129.	Centro de Salud Familiar Enfermera Sofía Pincheira
130.	Centro de Salud Familiar Dr. José Eduardo Ahués Salame
131.	Centro de Salud Familiar Dra. Ana María Juricic
132.	Centro de Salud Familiar Dr. Iván Insunza
133.	Centro de Salud Familiar Clotario Blest

134	Centro de Salud Familiar Dr. Carlos Godoy
135	Centro de Salud Familiar Ignacio Domeyko Cueto
136	Centro de Salud Familiar Dr. Hernán Alessandri
137	Centro de Salud Familiar Aguilucho
138	Centro de Salud Familiar Aníbal Ariztía
139	Centro de Salud Familiar Vitacura
140	Centro de Salud Familiar Rosita Renard
141	Centro de Salud Familiar Salvador Bustos
142	Centro de Salud Familiar Félix de Amesti
143	Centro de Salud Familiar Santa Julia
144	Centro de Salud Familiar La Reina
145	Centro de Salud Familiar Lo Hermida
146	Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado
147	Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez
148	Centro de Salud Familiar Padre Gerardo Whelan
149	Centro de Salud Familiar San Joaquín
150	Centro de Salud Familiar Recreo
151	Centro de Salud Familiar Dr. Amador Neghme Alhué
152	Centro de Salud Familiar La Feria
153	Centro de Salud Familiar Padre Esteban Gumucio Vives
154	Centro de Salud Familiar Dra. Mariela Salgado Zepeda
155	Centro de Salud Familiar Dr. Carlos Lorca
156	Centro de Salud Familiar Cóndores Chile
157	Centro de Salud Familiar Santa Laura
158	Centro de Salud Familiar Paine
159	Centro de Salud Familiar Sor Teresa Los Andes
160	Centro de Salud Familiar Dr. Mario Salcedo Sepúlveda
161	Centro de Salud Familiar Padre Joan Alsina
162	Centro de Salud Familiar Orlando Letelier
163	Centro de Salud Familiar Edgardo Enríquez Froedden
164	Centro de Salud Familiar Juan Pablo II
165	Centro de Salud Familiar Dr. Héctor García García Errázuriz
166	Centro de Salud Familiar El Manzano
167	Centro de Salud Familiar Pueblo Lo Espejo
168	Centro de Salud Familiar Los Castaños
169	Centro de Salud Familiar Villa O'Higgins
170	Centro de Salud Familiar La Granja
171	Centro de Salud Familiar La Bandera
172	Centro de Salud Familiar Pablo de Rokha
173	Centro de Salud Familiar Dr. José Manuel Balmaceda
174	Centro de Salud Familiar Santiago de Nueva Extremadura
175	Centro de Salud Familiar San Gerónimo
176	Centro de Salud Familiar Vista Hermosa
177	Centro de Salud Familiar Malaquías Concha
178	Centro de Salud Familiar Santo Tomás

179	Centro de Salud Familiar Flor Fernández
180	Centro de Salud Familiar El Roble
181	Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton
182	Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez de Puente Alto
183	Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca
184	Centro de Salud Familiar Madre Teresa de Calcuta (Delegado)
185	Centro de Salud Familiar Santa Amalia
186	Centro de Salud Familiar Granja Sur
187	Centro de Salud Familiar Karol Wojtyła
188	Centro de Salud Familiar Metropolitano Sur Oriente La Pintana Delegado
189	Centro de Salud Familiar
190	Centro de Salud Familiar Juan Pablo II
191	Centro de Salud Familiar Poetisa Gabriela Mistral
192	Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado
193	Centro de Salud Familiar La Florida
194	Centro de Salud Familiar Jose Alvo
195	Centro de Salud Familiar Enrique Dinstrans (N° 1)
196	Centro de Salud Familiar Eduardo Geyter (N° 2)
197	Centro de Salud Familiar Abel Zapata (N° 3)
198	Centro de Salud Familiar María Latiffe (N° 4)
199	Centro de Salud Familiar Juan Chiorrini (N° 5)
200	Centro de Salud Familiar Machalí Castro N° 398 072-204957
201	Centro de Salud Familiar San Francisco Mostazal
202	Centro de Salud Familiar Codegua
203	Centro de Salud Familiar Doñihue
204	Centro de Salud Familiar Coltauco
205	Centro de Salud Familiar Requínoa
206	Centro de Salud Familiar Las Cabras
207	Centro de Salud Familiar Peralillo
208	Centro de Salud Familiar La Estrella
209	Centro de Salud Familiar Chépica
210	Centro de Salud Familiar Chacabuco
211	Centro de Salud Familiar Santa Cruz
212	Centro de Salud Familiar Lo Miranda
213	Centro de Salud Familiar Rosario
214	Centro de Salud Familiar Oriente de San Fernando
215	Centro de Salud Familiar N° 6
216	Centro de Salud Familiar de Malloa
217	Centro de Salud Familiar de Pelequen
218	Centro de Salud Familiar Olivar
219	Centro de Salud Familiar Rengo
220	Centro de Salud Familiar Sol de Septiembre
221	Centro de Salud Familiar Miguel Angel Arenas López
222	Centro de Salud Familiar Colón
223	Centro de Salud Familiar Curicó

224	Centro de Salud Familiar Lontué
225	Centro de Salud Familiar José Dionisio Astaburuaga
226	Centro de Salud Familiar La Florida
227	Centro de Salud Familiar Julio Contardo Urzúa
228	Centro de Salud Familiar Valentín Letelier Rengo
229	Centro de Salud Familiar San Juan Dios de Linares
230	Centro de Salud Familiar Villa Alegre
231	Centro de Salud Familiar Arrau Méndez
232	Centro de Salud Familiar Pencahue
233	Centro de Salud Familiar San Clemente
234	Centro de Salud Familiar Maule
235	Centro de Salud Familiar Pelarco Catedral
236	Centro de Salud Familiar Cumpeo
237	Centro de Salud Familiar Colbún
238	Centro de Salud Familiar Ignacio Carrera Pinto
239	Centro de Salud Familiar Panimávida
240	Centro de Salud Familiar Amanda Benavente
241	Centro de Salud Familiar Marta Estévez
242	Centro de Salud Familiar Oscar Bonilla
243	Centro de Salud Familiar San Rafael (San Rafael)
244	Centro de Salud Familiar Sagrada Familia
245	Centro de Salud Familiar Villa Prat
246	Centro de Salud Familiar Vichuquén
247	Centro de Salud Familiar Romeral
248	Centro de Salud Familiar Armando Williams
249	Centro de Salud Familiar Sarmiento
250	Centro de Salud Familiar Carlos Trupp
251	Centro de Salud Familiar Cerro Alto
252	Centro de Salud Familiar Rauco
253	Centro de Salud Familiar Empedrado
254	Centro de Salud Familiar Morza
255	Centro de Salud Familiar Comalle
256	Centro de Salud Familiar Los Niches Villa Sta Elena
257	Centro de Salud Familiar Las Américas
258	Centro de Salud Familiar Dr. Ricardo Valdés Hurtado
259	Centro de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz Gidi
260	Centro de Salud Familiar Violeta Parra
261	Centro de Salud Familiar San Ramón Nonato
262	Centro de Salud Familiar Ultraestación
263	Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme
264	Centro de Salud Familiar Portezuelo
265	Centro de Salud Familiar Quillón
266	Centro de Salud Familiar Cobquecura
267	Centro de Salud Familiar San Ignacio
268	Centro de Salud Familiar San Fabián

269	Centro de Salud Familiar Pemuco
270	Centro de Salud Familiar Dr. José Duran Trujillo
271	Centro de Salud Familiar San Nicolás
272	Centro de Salud Familiar San Gregorio
273	Centro de Salud Familiar Dr. David Benavente de Ninhue
274	Centro de Salud Familiar Campanario
275	Centro de Salud Familiar Ñipas
276	Centro de Salud Familiar Pinto
277	Centro de Salud Familiar Coihueco
278	Centro de Salud Familiar Quiriquina
279	Centro de Salud Familiar Quinchamalfí
280	Centro de Salud Familiar Los Volcanes
281	Centro de Salud Familiar Luis Montecinos
282	Centro de Salud Familiar Santa Clara
283	Centro de Salud Familiar Treguaco
284	Centro de Salud Familiar Dr. Federico Puga
285	Centro de Salud Familiar Teresa Baldechi
286	Centro de Salud Familiar Sol de Oriente
287	Centro de Salud Familiar Dra. Michelle Bachelet
288	Centro de Salud Familiar Pinares
289	Centro de Salud Familiar Boca Sur
290	Centro de Salud Familiar Pedro de Valdivia (Concepción)
291	Centro de Salud Familiar O'Higgins Salas
292	Centro de Salud Familiar Víctor Manuel Fernández
293	Centro de Salud Familiar Tucapel
294	Centro de Salud Familiar Chiguayante
295	Centro de Salud Familiar San Pedro de La Paz
296	Centro de Salud Familiar Lorenzo Arenas
297	Centro de Salud Familiar Juan Soto Fernández
298	Centro de Salud Familiar Carlos Pinto Fierro
299	Centro de Salud Familiar Lagunillas
300	Centro de Salud Familiar Yobilo
301	Centro de Salud Familiar La Leonera
302	Centro de Salud Familiar Dr. Sergio Lagos Olave (ex N° 4 Lota Bajo)
303	Centro de Salud Familiar Santa Sabina
304	Centro de Salud Familiar Lomas Coloradas
305	Centro de Salud Familiar San Pedro de La Costa Fresia
306	Centro de Salud Familiar Juan Cartes Arias
307	Centro de Salud Familiar Hualqui Bulnes
308	Centro de Salud Familiar Villa Nonguén (Delegado)
309	Centro de Salud Familiar Hualpencillo
310	Centro de Salud Familiar San Vicente Brasil
311	Centro de Salud F Alcalde Leocán Portus
312	Centro de Salud Familiar Penco Freire
313	Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Reyes

314	Centro de Salud Familiar Bellavista
315	Centro de Salud Familiar Paulina Avendaño Pereda
316	Centro de Salud Familiar Los Cerros
317	Centro de Salud Familiar Talcahuano Sur
318	Centro de Salud Familiar La Floresta
319	Centro de Salud Familiar Nororiente de Los Ángeles
320	Centro de Salud Familiar Santa Fe
321	Centro de Salud Familiar Monte águila
322	Centro de Salud Familiar Lautaro Cáceres R.
323	Centro de Salud Familiar Dr. Carlos Echeverría Véjar
324	Centro de Salud Familiar 2 Septiembre
325	Centro de Salud Familiar Norte de Los Ángeles
326	Centro de Salud Familiar Paillihue
327	Centro de Salud Familiar Ralco
328	Centro de Salud Familiar Yumbel Estación
329	Centro de Salud Familiar Nuevo Horizonte
330	Centro de Salud Familiar Miraflores (Temuco)
331	Centro de Salud Familiar Freire
332	Centro de Salud Familiar Villa Alegre
333	Centro de Salud Familiar Santa Rosa
334	Centro de Salud Familiar Amanecer
335	Centro de Salud Familiar Padre Las Casas
336	Centro de Salud Familiar Pueblo Nuevo
337	Centro de Salud Familiar Melipeuco
338	Centro de Salud Familiar Teodoro Schmidt
339	Centro de Salud Familiar Los Laureles
340	Centro de Salud Familiar Chol Chol
341	Centro de Salud Familiar Trovolhue
342	Centro de Salud Familiar Villarrica
343	Centro de Salud Familiar Las Colinas Mañil
344	Centro de Salud Familiar Quepe Condell
345	Centro de Salud Familiar Nueva Imperial
346	Centro de Salud Familiar Pulmahue
347	Centro de Salud Familiar Lautaro
348	Centro de Salud Familiar Pedro de Valdivia (Temuco)
349	Centro de Salud Familiar Lican Ray
350	Centro de Salud Familiar Hualpín
351	Centro de Salud Familiar Labranza
352	Centro de Salud Familiar Metodista (Delegado)
353	Centro de Salud Familiar Las Ánimas
354	Centro de Salud Familiar Dr. Jorge Sabat Gozalo (Ex Gil de Castro)
355	Centro de Salud Familiar Panguipulli
356	Centro de Salud Familiar Dr. Alfredo Gantz Mann
357	Centro de Salud Familiar Niebla
358	Centro de Salud Familiar Angachilla

359	Centro de Salud Familiar Dr. Pedro Jáuregui
360	Centro de Salud Familiar Dr. Marcelo Lopetegui Adams
361	Centro de Salud Familiar Ovejería
362	Centro de Salud Familiar Rahue Alto Real
363	Centro de Salud Familiar Entre Lagos
364	Centro de Salud Familiar San Pablo Colón
365	Centro de Salud Familiar Pampa Alegre
366	Centro de Salud Familiar Purranque
367	Centro de Salud Familiar Practicante Pablo Araya (Ex Río Negro)
368	Centro de Salud Familiar Quinto Centenario
369	Centro de Salud Familiar Bahía Mansa Bahía Mansa
370	Centro de Salud Familiar Angelmó
371	Centro de Salud Familiar Antonio Varas
372	Centro de Salud Familiar Carmela Carvajal
373	Centro de Salud Familiar Techo para todos (ONG)
374	Centro de Salud Familiar Los Muermos
375	Centro de Salud Familia N° 1 Puerto Varas Puerto Varas
376	Centro de Salud Familiar Frutillar Alto Frutillar Centro de Salud Familiar Los Volcanes
377	Centro de Salud Familiar Río Negro Hornopirén
378	Centro de Salud Familiar Padre Hurtado
379	Centro de Salud Familiar San Pablo Mirasol (ONG)
380	Centro de Salud Familiar Alerce Alerce
381	Centro de Salud Familiar Dr. Juan Damianovic
382	Centro de Salud Familiar 18 Septiembre
383	Centro de Salud Familiar Dr. Thomas Fenton
384	Centro de Salud Familiar Carlos Ibáñez
385	Centro de Salud Familiar Lebu Norte
386	Centro de Salud Familiar Eleuterio Ramírez
387	Centro de Salud Familiar Los Álamos
388	Centro de Salud Familiar Laraquete
389	Centro de Salud Familiar Carampangue
390	Centro de Salud Familiar Renaico
391	Centro de Salud Familiar Huequén
392	Centro de Salud Familiar Alemania de Angol Baviera
393	Centro de Salud Familiar Piedra de Águila Cautín
394	Centro de Salud Familiar Victoria
395	Centro de Salud Familiar Pudeto Bajo
396	Centro de Salud Familiar Chonchi
397	Centro de Salud Familiar Dalcahue
398	Centro de Salud Familiar Puqueldón
399	Centro de Salud Familiar Curaco de Vélez
400	Centro de Salud Familiar Castro Alto Castro
401	Centro de Salud Familiar Dr. Manuel Ferreira de Ancud
402	Centro de Salud Familiar Quellon

403	Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi
-----	--

Fuente: Elaboración propia.

Anexo N° 4 Hospitales en Chile

1. Hospital Dr. Exequiel González Cortés
2. Hospital Padre Alberto Hurtado
3. Hospital San Juan de Dios de Santiago
4. Hospital Clínico de la Fundación de Salud El Teniente
5. Hospital San Juan de Dios de Los Andes
6. Hospital del Profesor
7. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile
8. Hospital Josefina Martínez
9. Hospital de Tomé
10. Hospital San Camilo
11. Hospital Base Valdivia
12. Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena
13. Hospital Barros Luco Trudeau
14. Hospital TalaganteHospital y CRS El Pino
15. Hospital Dr. Juan Hepp de Purrانque
16. Hospital San Pablo de Coquimbo
17. Hospital San Carlos
18. Hospital San José de Coronel
19. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse
20. Hospital del Cobre Dr. Salvador Allende GossensHospital del Trabajador
21. Hospital Militar del Norte
22. Hospital de Quilpué
23. Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani
24. Hospital Clínico Herminda Martín
25. Hospital Clínico Viña del Mar
26. Hospital Doctor Gustavo Fricke
27. Hospital Modular San Antonio de Putaendo
28. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna
29. Hospital Clínico San Borja-Arriarán
30. Hospital Penco-Lirquén
31. Hospital Dr. Marcos Chamorro Iglesias
32. Hospital Las Higueras de Talcahuano
33. Hospital de LinaresHospital de Niños y Cunas de Viña del Mar
34. Hospital de La Familia y La Comunidad de Laja
35. Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez
36. Hospital Dr. Claudio Vicuña
37. Hospital Dr. Abraham Godoy Peña Hospital Comunitario De Salud Familiar El

Carmen
38. hospital Comunitario y Familiar de Nacimiento
39. Hospital San Juan de Dios de La Serena
40. Hospital Regional de Coyhaique
41. Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia de Huépil
42. Hospital de Niños Roberto del Río
43. Hospital San Juan de Dios de San Fernando
44. Hospital Psiquiátrico El Peral
45. Hospital Geriátrico Paz de la Tarde de LimacheHospital de la Familia y Comunidad de Mulchén
46. Hospital de Chimbarongo
47. Hospital de Urgencia Asistencia Pública
48. Hospital Dr. Oscar Hernández Escobar de Curacautín
49. Hospital Base San José de Osorno
50. Hospital Dr. Mauricio Heyermann Torres de Angol
51. Hospital San José de Victoria
52. Hospital de Litueche
53. Hospital de Pichilemu
54. Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue
55. Hospital de Marchigüe
56. Hospital Adriana Cousiño de Quintero
57. Hospital Traumatológico de Concepción
58. Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas de Ovalle
59. Hospital Regional de Rancagua
60. Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta
61. Hospital Comunitario de Salud Familiar de Yungay
62. Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder
63. Hospital del Salvador
64. Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas
65. Hospital San José de Melipilla
66. Hospital San Juan de Dios de CuricóHospital de Vilcún
67. Hospital de Toltén
68. Hospital de Quellón
69. Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel
70. Hospital Carlos Van Buren
71. Hospital Regional de Talca Dr. César Garavagno Burotto
72. Hospital Comunitario Salud Familiar Bulnes
73. Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda
74. Hospital de Maullín
75. Hospital Regional de Copiapó San José del Carmen
76. Hospital de Castro
77. Hospital de la Familia y la Comunidad Santa Bárbara

Fuente: Elaboración propia.

Anexo N° 5 Clínicas en Chile

1. Clínica Dávila
2. Clínica Las Condes
3.
4. Clínica Ciudad del Mar
5. Clínica Mutual de Seguridad C.CH.C. de Valdivia
6. Clínica Mutual de Seguridad C.CH.C. de Osorno
7. Clínica Santa María
8. Clínica Vespucio
9. Clínica Magallanes
10. Clínica Reñaca
11. Clínica INDISA
12. Clínica Las Lilas
13. Clínica de Atención Ambulatoria Mutual de Seguridad C.CH.C. Concepción
14. Clínica Salud Integral
15. Clínica Universidad Católica
16. Clínica La Portada
17. Clínica Familia
18. Clínica Antofagasta
19. Clínica AvansaludClínica Los Coihues
20. Clínica San José de Arica
21. Hospital de Quilpué
22. Clínica Bicentenario
23. Clínica Los Tiempos
24. Clínica Isamédica
25. Clínica Colonial
26. Clínica Bío Bío
27. Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete S.A.
28. Clínica Regional del Elqui S.A.
29. Clínica Alemana de Santiago
30. Clínica El Loa
31. Clínica Mayor
32. Clínica Atacama
33. Clínica Tabancura
34. Clínica Alemana de Valdivia
35. Clínica Puerto Montt
36. Clínica ChillánClínica Los Andes
37. Hospital Clínico del Sur

Fuente: Elaboración propia.