

**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)**

**HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE TODOS LOS SANTOS DE LA VICTORIA .E.S.E.  
2013-2014-2015-2016-2017**

**CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA  
Santiago de Cali, noviembre de 2018  
CDVC-SOFP 36**



**INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL  
MODALIDAD ESPECIAL – PROCESO DE VENTA Y COBRO DE SERVICIOS  
DE SALUD (FACTURACIÓN - CARTERA -GLOSAS - IPS PÚBLICAS)  
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE TODOS LOS SANTOS DE LA VICTORIA 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      ADOLFO LEÓN VACA QUINTERO

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.....	21
3.1.3 Planes de mejoramiento.....	22
3.1.4 Control fiscal interno.....	23
3.2 CONTROL FINANCIERO.....	23
3.2.1 Estados contables .....	23
3.2.2 Gestión presupuestal.....	25
3.2.3 Gestión financiera .....	26
4. ANEXOS .....	30

## 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>

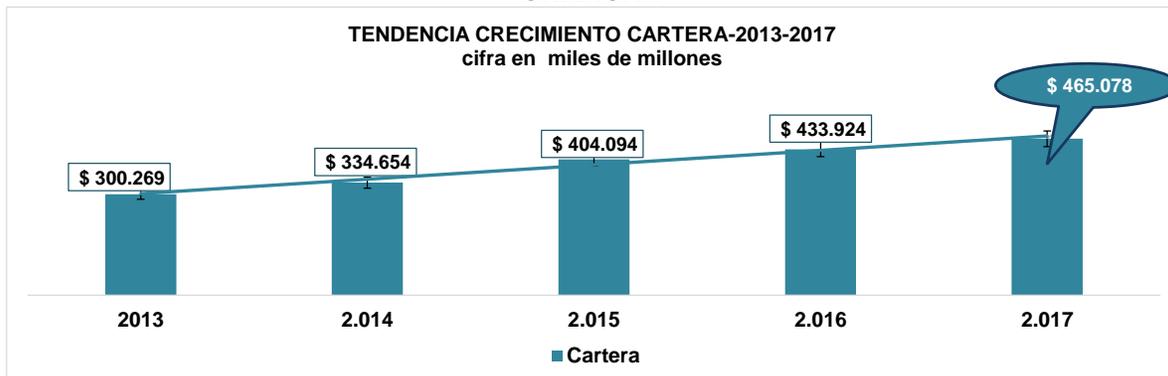
<sup>1</sup> Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia-2013

<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  
ADOLFO LEÓN VACA QUINTERO  
Gerente  
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE TODOS LOS SANTOS DE LA VICTORIA E.S.E.  
La Victoria 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 **Hospital Nuestra Señora de Todos los Santos de La Victoria 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 **Hospital Nuestra Señora de Todos los Santos de La Victoria 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**

**Hospital Nuestra Señora de Todos los Santos de La Victoria 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: 643

**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 **90.4 puntos** determinándose que cumple con la normatividad aplicable y en **control fiscal interno** alcanzó **93.4 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			
36 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS DE LA VICTORIA E.S.E			
LEGALIDAD -			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Financiera	90,4	1,00	90,4
<b>CUMPLIMIENTO LEGALIDAD</b>		<b>0,00</b>	<b>90,4</b>

Calificación	
Eficiente	2
Con deficiencias	1
Ineficiente	0

Eficiente

TABLA 2			
36 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS DE LA VICTORIA 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)	90,6	0,70	63,4
<b>TOTAL</b>		<b>1,00</b>	<b>93,4</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>

El **Hospital Nuestra Señora de Todos los Santos de La Victoria**, oferta los servicios de: Hospitalización, urgencias, ambulatorios, de apoyo diagnóstico y terapéutico de baja complejidad. Pertenecen 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 **La Victoria** 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 13.081**, que muestra una población afiliada al régimen contributivo de **3.562** un **27.23%** y subsidiado de **7.295** el **55.57%** y régimen excepción **270** el **2.06%** para una cobertura total de **11.127** un **85.06 %** población sin asegurar, sin cobertura de **1.954**, un **14.94 %** y una población pobre no asegurada de **202** el **0.53%**. (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 BDUA 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	17	18		
76403	La Victoria	13.081	0,28%	3.562	27,23%	7.295	5.413	1.882	55,77%	270	2,06%	11.127	85,06%	1.954	14,94%	202	0,53%		
100%	<b>TOTAL</b>	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 BDUA 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						
DETALLE ESTADÍSTICO MENSUAL DE LA POBLACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ACTIVOS						
FECHA CORTE 30/12/2017	EPS018 S.O.S.	EPS037 NUEVA EPS	EPS044 MEDIMAS CONT.	EPS045 MEDIMAS MOVIL.	ESSC24 COOSALUD MOV.	Total general
1	11	13	14	15	19	22
403 LA VICTORIA	1.949	861	545	149	58	3.562
<b>Total general</b>	<b>662.878</b>	<b>346.789</b>	<b>144.886</b>	<b>8.716</b>	<b>17.918</b>	<b>2.471.496</b>

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

El régimen contributivo tiene 3.562 afiliados en las EPS: SOS 1.949, Nueva EPS 861, Medimás Continuidad 545, Medimás Movilidad 149, y Coosalud movilidad 58.

TABLA 5

<b>COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSSS - DEPARTAMENTO</b>						
<b>DETALLE ESTADÍSTICO MENSUAL DE LA POBLACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO ACTIVOS</b>						
<b>FECHA CORTE</b> <b>30/12/2017</b>	<b>EPSS18 S.O.S.</b>	<b>EPSS37 NUEVA EPSS</b>	<b>EPSS44 MEDIMAS MOVIL.</b>	<b>EPSS45 MEDIMAS SUBS.</b>	<b>ESS024 COOSALUD</b>	<b>Total general</b>
1	11	14	16	17	18	22
<b>403 LA VICTORIA</b>	67	61	33	4.928	2.206	<b>7.295</b>
<b>Total general</b>	<b>24.692</b>	<b>12.092</b>	<b>12.366</b>	<b>176.256</b>	<b>326.491</b>	<b>1.726.057</b>

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

El régimen subsidiado tiene 7.295 afiliados en las EPSS: SOS 67, Nueva EPS 61 Medimás 4.298 y Coosalud 2.206.

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 LA VICTORIA**

<b>VIGENCIA</b>	<b>AFILIADOS BDUA ESTIMADO</b>	<b>UPC PROMEDIO PONDERADO ESTIMADA</b>	<b>COSTO TOTAL ESTIMADO</b>
2013	8.760	455.350,14	\$ 3.988.867.226
2014	8.484	594.732,40	\$ 5.045.709.716
2015	8.459	648.878,76	\$ 5.488.865.448
2016	8.437	717.315,94	\$ 6.051.994.620
2017	7.626	800.103,15	\$ 6.057.254.357
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 3.216.380,39</b>	<b>\$ 26.632.691.367,79</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.

Los medicamentos no se pueden entregar a médicos que no prestan servicio al hospital y se pretende por médicos diferentes, quieren que se entregue todos los medicamentos del POSS. Ejemplo el medicamento para la glaucoma no se puede entregar por ser manejados por el especialista, antes los medicamentos tenían niveles de atención y las EPS, quieren que incluyan medicamento.

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 sobre que: *“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, situación que se evidencia en los documentos y en las actas del comité de glosas.

La entidad tiene conocimiento pleno y suficiente del mapa de riesgos institucional para los procesos de facturación, cartera y glosas y los controles determinados, se evidencia en los documentos aportados con los respectivos seguimientos, que en los periodos evaluados se realizaba en las actas del comité. Se cuenta con procedimiento de gestión de glosas – que son devoluciones injustificadas que la EPS utiliza para aplazar pagos y llevarlo a la liquidación que por norma es hasta 4 años, afectando la gestión financiera, la dificultad está en el no pago.

El Comité de Glosas, está creado mediante Resolución 166 del 1º de noviembre de 2013 y se evidencia el seguimiento de las acciones correctivas derivadas de los compromisos del acta anterior.

Se realiza el tramite interno de respuesta a las objeciones con oportunidad se evidencia en las actas en el indicador de respuesta y en archivo denominado formato de trazabilidad de glosas el cual tiene: nombre entidad responsable de pago, fecha de oficio, fecha de recibido IPS, fecha recibido auditoria, número de factura, codificación de glosa, tipificación, motivo de glosa responsable, valor glosado, valor aceptado, valor no aceptado, fecha de envió de respuesta y oportunidad en respuesta.

El Hospital realiza pre auditoria a la facturación antes de ser radicada, se evidencia la trazabilidad a las facturas y se socializa a los funcionarios responsables de las glosas, en facturación cuenta con un coordinador en facturación, 2 de consulta externa, 3 de urgencia y 2 de agendan reciben llamada y verifica derechos y están capacitados para facturar, contratados por cooperativa Asoensalud, 2 son de planta.

La integralidad en la información existe, cuando se registra en el proceso de glosas, su levantamiento y la afectación inmediata en cartera, se comunica una glosa inmediatamente afecta contabilidad cartera, disminuye el ingreso y el reconocimiento en presupuesto es en línea.

Revisada la trazabilidad, se evidencia que se tiene una persona exclusiva desde hace 4 años para agilizar los cobros y se responde en los términos legales y las cuentas de orden se registran en la 83.

Se capacita al personal de facturación, cada dos años como mínimo, de acuerdo al plan de capacitación y cada dos meses se hace seguimiento, cuando existe algo relevante se capacita al personal de facturación con el manual tarifario y normatividad vigente entre otros aspectos.

Coomeva en la vigencia 2015 y 2016 no pago se inició el proceso de liquidación de contratos y quedaron 150 millones que no han pagado. La Nueva EPS agotó el contrato y evidencia una cartera de \$200 millones. La EPS el SOS paga un 20 o 25% de la cartera y los proveedores no dan espera limitando la entrega de medicamentos.

Contabilidad realiza conciliación con cartera sobres las glosas del mes, y son avalas por el auditor médico y en los comités, la oficina de control interno realiza seguimiento, reportándose a la Junta Directiva.

Se evidencia que el comité de glosas emite concepto fundamentado y justificado de responsabilidad por las glosas generadas, primero se le comunica al responsable, se capacita, se le habla de los descuentos y se hace el descuento a la empresa Asoensalud.

La entidad aplica el Plan General de Contabilidad Pública (PGCP) y demás normas técnicas contables para el registro de sus operaciones, con NIFF desde enero de 2016

Están Integradas las dependencias que conforman el área contable y financiera (Planeación, Presupuesto, Tesorería y Contabilidad) parcialmente, cuentan con el programa AWA-Solution integra contabilidad, presupuesto cartera, proveedores, tesorería; inventarios y activos fijos están en proceso. Hospivisual Cadisof en facturación y se hace por archivos planos o de Excel y se sube masivamente. Se hace uno a uno para cruzar en todos los módulos.

Los controles establecidos para los riesgos definidos son efectivos aunque existen amenazas, el nivel de glosa no es control de la institución.

Atención Primaria en Salud APS, es un programa de atención y prevención según la Ley 1438, la demanda inducida está a cargo del asegurador y este pretende trasladárselo al prestador imponiéndolo y luego glosan la prestación por incumpliendo de metas, dada por múltiples inconsistencias en las bases de datos.

Se generan las facturas de las cuentas capitadas en los tiempos legales, dentro de los primeros 20 días del mes y cada asegurador tiene un tiempo de radicación, Coosalud no recibe si no ha montado la plantilla 4505 y esto es mensual, se debe

mandar a correos electrónicos, cambian correos etc. El validador del Ministerio no lo aceptan.

Se Clasifican las facturas por entidades y envía a radicación a las diferentes entidades responsables de pago., puntualmente y se responde glosas hasta de un peso. Con SOS, las normas contables ajustan al peso, si la consulta es 22.215 y ellos glosas 15 pesos. Excusa para glosar el pago. SOS hospitalizado, no tienen UPC. Y glosan.

Se verifican los recaudos de cartera en las entidades bancarias. Con los bancos en OCCIRED ellos muestran quien paga y se pasa a cartera y se descarga. Davivienda y Bancolombia, no identifica. Se debe identificar

La administración Concilia (se comunica) con la EPS para verificar que el pago registrado es de la factura correspondiente a diario, si no se sabe se lleva a la cuenta 29, con Medimás estos valores están allí hasta que ellos dicen a qué facturas. Si no se logra identificar la factura correspondiente el ingreso queda en depósito hasta aclarar su procedencia como nota Crédito. Se lleva a la cuenta 29, si la EPS, no se sabe, se aplica lo que dice la doctrina contable la más antigua. Que le consigne y no sabe de quién es, se registra en otros ingresos extraordinarios, y si no sabe que factura, se le aplica a la más antigua pero esto descontrola la cartera. En gestión de cobro, se ha traslado a todas las instancias, hasta el Concejo Municipal.

Todas las glosas presentadas son respondidas por la IPS, hasta de un peso, en la medida en que el asegurador las da a conocer, a veces pagan menos del valor del procedimiento. Las aseguradoras objetan lecturas de radiografías, y mayor valor facturado ajustes de tarifa, en enero, 100 pesos por encima o en medicamento que trabajan con valores de referencia, ellos deben pagar el valor siempre y cuando no supere el precio al público.

Se realiza registro de la glosa solucionada (Pagada o aceptada) en aplicativo que maneja el hospital automáticamente afectan los módulos contables cartera y presupuesto y se emite concepto de glosas aceptadas de la vigencia al área de presupuesto para que sea imputada al rubro que compete. en línea previo comité.

Se lleva a cabo un registro detallado y evaluaciones periódicas de las causa de las glosas que permitan mejorar el procedimiento porque se tiene comité de glosas

Se actualiza la cartera por entidades, edades y valores, mensualmente, porque se rinden informes trimestralmente, el informe mensual de cartera es presentado al comité financiero para la toma de decisiones por el nivel directivo de la ESE. mensualmente.

Se factura de manera oportuna las cuentas del SOAT que en promedio es de 3 y medio y 4 millones, en el mismo mes se factura y se radica a través de mensajería y son oportunos y la retroalimentación es oportuna. Con SOS y Nueva EPS se radicaban 2 veces y no pagan.

El software de la entidad responde a las necesidades de facturación, cartera y glosas en un 90%, faltaría que sea una sola empresa que incluya todos los procesos, se están haciendo acercamiento pero el costo financiero.

La cartera a 31 de diciembre de 2017 ascendía a \$1.382 millones, la tendencia es a crecer especialmente en régimen contributivo, de esta cartera total se tiene: Coomeva esta demandado porque dejó de pagar más de 18 meses sin abono, y seguían llegando pacientes, la conciliación no tuvo resultados porque propusieron pago en 36 meses y no se aceptó, se fue a conciliación ante la superintendencia y no hubo acuerdo, se entrega copia de las evidencias del proceso de cobro. En enero de 2018 se hizo acta de reunión para insistir en la conciliación y en el pago, la cual fue firmado con el acuerdo de cancela \$17 .8 millones mensuales a partir de enero 18 de 2018, a la fecha solo ha ingresado \$1.600.000,00

Del régimen subsidiado Cafesalud adeuda \$289.37 millones, se cobró inicialmente con el grupo Salucoop, existen soportes de la gestión desde el 2012. No ha sido posible liquidar los contratos. Se evidencian los correos, con la circular 030 se inició las mesas de trabajo trimestralmente para hacer acuerdo de pago y compromisos de depuración de cartera, con ellos se logró la depuración mas no los acuerdos de pago, cuando entro en liquidación de Cafesalud, se hizo todo el proceso de cobro, reuniones, compromisos que se firmaban de depuración, no obstante sin arreglo definitivo. Actualmente el proceso está en la contradicción de la reliquidación en la cual ellos argumentan que al contrario el hospital adeuda por glosas del régimen contributivo y subsidiado y el saldo es negativo por incumplimiento de metas.

Calisalud adeuda según contabilidad \$110 millones- mediante Resolución reconocen 217 de octubre 24 de 211, se resuelve el recursos de reposición del Hospital- NSTS contra la Resolución 152 de julio 25 de 2011, en ella reconocen \$133.842.352 millones ante reclamación por \$163.208.185., a la fecha solo han pagado un millón y no se han pronunciado para decir cuando pagan el resto, la cartera está provisionada al 100%, Coosalud \$112 millones., se entrega copia de la gestión de cobro realizada.

Caprecom adeuda \$39. millones según 2193. Inicialmente se reclamó \$42. millones mediante Resolución Ral 00001 del 18 de marzo de 2015, queda incluido

como reclamante. Mediante Resolución AL- 14551 del 29 de noviembre de 2016 reconocieron \$1.324.242.

Del régimen contributivos SOS adeuda \$258 millones, Nueva EPS \$209 millones.

El régimen contributivo, desde octubre de 2016 empezó a pagar inoportunamente, a partir de la exigencia de patrimonio para la EPS, y desde la Resolución 013 de 2016, la cual establece que las IPS deben prestar el servicio obligatoriamente.

El crecimiento de la cartera tiene entre otros origen en la circulara externa 0013 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, en la cual en su artículo 1º manifiesta que los hospitales no podrán suspender servicios aun si la EPS no paga. La urgencia trias 3, gripa cefalea las consulta externa tiende a desaparecer.

Los recursos que las EPS deben invertir para las actividades de p y p, de no cumplirse las metas se deben devolver al sistema, de acuerdo con la Ley 1438,

Los contratos capitados de acuerdo con la Resolución 1587 de 2016 del régimen subsidiado, permite tener flujo de caja, el inconveniente está en el cumplimiento de las metas y las restituciones (descuentos de los fallecidos, doble cartelización, que no se actualizaron por las EPS, para la comprobación de derechos de usuarios y los glosan.

Se evidencia oficios de circularización de cartera a los diferentes EPS. Los informes presentados en comité de glosa, se dan con fecha de generación de la objeción o glosa, difieren de la información presentada para la contraloría porque la misma, se presentó por fecha de facturación. Siendo está más alta debido a que las EPS glosan sobre el primer año a rededor del 50% en el segundo año el 30% y en el tercer año el 20%, porque la presentan por fuera de los tiempos, lo cual no significa su aceptación porque no se acepta por la IPS, por extemporáneo, ejemplo glosan el mismo servicio y lo acumulan por la misma causa. Pero en el sistema solo se refleja lo realmente glosado. El peso más grande lo aportaron las devoluciones que corresponden a facturación que glosaron con el argumento de incumplir requisitos legales (error de RIPS) pero en su mayoría ya estaban cancelada, al obedecer a facturas de contrato de capitación que el pago es anticipado. Quedando pendiente en la liquidación del contrato. En conclusión esto no afecta el ingreso del recurso. Se entrega copia en medio magnética de un acta.

En 1994, con la Ley 100 se creó la asociación de hospitales para hacer los contratos en masa, se obtuvo una UPC del 62%, poco a poco a través de los años, hoy del 55.53% alto, al 4º año las EPS también se asociaron y contrataron valor usuario mes y establecieron un valor, porque el gobierno nacional adicionó al

pos medicamento, rompiéndose todo esquema de contratación al ver el porcentaje de contratación el 39% de la UPC.

En la cuenta 589014 se llevó a margen de contratación \$238,7 millones, que corresponden a la diferencia entre lo facturado vs el valor contratado el cual se castiga en esta la actividad económica que impacto en la utilidad que fue negativa en el ejercicio de la vigencia por \$188 millones. En la cuenta 580423 se registra las glosas aceptadas donde se incluyen las de la vigencia actual y otras vigencias.

### **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 en la cual se concilian montos pendientes de desde la vigencia 2018 al 2016.

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 al proceso evaluado, producto de ello se cuenta con los respectivos planes de mejoramiento entre otros para cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

### **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**

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:

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**

Las cuentas de los estados contables de acuerdo al alcance del proceso evaluado, 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 pérdida de los bienes o derechos y cuando evaluada y establecida la relación costo beneficio, resulte más oneroso adelantar el proceso de que se trate.

El Hospital Nuestra Señora de Todos los Santos de La Victoria, cuenta con un sistema financiero que integra todas las áreas del proceso porque las actividades se realizan en módulos diferentes. *La existencia de un sistema contable adecuado permite la generación de una documentación útil que sirva para la preparación de las cuentas anuales que requiere de la existencia de unos registros auxiliares, documentación de ciertos procesos entre ellos listado de antigüedad de los saldos por cobrar, las justificaciones y los consecutivos de los documentos.* La situación

presentada es ocasionada por debilidades en los sistemas de control interno, *limitando la oportunidad en el control y la certeza de la veracidad de las cifras reveladas en los estados financieros.*

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	72.432.800	38.856.163	34.758.684	64.244.511	210.292.158
TARIFA	4.262.572	33.755.402	18.360.573	27.742.908	84.121.455
SOPORTES	6.604.272	6.444.908	10.397.295	7.747.957	31.194.432
AUTORIZACIÓN	4.464.635	4.506.000	2.160.463	7.074.255	18.205.353
COBERTURA	1.197.974	9.303.343	1.853.215	299.705	12.654.237
PERTINENCIA	2.636.722	1.367.567	3.493.043	3.034.785	10.532.117
ECAT	1.054.786	3.120.809	2.242.885	5.776.354	12.194.834
DEVOLUCIONES	33.763.552	27.881.117	23.074.933	221.929.896	306.649.498
TOTAL	126.417.313	125.235.309	96.341.091	337.850.371	685.844.084

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 \$1.382 millones, superior a 360 días asciende a \$736 millones, que representan el 53.29%, 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 \$373 millones, mayor a 360 días presenta una cartera de \$193.9 millones el 28.81%. Las EPS con mayor deuda son: Servicio Occidental de Salud SOS con \$258.7 millones, Nueva EPS con \$209.9 millones, Coomeva EPS \$146.2 millones y Cafesalud \$17.7 millones.

El régimen subsidiado reveló una cartera de \$609.8 millones, mayor a 360 días presenta una cartera de \$500 millones el 82.02%. El mayor deudor es la EPS Cafesalud, adeudando \$240 millones, Calisalud \$110 millones, Coosalud \$130.4 millones y Caprecom adeuda \$39 millones. (Ver tabla 8)

**TABLA 8**  
**CARTERA POR EDADES 2017 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS DE LA VICTORIA**

EDAD	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		RÉGIMEN SUBSIDIADO		SOAT-ECAT		OTROS		TOTAL	
60 días	144.264.324	21,42%	16.311.805	2,67%	7.083.288	16,07%	15.734.990	28,63%	183.394.407	13,27%
De 61 a 90	82.369.392	12,23%	10.850.246	1,78%	1.250.625	2,84%	6.295.561	11,46%	100.765.824	7,29%
De 91 a 180	187.352.545	27,82%	21.791.320	3,57%	7.685.861	17,44%	14.055.578	25,58%	230.885.304	16,70%
De 181 a 360	65.397.305	9,71%	60.678.528	9,95%	2.823.316	6,41%	1.686.171	3,07%	130.585.320	9,45%
Mayor 360	193.984.992	28,81%	500.179.649	82,02%	25.235.551	57,25%	17.183.848	31,27%	736.584.040	53,29%
<b>Total por cobrar con Facturación Radicada</b>	<b>\$ 673.368.558,00</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 609.811.548</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 44.078.641</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 54.956.148</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 1.382.214.895,00</b>	<b>100%</b>
Deterioro	39.436.692	18%	174.852.579	79%	4.344.140	2%	3.130.872	1%	\$ 221.764.283,00	100%

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 79.44% corresponde a **cartera superior a 90 días - \$1.098. millones, la cartera superior a 360 días de \$736 millones representa el 53.29%**; así mismo evidencia facturación pendiente por radicar en las vigencias 2013-2017, para la vigencia 2013 revela \$58 millones, 2014 \$74 millones, 2015 \$72 millones, 2016 \$6.5 millones y 2017 \$10.8 millones; **glosa-objeciones-inicial** registrada de \$1.241 millones para todo el periodo y **registró deterioro** para la vigencia 2017 de \$221 millones, evidenciando que el hospital con la reglamentación vigente, 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**

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS DE LA VICTORIA 2013-2017						
VIIGENCIA	Mayor 360	Total por Cobrar con Facturación Radicada		Facturación Pendiente de Radicar	Glosa	Deterioro
2013	342.213.151	1.108.121.954		58.674.889	217.066.015	0
2014	492.551.100	976.088.333		74.013.103	228.089.242	0
2015	517.413.964	951.397.550		72.174.969	292.060.530	0
2016	599.519.179	1.120.214.961		6.592.772	263.633.645	0
2017	736.584.040	1.382.214.895		10.802.313	240.396.039	221.764.283

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**

El Hospital Nuestra Señora de los Santos de La Victoria, según el estado de la situación financiera durante el periodo evaluado 2013-2017, revela pérdida por \$15,8 millones en la cuenta 5.8.08.02 denominada: Pérdida en retiro de activos. (Ver tabla 10)

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

<b>HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS LA VICTORIA 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	\$ 2.209.000
2014	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 3.643.000
2015	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 797.000
2016	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 608.000
2017	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 8.628.445
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 15.885.445</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.

*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 (Per capita) con derecho a ser atendida por periodo de tiempo, revela \$1.740,6 millones durante el periodo auditado 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**  
**HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS DE LA VICTORIA 2013-2017**

VIIGENCIA	CUENTA	NOMBRE	VALOR \$
2013	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 231.686.000
2014	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 259.030.000
2015	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 491.352.000
2016	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 519.806.000
2017	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 238.765.443
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 1.740.639.443</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) HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE TODOS LOS SANTOS DE LA VICTORIA E.S.E. 2013-2014-2015-2016-2017						
No. Hallazgos	Administrativos	Disciplinarios	Penales	Fiscales	Sancionatorios	Daño patrimonial (\$)
1	1	–	–	–	–	–