

**130-19.11**

**INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL  
CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL  
PROCESO DE VENTA Y COBRO DE SERVICIOS DE SALUD  
(FACTURACIÓN - CARTERA -GLOSAS - IPS PÚBLICAS)**

**IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E.  
2013-2014-2015-2016-2017**

**CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA  
Santiago de Cali, noviembre de 2018  
CDVC-SOFP 31**



**INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL  
MODALIDAD ESPECIAL – PROCESO DE VENTA Y COBRO DE SERVICIOS  
DE SALUD (FACTURACIÓN - CARTERA -GLOSAS - IPS PÚBLICAS)  
IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E.  
2013-2014-2015-2016-2017**

Contralor departamental del Valle del Cauca	JOSÉ IGNACIO ARANGO BERNAL
Director operativo de control fiscal (E)	ALEXANDER SALGUERO ROJAS
Subdirectora operativa financiero y patrimonial	AMANDA MADRID PANESSO
Representante legal entidad auditada	ALBERTO JOSÉ MORALES CHALJUB
Auditores	WILMER ANCIZAR GUERRERO REYES-Líder CARLOS ALBERTO MARÍN BECERRA JOSÉ OSCAR MERCHAN MEDINA JENNY ELIZABETH GÓMEZ CASTRO AMANDA MADRID PANESSO
Apoyo contable	DIEGO MAURICIO LÓPEZ VALENCIA

## TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. HECHOS RELEVANTES .....	4
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA .....	6
3.1 CONTROL DE GESTIÓN.....	10
3.1.1 Contractual .....	13
3.1.2 Legalidad .....	17
3.1.3 Planes de mejoramiento.....	18
3.1.4 Control fiscal interno .....	19
3.2 CONTROL FINANCIERO .....	19
3.2.1 Estados contables .....	20
3.2.2 Gestión presupuestal.....	21
3.2.3 Gestión financiera .....	22
4. ANEXOS .....	26

## 1. HECHOS RELEVANTES

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) *“La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad”*.

El Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano SSSC, tiene entre sus propósitos la búsqueda de la equidad, mejor calidad en la prestación de los servicios de salud y eficiente manejo de los recursos. Se ha reformado constantemente desde el Decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990 iniciando la descentralización, en 1993 aparece la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, reafirmando la descentralización buscando un sistema de salud universal, eficiente y solidario.

La dirección del sistema a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, define un plan de beneficios conocido como Plan Obligatorio de Salud - POS. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS), hoy Administradoras de Planes de Beneficios (APB), deben garantizar el POS a los usuarios, mediante la contratación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS Públicas y Privadas - habilitadas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS). El aseguramiento tanto en el Régimen Contributivo RC- población con capacidad de pago y Régimen Subsidiado RS-población pobre y vulnerable sin capacidad de pago, muestra realidades y subjetividades de la problemática que significa lograr el aseguramiento universal y la calidad en la prestación del servicio.

*En el debate sobre la salud en Colombia en 2013, la Universidad del Rosario manifestó:*

*“La sostenibilidad económica de los hospitales se basa en cuántas personas enfermas atienden, porque de allí deriva cuánto pueden facturar para garantizar su funcionamiento. Las normas de eficacia, eficiencia, rentabilidad y libre competencia valen también para los servicios de salud, como cualquier otra industria o empresa fabricante de mercancías que se compran y se venden, y se establece el criterio de calidad que no conlleva el de calidez [...] el paciente es visto como un cliente, como un consumidor, un usuario y no ya como un ser humano frágil y necesitado de compasión, de afecto y de auxilio altruista y humanitario como se le consideraba antes cuando predominaba el principio de beneficencia sobre el de justicia y de autonomía.”<sup>1</sup>*

El Departamento del Valle del Cauca con una población proyectada a diciembre de 2017, según cifras Dane de 4.707.890, muestra una población afiliada al régimen contributivo de 2.471.496 un 52.50%, subsidiado de 1.726.057 el 36.66% y régimen excepción 55.723 el 1.18% para una cobertura total de 4.253.276 el 90.34 %, población sin asegurar, sin cobertura de 454.614 el 9.66 % y una población pobre no asegurada de 37.967 el 100%<sup>2</sup>

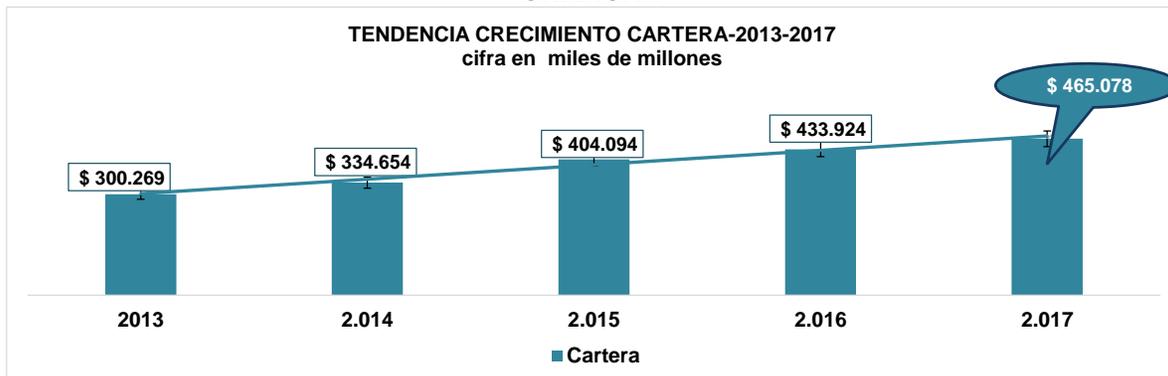
<sup>1</sup> Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia-2013

<sup>2</sup> <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx> Datos Única de Afiliados –BDUA

Las glosas entendidas como objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, determinadas al interior de la institución o por las entidades contratantes EPS, compañías de seguros, direcciones seccionales de salud y otras; son un factor de riesgo porque afectan la sostenibilidad financiera de los hospitales. Adoptar medidas estándar, sistematizar procesos del área financiera (facturación, cartera, glosa, tesorería, presupuesto, contabilidad) e implementar un sistema de control interno innovador, gestionando el conocimiento y la capacidad de aprendizaje, con valores, metas e infraestructura tecnológica adecuada permitiría el logro de los resultados esperados en la prestación del servicio ofertado por las IPS.

La cartera y su gestión se han convertido en un problema que afecta la liquidez y estabilidad financiera de las instituciones de salud en Colombia. Los 42 hospitales-IPS públicas objeto de auditoría muestran un crecimiento de \$164.809 millones 54.89% al pasar de \$300.269 millones en 2013 a \$465.078 millones a diciembre de 2017, mayor a 90 días a 31 de diciembre de 2017 asciende a \$357.200 millones un 76.80% y a 360 días \$225.429 millones un 48.47% del total. (Ver gráfica1)

**GRÁFICA 1**



Fuente: Sistema de Información Hospitales SIHO. Decreto 2193 de 2004 Hospitales objeto auditoría.

Un sistema de salud regulado con información contable confiable, responsabilidades y roles definidos, y mecanismos eficaces de conciliación, permitiría el flujo de recursos, siendo oportuno, garantizando la prestación del servicio con la calidad requerida, acorde a los postulados de la Constitución Política frente a los derechos fundamentales.

La relación asegurador-prestadora, requiere colaboración armónica y coordinación estratégica para lograr excelentes servicios de salud con calidad tanto en los procesos clínicos como administrativos, en un negocio donde prime el servicio y no la utilidad, ganen todos, especialmente los ciudadanos llamados: clientes-usuarios- pacientes.

## 2. CARTA DE CONCLUSIONES

Santiago de Cali,

Doctor  
ALBERTO JOSÉ MORALES CHALJUB  
Gerente (E)  
IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E.  
Cartago Valle

**Asunto: Informe de auditoría gubernamental con enfoque integral modalidad especial.**

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó auditoría con especial al proceso de venta y cobro de servicios de salud (Facturación - cartera -glosas - IPS públicas) vigencias 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, a la **IPS del Municipio de Cartago E.S.E.**, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en el proceso examinado.

La auditoría incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información rendida y la de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca después del análisis, la de producir un informe integral con el concepto sobre el examen practicado.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas de auditoría gubernamental colombianas (NAGC) compatibles con las normas internacionales de auditoría (NIAS) y con políticas y procedimientos de auditoría con enfoque integral prescritos por la Contraloría Departamental del Valle, consecuentes con las de general aceptación; por lo tanto, requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar nuestro concepto.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales; los estudios y análisis se encuentran debidamente

documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de la Subdirección Operativa Financiera y Patrimonial.

## **ALCANCE DE REVISIÓN DE LA CUENTA E INFORMES**

La auditoría a que se refiere el presente informe tuvo el siguiente alcance:

Se examinaron en el proceso de venta y cobro de servicios de salud (Facturación - cartera -glosas - IPS públicas) selectivamente las vigencias 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, los siguientes componentes y factores:

**Componente control de gestión:** ***Factor contractual-*** Establecer la oportunidad en la suscripción de los contratos con las diferentes aseguradoras. ***Factor legalidad-*** Cumplimiento de normas externa e internas aplicables en los componentes de control de gestión y financiero. ***Factor control fiscal interno-*** Calidad y efectividad de los controles del proceso evaluado.

**Componente control financiero:** ***Factor estados contables-*** Cuentas de los estados contables de los componentes relacionados con el proceso evaluado. ***Factor gestión presupuestal-*** Ejecución de los ingresos y en gastos revelados en los estados contables. ***Factor gestión financiera-*** Indicadores financieros en los procesos evaluados.

En el trabajo de auditoría no se presentaron limitaciones que afectaron el alcance de la auditoría.

Los hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la entidad dentro del desarrollo de la auditoría, las respuestas de la administración fueron analizadas y se incorporó en el informe, lo que se encontró debidamente soportado.

## **CONCEPTO SOBRE EL ANÁLISIS EFECTUADO**

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión en el proceso de venta y cobro de servicios de salud (Facturación - cartera -glosas - IPS públicas) vigencias 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, de la **IPS del Municipio de Cartago E.S.E., cumple parcialmente** con los principios evaluados (economía, eficiencia, eficacia), en los componentes y factores como consecuencia de los siguientes hechos:

### **Componente control de gestión**

**Factor contractual:** Se determinó que los contratos con las diferentes aseguradoras no se suscriben oportunamente por factores externos al hospital,

situación que afecta directamente la gestión de la cartera, porque genera glosas por el concepto de tarifa, afectando la revelación en los estados financieros.

**Factor legalidad:** Se verificó el cumplimiento de la normatividad que rige la gestión de la IPS, entre ellas la rendición de los informes a las instancias competentes.

**Factor control fiscal interno:** Al ser el hospital un actor del sistema de salud, cuenta con procesos y procedimientos para cumplir con los requisitos de calidad exigidos legalmente, no obstante, existen factores externos que afectan el cumplimiento de la gestión y pueden afectar la prestación de servicios en condiciones demandadas por los beneficiarios.

**Factor estados contables:** Se están revelando las cifras en los componentes relacionados con el proceso evaluado de acuerdo a las directrices emitidas por la Contaduría General de la Nación en los estados financieros.

**Factor gestión presupuestal:** La ejecución de ingresos y en gastos revelado en los estados contables, dan cuenta de la realidad del flujo de recursos que ingresan al presupuesto de acuerdo al comportamiento de la cartera y a la dinámica del sector salud, en la cual los diferentes actores incumplen los términos legales.

**Factor Gestión financiera:** Los Indicadores financieros en los procesos evaluados evidencian la crisis del sector salud, porque la cartera y su rotación medida en días de recuperación, acorde a las políticas contables de cada hospital, muestran la necesidad de auto sostenibilidad, puesto que las aseguradoras incumplen con los términos legales y no giran los recursos con la oportunidad requerida.

## **RELACIÓN DE HALLAZGOS**

En desarrollo de la presente auditoría, se determinó 1 hallazgo administrativo.

## **PLAN DE MEJORAMIENTO**

**La IPS del Municipio de Cartago E.S.E.**, debe ajustar el plan de mejoramiento que se encuentra desarrollando, o debe presentar un plan de mejoramiento que incluya acciones y metas que se implementarán, las cuales deberán responder a cada una de las debilidades detectadas y comunicadas por el equipo auditor, el cronograma para su implementación y los responsables de su desarrollo, que permitan solucionar las deficiencias comunicadas durante el proceso auditor y que se describen en el informe.

El plan de mejoramiento se debe registrar en el proceso de plan de mejoramiento del sistema de rendición de cuentas en línea, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, en atención a la Resolución Reglamentaria No. 01 de 2016.



C: 638

**JOSÉ IGNACIO ARANGO BERNAL**  
Contralor Departamental del Valle del Cauca

### 3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

En cumplimiento del PGA 2018, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca adelantó auditoría especial al proceso de venta y cobro de servicios de salud (facturación - cartera -glosas - IPS públicas) de las entidades sujetas de control hospitales públicos vigencias 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

De acuerdo con la información reportada y evaluada, se determina una calificación en los componentes, factores y variables evaluadas, siendo, eficiente el resultado, del ejercicio en **legalidad financiera** con **92.3 puntos** determinándose que cumple con la normatividad aplicable y en **control fiscal interno** alcanzó **91.3 puntos**, indicando que los procesos cuentan con los debidos controles, son efectivos aunque se presentan debilidades que se detallan en el texto del informe.(Ver tablas 1 y 2)

TABLA 1			
31 IPS DE CARTAGO E.S.E			
LEGALIDAD -			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Financiera	92,3	1,00	92,3
<b>CUMPLIMIENTO LEGALIDAD</b>		<b>0,00</b>	<b>92,3</b>

Calificación	
Eficiente	2
Con deficiencias	1
Ineficiente	0

Eficiente

TABLA 2			
31 IPS DE CARTAGO E.S.E			
CONTROL FISCAL INTERNO			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Evaluación de controles (Primera Calificación del CFI)	100,0	0,30	30,0
Efectividad de los controles (Segunda Calificación del CFI)	87,5	0,70	61,3
<b>TOTAL</b>		<b>1,00</b>	<b>91,3</b>

Calificación	
Eficiente	2
Con deficiencias	1
Ineficiente	0

Eficiente

#### 3.1 CONTROL DE GESTIÓN

El control de gestión pretende determinar la eficiencia y eficacia de la administración en el manejo de los recursos públicos, atendiendo el alcance de la auditoría se incluyeron los factores de gestión *contractual, legalidad, planes de mejoramiento y control fiscal interno*.

El sector salud presenta condiciones específicas en cada municipio y región que inciden directamente al momento de gerenciar los hospitales públicos, siendo factores externos, se referencian para comprender el entorno en el cual gestionan sus capacidades administrativas.

La red pública de los prestadores de servicios de salud públicos del Departamento del Valle del Cauca, está organizada en cinco áreas geográficas, teniendo en cuenta las vías de acceso, el perfil epidemiológico, el enfoque de riesgo, las condiciones sociales, culturales y económicas de la población<sup>3</sup>

La **IPS del Municipio de Cartago**, oferta los servicios de hospitalización, urgencias, ambulatorios, de apoyo diagnóstico y terapéutico de baja complejidad; consultas de medicina especializadas habilitadas. Pertenece al área geográfica norte conformada por 13 municipios: Cartago, Alcalá, Ansermanuevo, Argelia, El Águila, El Cairo, Obando, Ulloa, Zarzal, La Unión, La Victoria, Toro y Versalles. Los municipios están conectados por vías principales como la vía Panamericana y Panorama y entre ellos conectados por vías secundarias en buen estado. Esta Área ha sido definida teniendo en cuenta las características de la población, de ascendencia paisa, con vías comerciales comunes y costumbres. Cuenta con dos hospitales de mediana complejidad de la red pública a saber Hospital San Juan de Dios – Privado que reemplazó el Hospital Departamental - en liquidación y San Rafael de Zarzal.<sup>4</sup>

#### ÁREAS GEOGRÁFICAS DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA



Fuente: Diseño Grupo Técnico SDSV – 2016

<sup>3</sup> Documento: Reorganización de prestadores de servicios de salud públicos del Departamento del Valle del Cauca- Modelo integral de atención en salud- enero de 2017.

<sup>4</sup> Ídem.

La **cobertura en salud** para el periodo evaluado 2014, 2015, 2016 y 2017, ha fluctuado en cada vigencia, no obstante buscando contextualizar el informe, se detalla la misma para el municipio de **Cartago** a diciembre 31 de 2017, la cual es calculada a partir del número de afiliados registrados en la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA en los regímenes contributivo y subsidiado, frente a la proyección de la población publicada por el DANE estimada a 2017 **de 133.652**, muestra una población afiliada al régimen contributivo de **72.929** un **54.57%** y subsidiado de **60.201** el **45.04%** y régimen excepcional **2.702** el **2.02%** para una cobertura total de **135.832** un **101.63 %** población sin asegurar, sin cobertura de (2.180), un **-1.63%** y una población pobre no asegurada de **1.259** el **3.32%**. (Ver tablas 3, 4 y 5)

**TABLA 3**

COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSSS																			
DETALLE ESTADÍSTICO MENSUAL DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA																			
FECHA CORTE: 30/12/2017																			
INTERPRETACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO CON RELACIÓN A LA ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN DANE 2017 Y CONSOLIDADO BDU 2017																			
SDS MARZO 2017																			
DATOS DEL MUNICIPIO		DANE 2017		AFILIADOS CARGADOS EN BDU DICIEMBRE 2017						Estadística SISPRO MINSALUD DIC. 2017		COBERTURA TOTAL				POBLACION SIN ASEGURAR - SIN COBERTURA		POBLACION POBRE NO ASEGURADA - PPN-	
Código	Nombre	Estimación y Proyección		COB. RÉG. CONTRIBUTIVO		COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO				COBERT. RÉG. EXCEPCIÓN									
		Cobertura	Porcentaje	General	Porcentaje	General	URBANO	RURAL	Porcentaje	Cobertura	Porcentaje	General	Porcentaje	General	Porcentaje	General	Porcentaje		
1	2	3	4	5	6	7			8	9	10	11	12	13	14	15	16		
76147	Cartago	133.652	2,84%	72.929	54,57%	60.201	58.395	1.806	45,04%	2.702	2,02%	135.832	101,63%	(2.180)	-1,63%	1.259	3,32%		
100%	TOTAL	4.707.890	100%	2.471.496	52,50%	1.726.057	1.426.881	299.176	36,66%	55.723	1,18%	4.253.276	90,34%	454.614	9,66%	37.967	100%		

FUENTE: DANE (Población: Estimación y Proyección) - MINSALUD Dirección ADRES (Afiliados BDU Régimen Subsidiado y Contributivo) Estadística SISPRO - Sistema Integral de Información de la Protección Social

La afiliación distribuida por EPS, en el régimen contributivo y subsidiado es la siguiente:

**TABLA 4**

COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSSS - DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA												
DETALLE ESTADÍSTICO MENSUAL DE LA POBLACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ACTIVOS												
FECHA CORTE	EAS027 FERROC. NACLES	EPS005 SANITAS	EPS016 COOMEVA	EPS017 FAMI SANAR LTDA	EPS018 S.O.S.	EPS037 NUEVA EPS	EPS044 MEDIMAS CONT.	ESSC24 COOSALUD MOV.	ESSC62 ASMETSALUD MOV.	ESSC76 AMBUQ MOVIL.	Total general	
30/12/2017	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
147	CARTAGO	129	4.294	15.811	1	36.089	8.768	5.223	954	2	1.658	72.929
Total genera	9.909	136.715	488.615	7	662.878	346.789	144.886	17.918	7.587	3.034	2.471.496	

FUENTE: Ministerio de Salud y Protección Social - Consorcio FOSYGA SAYP (Afiliados BDU Régimen Subsidiado)

El régimen contributivo tiene 72.929 afiliados en las EPS: Ferrocarriles Nacionales 129, Sánitas 4.294, Coomeva 15.811, SOS 36.089, Nueva EPS 8.768, Coosalud Movilidad 954 y Ambuq Movilidad 1.658.

**TABLA 5**

<b>COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSSS - DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA</b>									
<b>DETALLE ESTADÍSTICO MENSUAL DE LA POBLACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO</b>									
<b>ACTIVOS</b>									
<b>FECHA CORTE</b> 30/12/2017	<b>EPSS05 SANITAS</b>	<b>EPSS16 COOMEVA</b>	<b>EPSS18 S.O.S.</b>	<b>EPSS37 NUEVA EPSS</b>	<b>EPSS41 NUEVA EPSS MOV</b>	<b>EPSS44 MEDIMAS MOVIL.</b>	<b>ESS024 COOSALUD</b>	<b>ESS076 AMBUQ</b>	<b>Total general</b>
1	6	9	11	14	15	16	18	20	22
147 CARTAGO	44	1.281	1.645	354	2	518	24.923	31.434	60.201
<b>Total general</b>	<b>746</b>	<b>20.242</b>	<b>24.692</b>	<b>12.092</b>	<b>84</b>	<b>12.366</b>	<b>326.491</b>	<b>74.618</b>	<b>1.726.057</b>

FUENTE: Ministerio de Salud y Protección Social - Consorcio FOSYGA SAYP (Afiliados BDUA Régimen Subsidiado)

El régimen subsidiado tiene 60.201 afiliados en las EPSS: Sanitas 44, Coomeva 1.281, SOS 1.645, Nueva EPS 354, Nueva EPS Movilidad 2, Medimás Movilidad 518, Coosalud 24.923, Ambuq 31.434.

Los recursos que financian el aseguramiento para este régimen en el periodo evaluado según los datos del Ministerio de Salud y de la Protección Social, son los recursos con los cuales las EPS debieron garantizar la atención de la salud de sus afiliados, tanto en el bajo nivel de atención como en la mediana y alta complejidad incluyendo ayudas diagnósticas y medicamentos, resumiéndose a continuación:

**TABLA 6**

**FINANCIACIÓN ASEGURAMIENTO REGIMEN SUBSIDIADO MUNICIPIO DE CARTAGO**

<b>VIGENCIA</b>	<b>AFILIADOS BDUA ESTIMADO</b>	<b>UPC PROMEDIO PONDERADO ESTIMADA</b>	<b>COSTO TOTAL ESTIMADO</b>
2013	58.134	455.350,14	\$ 26.471.325.039
2014	57.941	589.187,15	\$ 34.138.092.401
2015	65.190	630.516,43	\$ 41.103.366.181
2016	66.184	796.964,94	\$ 52.746.327.418
2017	60.201	905.560,92	\$ 54.821.715.536
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 3.377.579,58</b>	<b>\$ 209.280.826.574,44</b>

Fuente :Dirección de Financiamiento Sectorial Ministerio de Salud y Protección Social- Secretaria Salud Departamental de Salud del Valle

### 3.1.1 Contractual

El ejercicio del control fiscal en el componente contractual, se limitó al alcance de la auditoria establecido en los términos de venta y cobro de los servicios.

La gestión contractual o el régimen jurídico de los contratos que se suscriben entre las Empresas Sociales de Salud -ESES o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, por su naturaleza jurídica de Empresa Social del Estado, y las Entidades Administradoras, Pagadoras o Prestadoras de los Servicios de Salud- EPS o Administradoras de Planes de Beneficios APB, se rigen por las normas del derecho privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia, sin embargo, podrán discrecionalmente utilizar las

cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

La forma de contratación y pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses, tales como **la capitación, el evento o actividad, el pago por conjunto de atención integral (protocolos), el pago por presupuesto**, o la combinación de cualquier forma de éstas, es aceptable en la contratación de los servicios ofertados en un libre mercado de la salud, tal y como se explica a continuación:

- **Pago por capitación:** Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
- **Pago por evento:** El pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
- **Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico:** Se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados.
- **El pago por presupuesto:** Consiste en un pago global por parte de una empresa aseguradora a una empresa prestadora. Este tipo de remuneración fue el sistema predominante de pago a los hospitales públicos antes de la reforma.

Después de la Ley 1122 de 2007, el sector salud y las EPS deben direccionar su gestión a la llamada administración de riesgos, ordenada desde 2008 por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud.

Son las EPS las llamadas a gestionar el riesgo con un diagnóstico oportuno y el seguimiento de los pacientes en enfermedades crónicas de alta prevalencia como hipertensión, diabetes mellitus, diferentes tipos de cáncer y en las patologías huérfanas de alto costo, no obstante continúan las debilidades en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tanto en EPS-asegurador como en IPS –prestador; la financiación en puntos porcentuales de UPC no es suficiente, debiéndose priorizar aquellas actividades de prevención que tienen alto costo-

beneficio, como ocurre con la vacunación, la atención a la niñez y a la mujer gestante.

La Ley 1122 de 2007, hace responsable a las EPS de las actividades en salud pública, cuando en el Artículo 33, literal G, establece que **“las prioridades de salud pública deben ser cubiertas en el POS y las EPS deben alcanzar las metas tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir”**. En la realidad las EPS contratan estas actividades con las IPS, delegándole la responsabilidad de cumplir con las metas impuestas de acuerdo a una población proyectada de usuarios, situación que deja en desventaja al prestador quien debe incumplir las metas y se le glosan las actividades afectando su liquidez.

De la revisión de soportes se evidencia el crecimiento del conflicto, ante la contratación inoportuna, procesos de conciliación ineficaces en los cuales intervienen tanto la Superintendencia, como la Secretaria Departamental de Salud y las EPS pero no se llega a acuerdos que permitan generar el flujo de recursos suficientes.

Con la Ley 1438 de 2011 se ordenó a las EPS del régimen subsidiado contratar por lo menos un 60% de los servicios con la red pública hospitalaria. La Ley 1122 dice: *“Las EPS no podrán contratar directamente o a través de terceros con sus propias IPS más de 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren necesarias dentro de los distintos niveles de complejidad”*. Establecer el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación- UPC a contratar por parte de las EPS responde a la necesidad de cuantificar y gestionar el riesgo en la salud atendiendo los perfiles epidemiológicos de cada municipio y su área de influencia y a la capacidad administrativa de los hospitales al momento de la negociación de los servicios ofertados.

La entidad tiene codificado y clasificado las glosas, como lo estipula el Anexo 6, de la Resolución 3047 de 2008 modificada por Resolución 416 de 2009 y se evidencia en los documentos aportados.

Existe conocimiento pleno y suficiente del mapa de riesgos institucional para los procesos de facturación, cartera y glosas y los controles determinados y está operando el comité de glosas, se evidencian actas trimestrales. Existen los procedimientos documentados de facturación, cartera y manejo de glosas, los conocen aplican.

Se realiza el trámite interno de respuesta a las objeciones con oportunidad y se realiza pre auditoría a la facturación antes de ser radicada, así mismo se evidencia la socialización periódica a todos y cada uno de los funcionarios responsables de

las glosas, con determinación del monto causado, se capacita cuando se determinan inconsistencias y consta en las actas. La entidad cuenta con facturadores, coordinadora y auxiliar, el 80% es contratado por cooperativa y 20% planta.

El comité de glosas emite concepto fundamentado y justificado de responsabilidad por las glosas generadas y se evidencia en las actas, y se capacita cuanto existe inconsistencias reiteradas.

La entidad aplica el Plan General de Contabilidad Pública (PGCP) y demás normas técnicas contables para el registro de sus operaciones se tienen dependencias que conforman el área contable y financiera (Planeación, Presupuesto, Tesorería y Contabilidad, el aplicativo SIHOS SINERGIA, a medida que se ingresa se afecta la factura en tiempo real SINERGIA. .

Se Clasifican las facturas por entidades, edades y se envían para radicación a las diferentes entidades responsables de pago y se verifican los recaudos de cartera en las entidades bancarias, se concilia (se comunica) con la EPS para verificar que el pago registrado es de la factura correspondiente, además se contrató para recuperar cartera.

Se verifica el archivo plano de cuentas vs las cuentas físicas presentadas por los revisores de cuentas de cobro y se cruza el servicio prestado con lo facturado y allí se genera la cuenta de cobro. (Hoy se lleva a la IPS factura por factura). Se factura de manera oportuna las cuentas del SOAT aunque es poco lo facturado

Según el saldo de cartera a diciembre de 2017, que asciende a \$3 162.886.640, la cual presenta un incremento de \$1.052.349.105 frente al 2016, producto del no pago oportuno de la EPS Ambuq Barrios Unidos, quien realizó descuentos arbitrarios y se envió comunicado a la Supersalud y no paga se adjunta constancia de la gestión.

La entidad EPS Ambuq presenta una cartera total de \$1.334.751.271, que representan el 42% del total de la cartera menor a 30 días asciende a \$869.112.521, adicionalmente ha sido de conocimiento público la morosidad de dicho empresa a partir de 2017, tal y como lo reportan tanto las IPS y los diferentes medios de comunicación, en 2017 dejó de pagar el retroactivo del contrato y esto incrementó la cartera.

La EPS Salucop en liquidación reconoció \$116.000.000 del total de la facturación conciliada por \$322.544.413 en abril de 2017; han venido realizando pagos por \$5.000.000, \$700.000 y marzo de 2018 \$6.122.246 facturas desde el 2015, en total han pagado \$14 millones. La IPS contablemente realizó el deterioro de la

cartera de dicha entidad y se ha reportado en el 2193, no obstante con los pagos se hace el ajuste y se reclasifica en el ingreso.

Con el contrato de recuperación de cartera, inicialmente se hace un análisis del estado de la misma, por edad y por régimen, luego se circulariza a cada cliente deudor, se depura y se cruza para hacer conciliación, gestión de cobro está relacionada con evento; en el caso de los contratos capitados, la recuperación de cartera es el seguimiento al contrato y en la liquidación, en P y P, se genera la glosa- que corresponde a las actividades de cumplimiento de metas que están sobredimensionadas frente a la población real y las EPS, tiene contrato de demanda inducida con un tercero, luego los usuarios no asisten y por tanto lo glosan por incumplimiento de las metas.

### **3.1.2 Legalidad**

Cumplimiento de normas externa e internas aplicables en los compones de control de gestión y financiero.

Se evidenció que el hospital está dando cumplimiento a la normatividad legal aplicable en los temas objeto de auditoria en el cumplimiento de los diferentes informes requeridos para el control por parte de los órganos rectores del sistema tanto a nivel nacional como departamental y municipal. Decreto 2193 de 2004, Circular 030 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, debe contribuir al desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el ejercicio de la inspección, vigilancia y control para garantizar el servicio público esencial de salud y en atención al Decreto 2462 del 7 de noviembre 2013 “ Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud establece dentro de sus funciones:

- Formular, dirigir y coordinar la política de inspección, vigilancia y control del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ejercer la facultad jurisdiccional y de conciliación en los términos establecidos en la ley.
- Vigilar el cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) garantizando la libre elección de aseguradores y prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad en la atención y prestación de servicios de salud.

- Adelantar acciones de inspección, vigilancia y control para evitar que se produzca abuso de posición dominante en cualquiera de sus manifestaciones, incluidas las tarifas y los mecanismos de contratación.

El Hospital realiza los requerimientos del cobro de las facturas pendientes y de los recursos adeudados por las diferentes EPS, siendo evidente la crisis de liquidez de recursos en las vigencias auditadas, en las cuales han sido objeto de conciliación con la Superintendencia.

La aplicación del marco de convergencia a Normas Internacionales de Información Financiera NIIF, fue aplazado hasta el 2017 para todas las entidades que componen el Sistema General de Seguridad Social (SGSS), se plasmó en el artículo 2 del Decreto 2496 expedido por el Ministerio de Comercio el 23 de Diciembre de 2015, el cual obedeció a la crítica situación de sostenibilidad financiera del sector de la salud, el considerando del citado decreto a la letra dice:

“...la Superintendencia Nacional de Salud presentó la situación que atraviesa el sector salud, en especial la relacionada con el deterioro de la situación financiera tanto de las Entidades Promotoras de Salud como de los prestadores de servicios de salud públicos y privados, así como las implicaciones que tendría la implementación, a partir del 1° de enero de 2016, de las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF para las entidades clasificadas en el marco técnico normativo del Grupo 2, y le solicitó la ampliación del periodo de transición por un año más al previsto en el Decreto 3022 de 2013 y sus modificatorios para este grupo de entidades, que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de manera que su implementación se realice a partir del 1° de enero de 2017...”

De la revisión de los documentos aportados se observa que el hospital durante el periodo auditado 2013 al 2017, muestra glosas y deterioro de cartera que obedece entre otros al proceso de depuración como lo establece la Resolución 414 de 2013, no obstante de la revisión de los libros auxiliares se observa que se incumplió con el procedimiento interno y el manual de funciones, situación que se detalla en el punto del análisis de la cartera.

### **3.1.3 Planes de mejoramiento.**

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Todos los prestadores de servicios de salud están obligados a habilitar los servicios que prestan, y de acuerdo con la Ley 87 de noviembre 29 de 1993 a implementar el Sistema de Control Interno.

De las pruebas realizadas al proceso objeto de auditoría y según lo aportado por la administración se evidencia que la Oficina de Control interno practicaba las auditorías a los procesos evaluados. Se realiza plan de mejoramiento para disminuir las glosas institucionales *y se evidencia plan de mejoramiento por auditoría integral al sub proceso de cartera suscrito en abril de 2018 proceso auditor periodos fiscales 2017-2018, así mismo auto controles del subproceso de facturación con sus respectivas acciones de mejora, tiempos y los responsables. Se hace revisión diaria, producción diaria en promedio 1420 liquidaciones facturas.*

### **3.1.4 Control fiscal interno**

Por mandato constitucional en 1991 se dispuso que “*La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley*” y determinó que es función de las autoridades correspondientes dentro de las entidades el diseño y aplicación, de métodos y procedimientos de control interno; en 1993 con la Ley 87 se definió el control interno y el sistema de control interno y en el año 2005 mediante el Decreto 1599, el ejecutivo adoptó un modelo estándar para diseñarlo, organizarlo y operarlo, denominado Modelo Estándar de Control Interno MECI, modificado mediante el Decreto 943 de 2014 en algunos aspectos de forma. Los hospitales públicos hacen parte de la administración pública por lo tanto el control interno no es una formalidad constitucional o legal, sino un instrumento de labor gerencial que permite el logro de los objetivos estratégicos y de los resultados esperados de la organización.

La cartera por entidades, edades y valores, se actualiza trimestralmente y por deudor para ser rendido según el Decreto 2193 de 2004 y Circular 030 de 2013 por el prestador a la respectiva Dirección Departamental de Salud y a la Superintendencia en los términos e instrumentos requeridos y bajo los procedimientos que para tal fin tienen definidos conjuntamente por las dos entidades.

### **3.2 CONTROL FINANCIERO**

El control financiero persigue la realidad de los estados financieros y los cambios de los mismos de tal manera que permitan determinar si éstos y el presupuesto reflejan razonablemente las cifras reveladas.

En el proceso de gestión de los recursos financieros, según lo dispuesto por el Decreto 4747 de 2007 en su artículo 22 y a su vez por lo establecido en el Anexo Técnico No.6 Manual Único de Glosas de la Res 3047 de 2008, para la administración y gestión de las glosas que se presentan entre las relaciones de las IPS – EPS establecer unos procesos internos que le permitan al hospital gestionar eficientemente los recursos para cumplir con efectividad su misión garantizándole

a los usuarios la prestación del servicio con altos estándares de calidad, sin afectar su sostenibilidad financiera.

### **3.2.1 Estados contables**

Se evaluaron las cuentas de los estados contables de acuerdo al alcance del proceso evaluado y se enfocó a establecer el cumplimiento de aspectos que la administración está obligada a considerar como son:

Se evaluaron las cuentas de los estados contables de acuerdo al alcance del proceso evaluado y se enfocó a establecer el cumplimiento de aspectos que la administración está obligada a considerar como son:

- Un control interno contable adecuado, proceso bajo la responsabilidad del representante legal o máximo directivo de la entidad y de los responsables de las áreas financieras y contables, que pretende lograr la existencia y efectividad de los procedimientos de control y verificación de las actividades propias del proceso contable, para que se garantice razonablemente que la información financiera cumpla con las características fundamentales de relevancia y representación fiel de que trata el Régimen de Contabilidad Pública.
- El riesgo de índole contable que se materializa según lo expresado en el “Procedimiento para la evaluación del control interno contable” emitido por la Contaduría General de la Nación, cuando los hechos económicos generados en la entidad no se incluyen en el proceso contable o cuando, siendo incluidos, no cumplen con los criterios de reconocimiento, medición, revelación y presentación dispuestos en el Régimen de Contabilidad Pública.
- El análisis permanente del deterioro de cartera, el cual consiste en la probabilidad de pérdida del valor de la cartera derivada por el incumplimiento del pago por parte del cliente, actividad que hace parte del comité contable, que en un buen proceso de control interno, debe hacer una depuración constante de los valores que afectan la situación patrimonial y no representan derechos, bienes u obligaciones ciertos para la entidad y los derechos u obligaciones existentes, pero que no es posible exigir al operar los fenómenos de prescripción o caducidad, así como los derechos u obligaciones que carecen de documentos soportes idóneos que permitan adelantar los procedimientos pertinentes para su cobro o pago, cuando no haya sido posible legalmente imputarle a persona alguna el valor por perdida de los bienes o derechos y cuando evaluada y establecida la

relación costo beneficio, resulte más oneroso adelantar el proceso de que se trate.

Las glosas generadas durante el periodo de auditoria reportadas por la entidad, se detallan a continuación. (Ver tabla 7).

**TABLA 7**

GLOSAS PERIODO AUDITADO					
CONCEPTO GENERAL	VIGENCIA 2014	VIGENCIA 2015	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017	TOTAL VIGENCIAS
FACTURACIÓN	-	-	10.191.091	3.129.864	13.320.955
TARIFA	-	-	28.956.563	3.189.060	32.145.623
SOPORTES	-	-	1.498.151	1.064.600	2.562.751
AUTORIZACIÓN	-	-	765.142	3.795.104	4.560.246
COBERTURA	-	-	139.816	-	139.816
PERTINENCIA	-	-	3.235.438	37.243.154	40.478.592
ECAT	-	-	-	-	-
DEVOLUCIONES	-	-	9.942.327	3.452.325	13.394.652
TOTAL	-	-	54.728.528	51.874.107	106.602.635

Fuente: Hospital

### 3.2.2 Gestión presupuestal

El presupuesto de ingresos es considerado de caja y el de gastos de causación, toda vez que con los recaudos efectivos de la vigencia, se deben apalancar los compromisos y las obligaciones; en los hospitales públicos es común que los gastos causados sean superiores a los recaudos efectivos de la vigencia fiscal, generando unas cuentas por pagar sin fuente de financiación al cierre de la vigencia, ocasionando problemas de liquidez porque las cuentas por cobrar – cartera es superior a 90 días y un porcentaje alto superior a 360 días.

El área o proceso de facturación guarda relación directa con el proceso de admisiones; su objetivo es realizar el seguimiento al paciente desde su ingreso a la institución hasta el egreso de la misma, realizando un registro sistemático de cada uno de los servicios prestados durante la estancia del paciente, para finalmente producir un documento equivalente de cobro o factura de venta de servicios, debiendo enviar hacia contabilidad, los documentos con sus respectivos atributos: Factura o documento equivalente de venta por prestación de servicios, nota débito o nota crédito si hubiere a lugar, para así procesar los movimientos contables que den cuenta de la realidad financiera del hospital.

Para el periodo evaluado, las cifras de la facturación radicada evidencian que al cierre de cada vigencia por los tiempos y términos de radicación de las cuentas por cobrar acorde a la normatividad vigente, quedan pendientes por radicar facturas, que se radican en el mes siguiente, por lo tanto en el ingreso solo se incluye lo efectivamente pagado por los clientes del Hospital- IPS. La facturación

pendiente por radicar-detallada en el punto 3.2.3.- requiere control exhaustivo, al existir un riesgo potencial de inoportunidad en el recaudo que afecta el flujo de recursos.

El análisis de los ingresos vs gastos y del balance fiscal para el periodo evaluado, está consignado en el informe financiero y estadístico de las vigencias auditadas y en los informes de auditoría integral modalidad regular practicadas.

### 3.2.3 Gestión financiera

Los indicadores financieros en los procesos evaluados, están relacionados con el periodo de la cartera y para el caso específico se toma como referencia la cartera del año fiscal 2017 por cuanto la misma se acumula, para esta vigencia muestra:

El total de la cartera a diciembre 31 de 2017 ascendió a \$3.162 millones, superior a 360 días asciende a \$1.027 millones el 32.48 %, situación que incrementa la crisis financiera porque afecta el flujo de recursos para la operación y prestación eficiente del servicio.

El régimen contributivo reveló una cartera de \$788 millones, mayor a 360 días presenta una cartera de \$408 millones el 51.77%. Las EPS con mayor deuda son: Nueva EPS \$330.7 millones, Saludcoop \$323.6 millones, Cafesalud \$69.7 millones y Coomeva EPS \$55.4 .millones.

El régimen subsidiado reveló una cartera de \$2.247 millones, mayor a 360 días presenta una cartera de \$609.3 millones el 27.11%. El mayor deudor es la EPS Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó Ambuq adeudando el 59.39% representado en \$1.334.7 millones, Coosalud \$480.6 millones y Caprecom adeuda \$254.3 millones. (Ver tabla 8)

**TABLA 8**  
**CARTERA POR EDADES Y DEUDOR VIGENCIA 2017 - HOSPITAL IPS DE CARTAGO**

EDAD	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		RÉGIMEN SUBSIDIADO		SOAT- ECAT		OTROS		TOTAL	
60 días	96.817.323	12,28%	962.553.405	42,83%	2.126.911	20,88%	841.666	11,43%	1.062.339.305	33,59%
De 61 a 90	38.487.668	4,88%	25.071.537	1,12%	0	0,00%	614.379	8,34%	77.414.584	2,45%
De 91 a 180	116.524.321	14,78%	269.833.752	12,01%	0	0,00%	240.177	3,26%	423.713.927	13,40%
De 181 a 360	128.310.779	16,28%	380.732.289	16,94%	1.973.634	19,37%	1.799.880	24,45%	572.067.147	18,09%
Mayor 360	408.079.951	51,77%	609.318.312	27,11%	6.087.037	59,75%	3.866.377	52,51%	1.027.351.677	32,48%
<b>Total por cobrar con Facturación Radicada</b>	<b>\$ 788.220.042,00</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 2.247.509.295,00</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 10.187.582,00</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 7.362.479,00</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 3.162.886.640,00</b>	<b>100%</b>
<b>Deterioro</b>	<b>\$ 323.675.422,00</b>		<b>0</b>						<b>\$ 323.675.422,00</b>	<b>100%</b>

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004

## 1. Hallazgo administrativo

A partir de la vigencia 2017 con la aplicación de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) y la Resolución 414 de 2014 Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (NICSP), cada entidad establece sus propias políticas contables, entre ellas prescribir el tratamiento de la cartera de difícil cobro, no obstante, en el periodo evaluado, la cartera evidencia crecimiento; a 31 de diciembre de 2017 revela que un **63.96%** corresponde a cartera superior a **90 días - \$2.023 millones**, la cartera superior a 360 días de \$1.027 millones representa el 32.48%, así mismo evidencia facturación pendiente por radicar en la vigencias 2013-2017, para la vigencia 2013 revela \$14 millones, 2014 \$970 millones, 2015 \$371 millones, 2016 \$168 millones y 2017 \$138,7; **glosa-objeciones-inicial** registrada de \$199 millones - 2016 y 2017 y registró deterioro de la cartera para la vigencia \$2017 de \$323.6 millones, al considerar según el análisis del comportamiento de la cartera y su nivel de morosidad que suponen un cierto nivel de riesgo de impago y por lo tanto se reconocen en la contabilidad. (Ver tabla 9)

**TABLA 9**  
**TENDENCIA CARTERA- FACTURACIÓN POR RADICAR- GLOSA Y DETERIORO**

IPS MUNICIPAL DE CARTAGO 2013-2017						
VIIGENCIA	Mayor 360	Total por Cobrar con Facturación Radicada		Facturación Pendiente de Radicar	Glosa	Deterioro
2013	312.953.322	804.013.186		14.324.037	0	0
2014	259.823.867	840.075.335		970.179.297	0	0
2015	313.342.710	2.188.490.957		371.106.865	0	0
2016	764.134.005	2.110.537.535		168.340.513	185.804.131	0
2017	1.027.351.677	3.162.886.640		138.712.505	13.524.976	323.675.422

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004

Las cifras reveladas denotan las deficiencias estructurales del sector salud que afectan la liquidez y la gestión financiera del hospital.

*La administración o gestión de cartera es un proceso sistemático de evaluación, seguimiento y control de las cuentas por cobrar a fin de lograr que los pagos se realicen de manera oportuna y efectiva que incluye entre otros aspectos el registro y clasificación de las cuentas por antigüedad y categorías como son: corriente, vencida y cuentas de difícil cobro que regularmente se maneja con plazos de 1 a 30 días, 30 a 60, 60 a 90 y más de 90 días; siendo de difícil cobro, las clasificadas de acuerdo a los marcos normativos competentes para el sector, que se atemperan a sus respectivas políticas contables adoptadas. **La situación presentada es ocasionada por deficiencias estructurales evidentes en el sistema de salud que hacen inoperantes los controles establecidos, en la gestión de cobro y en los mecanismos coercitivos de los diferentes actores del sistema (Hospital, Superintendencia, Ministerio y Direcciones locales y***

territoriales de salud), conllevando a clasificarla como cartera vencida y de difícil cobro, debiéndose deteriorarla de acuerdo con las Normas de Información Financiera NIF; recursos que no se podrán utilizar en la prestación del servicio y que afectan la sostenibilidad financiera y las finanzas del hospital generando a futuro una pérdida de los mismos, afectando la prestación del servicio con oportunidad y calidad.

- **PÉRDIDA REVELADA**

La IPS de Cartago, según el estado de la situación financiera durante el periodo evaluado 2013-2017, revela pérdida por \$975 millones en la cuenta 5.8.08.02 denominada: Pérdida en retiro de activos. (Ver tabla 10)

**TABLA 10**  
**PÉRDIDA REGISTRADA ESTADO DE LA SITUACIÓN FINANCIERA**

<b>HOSPITAL IPS MUNICIPAL DE CARTAGO 2013-2017</b>			
<b>VIIGENCIA</b>	<b>CUENTA</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>VALOR \$</b>
2013	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 343.515.000
2014	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 435.060.000
2015	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 14.210.000
2016	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 59.709.000
2017	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 122.510.923
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 975.004.923</b>

Fuente: Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP)

Las cifras reveladas, corresponden a facturas glosadas de vigencias anteriores que en el proceso de facturación, según las pruebas selectivas practicadas fueron objeto de gestión de cobro y conciliación con los diferentes clientes del hospital y obedece entre otros según la administración a retrasos en los ajustes tarifarios, radicación de cuentas,, las EAPB realizan proceso de auditorías de cuentas a través de outsourcing- terceros , desconociendo las condiciones contractuales, devoluciones injustificadas entre otros aspectos..

*La Gestión de cartera hace parte de la Administración Pública que conforme a los principios que la regulan contenidos en el artículo 209 de la Constitución Política, obligan a los servidores públicos-gestores fiscales a realizar su gestión de manera ágil, eficaz, eficiente y oportuna, con el fin de obtener liquidez para el Tesoro Público; atemperándose a la normatividad específica del sector salud según la cual el reconocimiento y pago de los servicios contratados, no solo depende de la modalidad de contratación sino que adicionalmente deberá contarse con la presentación y validación de los RIPS, como condición mínima obligatoria en el acuerdo de voluntades para la prestación de servicios de salud, que deberán presentar los Prestadores de Servicios de Salud(IPS- Hospitales) en el cobro de*

los servicios contratados según parágrafo 2º del artículo 44º de la Ley 1122 de 2007, artículo 116 de la Ley 1438 de 2011 y el numeral 8º, del artículo 6º, del Decreto 4747 de 2007 y en el Trámite de Glosas (Inc. 1º, art. 57 Ley 1438 de 2011; Inc. 1º, Art. 23º, Decreto 4747 de 2007, art. 773, Decreto 410 DE 1971, modificado por el inc. 3º, art. 2º, de la Ley 1231 de 2008; modificado por el artículo 86 de la Ley 1676 de 2013) entre otras normas aplicables como son el artículo 781 y sgtes del Código del Comercio; y el cumplimiento de las normas contables relacionadas entre ellas la Resolución 357 de 2008 y el nuevo marco normativo NIIF y NICSP aplicable a partir de 2016 Resolución 414 de 2014 de la Contaduría General de la Nación, sin desconocer la prestación de los servicios de salud a los ciudadanos con oportunidad y calidad garantizándoles el derecho fundamental a la salud en conexidad con el derecho a la vida, Sentencia de la Corte Constitucional T 760 de 2008.

- **MARGEN DE CONTRATACIÓN**

El Hospital en la negociación con las diferentes EPS para la prestación de servicios en las actividades de baja complejidad, contrató mediante la modalidad de contrato capitado- pago anticipado y tarifa fija por persona (Percapita) con derecho a ser atendida por periodo de tiempo, dejando de recibir \$1.803,6 millones durante el periodo auditado, recursos que se revelan en la cuenta 5.8.08.14 denominada: Margen de contratación de los servicios de salud. (Ver tabla 11)

**TABLA 11**  
**MARGEN DE CONTRATACIÓN-REGISTRADA ESTADO DE LA SITUACIÓN FINANCIERA**

<b>HOSPITAL IPS MUNICIPAL DE CARTAGO 2013-2017</b>			
<b>VIIGENCIA</b>	<b>CUENTA</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>VALOR \$</b>
2013	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ -
2014	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 615.622.000
2015	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 357.973.000
2016	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ -
2017	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 830.033.088
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 1.803.628.088</b>

Fuente: Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP)

La situación revelada permite concluir que existen debilidades e inequidades que afectan directamente la sostenibilidad financiera del hospital, producto de las condiciones del mercado, la obligación constitucional de prestar el servicio la posición dominante de las diferentes aseguradoras-EPS, y las evidentes debilidades de las autoridades encargadas de la rectoría del sistema así como de la vigilancia y control competentes.

#### 4. ANEXOS

4.1 CUADRO DE HALLAZGOS AUDITORÍA CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL- PROCESO DE VENTA Y COBRO DE SERVICIOS DE SALUD (FACTURACIÓN - CARTERA -GLOSAS - IPS PÚBLICAS) IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E. 2013-2014-2015-2016-2017						
No. Hallazgos	Administrativos	Disciplinarios	Penales	Fiscales	Sancionatorios	Daño patrimonial (\$)
1	1	-	-	-	-	-