

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 TOMÁS URIBE URIBE DE TULUA E.S.E.
2013-2014-2015-2016-2017**

**CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA
Santiago de Cali, noviembre de 2018
CDVC-SOFP - 27**

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

FELIPE JOSE TINOCO ZAPATA

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.....	15
3.1.3 Planes de mejoramiento.....	17
3.1.4 Control fiscal interno.....	17
3.2 CONTROL FINANCIERO.....	18
3.2.1 Estados contables	18
3.2.2 Gestión presupuestal	19
3.2.3 Gestión financiera	20
4. ANEXOS	25

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 solidaria.

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.”¹

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%²

¹ Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia-2013

² <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 públicos 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- Cartera de difícil cobro que a 31 de diciembre de 2017 asciende a \$357.200 millones un 76.80%, siendo mayor 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
FELIPE JOSÉ TINOCO ZAPATA
Gerente
Hospital Tomás Uribe Uribe
Tuluá 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, al **Hospital Tomás Uribe Uribe 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 el proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales; los estudios y análisis se encuentran debidamente

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, del **Hospital Tomás Uribe Uribe 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 determinaron 3 hallazgos administrativos, de los cuales 1 corresponde a presunto hallazgo con alcance fiscal con cuantía de \$189.710.201; 1 hallazgo tiene alcance disciplinario; los cuales fueron trasladados ante la autoridad competente.

PLAN DE MEJORAMIENTO

El Hospital Tomás Uribe Uribe E.S.E., 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: 634

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 hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá a las vigencias 2013 2014, 2015, 2016 y 2017.

De acuerdo con la información reportada y evaluada, se determina una calificación total en los componentes, factores y variables evaluadas, siendo **eficiente** según los resultados del ejercicio en **legalidad financiera 82.0 puntos** determinándose que cumple con la normatividad aplicable y en **control fiscal interno** alcanzó **68.4 puntos** con deficiencias indicando que los procesos no cuentan con los debidos controles y no son efectivos. (Ver tablas 1 y 2)

TABLA -1			
27-HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA E.S.E			
LEGALIDAD -			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Financiera	82,0	1,00	82,0
CUMPLIMIENTO LEGALIDAD		0,00	82,0

Calificación	
Eficiente	2
Con deficiencias	1
Ineficiente	0

Eficiente

TABLA -2			
27-HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA E.S.E			
CONTROL FISCAL INTERNO			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Evaluación de controles (Primera Calificación del CFI)	75,0	0,30	22,5
Efectividad de los controles (Segunda Calificación del CFI)	65,6	0,70	45,9
TOTAL		1,00	68,4

Calificación	
Eficiente	2
Con deficiencias	1
Ineficiente	0

Con deficiencias

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 población³

El **Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá**, oferta los servicios de hospitalización, urgencias, ambulatorios, de apoyo diagnóstico y terapéutico de baja y mediana complejidad y a implementar los servicios de Servicios de alta complejidad como: Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, Adulto, Pediátrico y Neonatal, Servicio de Oncología. Pertenece al área geográfica Centro Tuluá conformada por 11 municipios: Tuluá, Roldanillo, Andalucía, Bolívar, Bugalagrande, Caicedonia, El Dovio, Riofrío, San Pedro, Sevilla y Trujillo. Esta Área dispone de dos vías principales, la Carretera Panamericana que cruza el Departamento y lo comunica con el resto del País, construida en doble calzada desde el municipio de Santiago de Cali a Cartago y la vía Panorama que une los municipios ubicados en la margen derecha del río Cauca de Santiago de Cali a Roldanillo. Intermunicipalmente esta área geográfica tiene comunicación por vías carretables, pavimentadas a las cabeceras municipales y en afirmado a la totalidad de corregimientos y veredas. El área ha sido definida teniendo en cuenta las vías de acceso de los pobladores que tienen como centro comercial la ciudad de Tuluá. Hace parte de los tres hospitales de mediana complejidad de la red pública con el Hospital San Antonio de Roldanillo y Centenario de Sevilla.⁴

ÁREAS GEOGRÁFICAS DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA



Fuente: Diseño Grupo Técnico SDSV – 2016

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

⁴ 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 **Tuluá** 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 216.604**, muestra una población afiliada al régimen contributivo de **111.613** un **51.53%** y subsidiado de **101.757** el **46.98%** y régimen excepción **3.663** el **1.69%** para una cobertura total de **217.033** un **100.20 %** población sin asegurar, sin cobertura de **(429)**, un **-0.20%** y una población pobre no asegurada de **1.812** el **4.77.%. (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 NA ASEGURADA - PPNNA	
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		
76834	Tuluá	216.604	4,60%	111.613	51,53%	101.757	84.474	17.283	46,98%	3.663	1,69%	217.033	100,20%	(429)	-0,20%	1.812	4,77%		
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 Integrado de Información de la Protección Social																			

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							
DETALLE ESTADÍSTICO MENSUAL DE LA POBLACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ACTIVOS							
FECHA CORTE 30/12/2017	EPS005 SANITAS	EPS018 S.O.S.	EPS037 NUEVA EPS	EPS044 MEDIMAS CONT.	EPS045 MEDIMAS MOVIL.	ESSC18 EMSSANAR MOVIL.	Total general
1	5	11	13	14	15	18	22
834 TULUA	5.084	28.637	21.397	10.865	1.497	4.186	111.613
Total general	136.715	662.878	346.789	144.886	8.716	60.155	2.471.496

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

El régimen contributivo tiene 111.613 afiliados en las EPSS: Sanitas 5.084, SOS 28.637, Nueva EPS 21.397, Medimás Continuidad 10.865, Medimás Movilidad 1.497, Emssanar Continuidad 4.186.

TABLA 5

COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSSS - DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA										
DETALLE ESTADÍSTICO MENSUAL DE LA POBLACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO ACTIVOS										
FECHA CORTE 30/12/2017	EPSS05 SANITAS	EPSS16 COOMEVA	EPSS18 S.O.S.	EPSS37 NUEVA EPSS	EPSS41 NUEVA EPSS MOV	EPSS44 MEDIMAS MOVIL.	EPSS45 MEDIMAS SUBS.	ESS062 ASMET SALUD	ESS118 EMSSANAR	Total general
1	6	9	11	14	15	16	17	19	21	22
834 TULUÁ	68	2.194	1.223	874	2	1.384	22.851	5.627	67.534	101.757
Total general	746	20.242	24.692	12.092	84	12.366	176.256	131.449	917.483	1.726.057

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

El régimen subsidiado tiene 101.757 afiliados en las EPSS: Sánitas 68, Coomeva 2.194, SOS 1.123, Nueva EPS 874, Nueva EPS Movilidad 2, Medimás Movilidad 1.384, Medimás Subsidiado 22.851, Asmet Salud 5.627 y Emssanar 67.534.

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. (Ver tabla 6)

TABLA 6

FINANCIACIÓN ASEGURAMIENTO REGIMEN SUBSIDIADO MUNICIPIO DE TULUA

VIGENCIA	AFILIADOS BDUA ESTIMADO	UPC PROMEDIO PONDERADO ESTIMADA	COSTO TOTAL ESTIMADO
2013	114.017	455.350,14	\$ 51.917.656.912
2014	114.900	629.049,08	\$ 72.277.738.862
2015	115.470	748.990,68	\$ 78.389.081.429
2016	116.050	748.990,97	\$ 86.920.401.917
2017	104.126	827.966,13	\$ 86.563.404.397
TOTAL		\$ 3.410.347,00	\$ 376.068.283.517,32

Fuente :Dirección de Financiamento 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.

3.1.2 Legalidad

Cumplimiento de normas externa e internas aplicables en los componentes 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 2006 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...”

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 hacía visitas de facturación, sin embargo no se evidencia en los documentos la realización de auditorías para estos procesos y no se aportó auditorías internas con sus respectivos planes de mejoramiento.

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.

1. Hallazgo administrativo

Se evidenció que los planes de mejoramiento realizados por la entidad para disminuir las glosas no cuentan con un indicador que permita medir la efectividad del cumplimiento de las acciones establecidas. **Los indicadores se constituyen en una herramienta que permite medir la gestión y tomar los correctivos necesarios para el logro de los objetivos.** Situación ocasionada por debilidades en el sistema de control interno; conllevando a que el plan de mejoramiento no cumpla con su objetivo institucional y no permite que el proceso de facturación sea eficiente y efectivo para identificar los riesgos que puedan afectar el proceso.

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 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.

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	81.721.889	84.726.874	99.496.137	390.679.052	656.623.952
TARIFA	139.800.462	117.871.862	87.048.748	784.626.303	1.129.347.375
SOPORTES	88.207.685	86.544.676	100.690.024	415.105.562	690.547.947
AUTORIZACIÓN	39.349.950	30.126.967	9.453.084	542.387.232	621.317.233
COBERTURA	5.693.732	6.375.735	10.927.734	9.916.046	32.913.247
PERTINENCIA	76.251.516	131.400.431	107.413.478	356.375.236	671.440.661
ECAT	6.102	-	84.700	-	90.802
DEVOLUCIONES	74.050.692	340.925.239	89.959.973	1.056.543.208	1.561.479.112
TOTAL	505.082.028	797.971.784	505.073.878	3.555.632.639	5.363.760.329

Fuente: Hospital

1.2.2 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 \$24.678,09 millones, superior a 360 días asciende a \$ 8.239,83 millones, que representan el 33,38%, situación que afecta el flujo de recursos para la operación y prestación eficiente del servicio.

El régimen contributivo reveló una cartera de \$8.741,16 millones, mayor a 360 días presenta una cartera de \$2.672,04 millones el 30,56%. Las EPS con mayor deuda son: Cafesalud con \$2.587,41 millones, Nueva EPS con \$2.557,67 millones y Coomeva EPS \$2.082,14 millones.

El régimen subsidiado reveló una cartera de \$13.365,24 millones, mayor a 360 días presenta una cartera de \$3.888,96 millones el 29,09%. El mayor deudor es la EPS Cafesalud adeudando el 43,41% representado en \$5.803,15 millones. Emssanar adeuda \$1.762,67 millones y Calisalud adeuda \$1.656,63 millones. (Ver tabla 8)

TABLA 8

CARTERA POR EDADES-2017- HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE

EDAD	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		RÉGIMEN SUBSIDIADO		SOAT-ECAT		POBLA POBRE SECRETARIAS		OTROS		TOTAL	
60 días	1.375.787.943	15,74%	3.089.047.727	23,11%	41.372.580	7,79%	10.178.908	0,78%	71.952.544	9,74%	\$ 4.588.339.702,00	18,59%
De 61 a 90	511.239.934	5,85%	452.668.901	3,39%	7.202.800	1,36%	3.433.500	0,26%	5.239.761	0,71%	\$ 979.784.896,00	3,97%
De 91 a 180	1.841.848.558	21,07%	2.656.457.139	19,88%	9.250.367	1,74%	970.900	0,07%	29.013.450	3,93%	\$ 4.537.540.414,00	18,39%
De 181 a 360	2.340.251.575	26,77%	3.278.108.392	24,53%	126.441.180	23,82%	480.625.190	36,91%	107.168.248	14,51%	\$ 6.332.594.585,00	25,66%
Mayor 360	2.672.041.784	30,57%	3.888.963.068	29,10%	346.562.036	65,29%	806.843.644	61,97%	525.420.257	71,12%	\$ 8.239.830.779,00	33,39%
Total por cobrar con Facturación Radicada	\$ 8.741.169.794,00	100,00%	\$ 13.365.245.217,00	100,00%	\$ 530.828.963,00	100,00%	\$ 1.302.052.142,00	100,00%	\$ 738.794.260,00	100,00%	\$ 24.678.090.376,00	100,00%
Deterioro	\$ 1.018.474.324,00	23,56%	\$ 2.710.078.224,00	62,69%	\$ 230.818.202,00	5,34%	\$ 180.582.188,00	4,18%	\$ 182.763.625,00	4,23%	\$ 4.322.716.563,00	100,00%

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004

2. 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 **77.44%** corresponde a cartera superior a 90 días - **\$19.109,9 millones**, la cartera superior a **360 días de \$8.239,8 millones representa el 31.50%**, así mismo evidencia facturación pendiente por radicar en las vigencias 2013-2017, para la vigencia 2013 revela \$1.913 millones, 2014 \$337.millones, 2015 \$904.5 millones, 2016 \$3.389 millones y 2017 \$4.339 millones; **glosa- objeciones-inicial** para el periodo evaluado \$7.368 millones y **registró deterioro** para el 2017 por \$4.322 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

HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA 2013-2017						
VIIGENCIA	Mayor 360	Total por Cobrar con Facturación Radicada		Facturación Pendiente de Radicar	Glosa	Deterioro
2013	3.775.913.220	9.241.103.202		1.913.069.046	1.656.329.662	0
2014	2.851.542.472	10.844.688.802		337.072.381	1.112.561.545	0
2015	4.215.525.519	7.895.084.733		904.501.011	1.652.883.845	0
2016	4.813.763.095	16.169.571.221		3.389.592.600	1.998.997.184	0
2017	8.239.830.779	24.678.090.376		4.339.586.029	947.338.999	4.322.716.563

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**

1. **Hallazgo administrativo disciplinario y fiscal**

El Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá, según el estado de la situación financiera durante el periodo evaluado 2013-2017, revela pérdida por \$742 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

HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA 2013-2017			
VIIGENCIA	CUENTA	NOMBRE	VALOR \$
2013	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 258.491.000
2014	5.8.08.03	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 186.967.000
2015	5.8.08.04	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 135.735.000
2016	5.8.08.05	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 55.277.000
2017	5.8.08.06	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 105.842.250
TOTAL			\$ 742.312.250

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 la evidencia obtenida fueron objeto de gestión de cobro y conciliación con los diferentes clientes del hospital y de gestión de cobro pero no esta no fue eficaz.

En razón a lo anterior se evidencia un presunto detrimento fiscal de \$189.710.201 correspondiente a las vigencias 2014 y 2015 de acuerdo a lo estipulado en los artículos 5 y 6 de la Ley 610 del 2000 y presunta incidencia disciplinaria al tenor de lo estipulado en el numeral 1° del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA 2013-2017			
VIIGENCIA	CUENTA	NOMBRE	VALOR \$
2014	5.8.08.03	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 58.276.983
2015	5.8.08.04	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 131.433.218
2016	5.8.08.05	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ -
2017	5.8.08.06	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ -
TOTAL			\$ 189.710.201

Fuente: Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP)

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 2° del artículo 44° de la Ley 1122 de 2007, artículo 116 de la Ley 1438 de 2011 y el numeral 8°, del artículo 6°, 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.

La situación presentada es ocasionada por incumplimiento en la aplicación de los controles a los procesos y en los instrumentos de gestión, específicamente en el del proceso de facturación, cartera y glosas; ocasionando pérdida de recursos útiles para la prestación de los servicios de salud ofertados y el bienestar de la población – ciudadanos, con oportunidad y calidad y a quienes se les debe garantizar 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, revela \$82 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 TOMAS URIBE URIBE DE TULUA 2013-2017

VIIGENCIA	CUENTA	NOMBRE	VALOR \$
2013	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 82.237.000
2014	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ -
2015	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ -
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	\$ -
TOTAL			\$ 82.237.000

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 TOMÁS URIBE URIBE DE TULUA E.S.E.
2013-2014-2015-2016-2017

No. Hallazgos	Administrativos	Disciplinarios	Penales	Fiscales	Sancionatorios	Daño patrimonial (\$)
3	3	1	–	1	–	\$189.710.201