

**ESTRATEGIAS PARA RECUPERAR LA CARTERA DE LA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL
CARMEN DE BOLIVAR, CON LAS ENTIDADES ASEGURADORAS A
PARTIR DEL AÑO 2008.**

**LUCY MARGARITA DEL RIO NOGUERA
YUNIS MARIA LAFONT CABEZA**

**UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE BOLIVAR.
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
PROGRAMA DE ESPECIALIDAD DE GERENCIA EN SALUD
CARTAGENA
2009**

**ESTRATEGIAS PARA RECUPERAR LA CARTERA DE LA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL
CARMEN DE BOLIVAR, CON LAS ENTIDADES ASEGURADORAS A
PARTIR DEL AÑO 2008.**

**LUCY MARGARITA DEL RIO NOGUERA
YUNIS MARIA LAFONT CABEZA**

**Trabajo de Tesis presentado como requisito para optar al título de
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD**

NETTY HUERTAS CARDOZO

Director

**UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE BOLIVAR.
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
PROGRAMA DE ESPECIALIDAD DE GERENCIA EN SALUD
CARTAGENA**

2009

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cartagena de Indias, 21 de Julio de 2009.

A DIOS por sus bendiciones, el
Amor que nos envía en cada momento,
y a nuestras familias por su apoyo
incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Doctora **NETTY HUERTAS CARDOZO**, por su valiosa orientación y asesoría.

MELISSA VILLA AGAMEZ, por su inagotable paciencia, asesoría y colaboración.

Profesores del programa **ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD 2007**, por fomentar en sus estudiantes el espíritu crítico y la inquietud por la investigación.

CONTENIDO

INTRODUCCION	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	8
1.2. ELEMENTOS DEL PROBLEMA	10
1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA	11
1.4. OBJETIVOS	12
1.4.1. Objetivos General	12
1.4.2. Objetivos Específicos	12
1.5. JUSTIFICACION	13
1.6. DELIMITACION DEL PROBLEMA	15
1.6.1. Delimitación Espacial	15
1.6.2. Delimitación Conceptual	15
1.6.3. Delimitación Temporal	15
1.7. MARCO CONCEPTUAL	16
1.7.1. Antecedentes	16
1.7.2. Bases Teóricas	23
1.8. METODOLOGIA	29
1.8.1. Tipo De Investigación	29
1.8.2. Definición de Población y Muestra	29
1.8.3. Fuentes de Información.	30
1.9. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	31
1.9.1. Cronograma.	31
1.9.2. Presupuesto	32

2.	PROCESO PARA RECUPERAR LA CARTERA DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO E. S. E.	33
2.1.	GENERALIDADES	33
2.2.	EL HOSPITAL PUBLICO COLOMBIANO COMO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.	34
2.2.1.	Demanda De Servicios De Salud.	36
2.2.2.	Oferta De Servicios De Salud	36
2.3.	PROCESO DE VENTA Y CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	37
2.4.	NEGOCIACIÓN Y CONTRATACIÓN DE VS SERVICIOS OFRECIDOS POR LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO.	39
2.5.	PROCESO DE FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOS EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO E. S. E.	40
2.5.1.	Facturación	40
2.5.1.1.	Modelo general del proceso de facturación.	41
2.5.1.2.	La factura o documento equivalente, fuente principal del registro contable de las transacciones	42
2.5.1.3.	Periodo Que Se Debe Conservar La Factura	42
2.5.1.4.	Requerimientos De Información Para La Facturación	42
2.5.1.5.	Ejecución Del Proceso De Facturación	44
2.5.1.6.	Recaudo	45
2.6.	PROCESO DE GESTION DE CARTERA EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO E. S. E.	46
2.6.1.	Generación De La Cartera	47
2.6.1.1.	Preparación De Las Cuentas De Cobro O Consolidados De Las Facturas.	47
2.6.1.2.	Presentación De La Cuenta De Cobro	47
2.6.1.3.	La Cuenta De Cobro.	48

2.6.1.4. Contabilizar Cuentas	48
3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL AREA DE FACTURACION y CARTERA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN.	50
3.1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL CICLO DE SERVICIO EN LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	50
3.1.1. El Hospital Nuestra Señora Del Carmen frente a los cambios en el Sistema Nacional de Salud.	51
3.2. DIAGNOSTICO DEL CICLO DE SERVICIO EN LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL CARMEN DE BOLIVAR.	52
3.2.1. Admisión del Cliente.	52
3.2.2. Proceso de Facturación	52
3.2.3. Prestación de Servicios	54
3.2.4. Sección de Cartera	54
3.2.5. Aspectos Administrativos	55
3.3. FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOFINANCIACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN.	56
3.3.1. Pago Oportuno	58
3.3.1.1. Mora en el Pago	59
3.3.1.2. Intereses De Mora	60
3.4. ANÁLISIS FINANCIERO Y PRESUPUESTAL	62
3.4.1. Mecanismos de Pago por Pagador	62
3.4.2. Facturación por los principales pagadores	63
3.4.3. Recaudos por los principales pagadores	63
3.4.4. Reconocimiento por los principales pagadores	69

3.4.5. Comportamiento de la Cartera	71
RECOMENDACIONES	72
CONCLUSIONES	78
BIBLIOGRAFIA	79

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Mecanismos de pago en la contratación de prestación de servicios por pagador.	62
Tabla 2. Evolución de la facturación por pagador	63
Tabla 3. Evolución del valor glosas definitivas a fin de año	64
Tabla 4. Evolución de la facturación radicada.	65
Tabla 5. Valores glosados Vs. facturación radicada en la vigencia (porcentaje de glosa)	66
Tabla 6. Evolución de los ingresos reconocidos por venta de servicios por pagador	67
Tabla 7. Valores reconocidos vs. Valores facturados por venta de servicios (porcentaje de reconocimiento)	68
Tabla 8. Evolución de los ingresos recaudados por venta de Servicios por pagador	69
Tabla 9. Valores recaudados vs. Valores reconocidos por venta de servicios (porcentaje de recaudo)	70
Tabla10. Comportamiento de la cartera	71

INTRODUCCION

El nuevo esquema de administración de los servicios de la salud prevé que los recursos financieros requeridos por los hospitales, sean obtenidos con base a la recuperación de los ingresos generados a la venta de servicios prestados y termina con el cobro y pago de la obligación que se genera. En este proceso juega un papel preponderante la gestión de la cartera, puesto que hace parte inherente e integral de la gestión financiera hospitalaria, convirtiéndose en una de las operaciones de mayor cuidado en la empresa, de ella depende la operación normal, funcional y sostenibilidad financiera del ente hospitalario.

Si bien es cierto que la carencia de recursos económicos y de mecanismos claros de financiación de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), son causas del déficit crónico de las mismas, no es menos cierto que gran parte de los problemas tienen que ver con las dificultades de orden administrativo, por lo que se deben desarrollar acciones encaminadas a optimizar este proceso. El no recaudo efectivo de los dineros generados en la prestación de los servicios de salud puede ocasionar serios problemas financieros para la empresa y atentar

contra los lineamientos, políticas y estrategias en el manejo de esta área que permita establecer su filosofía, visión, funciones y unos adecuados mecanismos de control con la aplicación de principios de calidad, oportunidad eficiencia, eficacia, etc.

Uno de los puntos importantes que debemos trabajar es que los funcionarios involucrados en la gestión de Cartera, puedan identificar sus fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades, sin embargo el acto de conocer y aceptar los problemas más significativos del proceso, no es suficiente para adoptar cambios trascendentales en el área de cartera y de las distintas áreas que se involucran con ella, por el contrario, se requiere de mayor conocimiento del tema e involucrar a todas las personas y dependencias que la afectan, asumiendo un reto colectivo y corporativo.

**ESTRATEGIAS PARA RECUPERAR LA CARTERA DE LA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL
CARMEN DE BOLIVAR, CON LAS ENTIDADES ASEGURADORAS A
PARTIR DEL AÑO 2008.**

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La aplicación de la ley 100 de 1993 generó cambios radicales en todas las instituciones del sector salud, especialmente en los hospitales Públicos como la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen, la cual se vio afectada por tales cambios.

Anteriormente la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen se conocía con el nombre de Hospital Montecarmelo de el Carmen de Bolívar, cuyo funcionamiento era financiado en su totalidad por el gobierno. En ese tiempo no existía un Área de Cartera; las facturas generadas por concepto de servicios prestados eran

enviadas a las Empresas sin que le hiciera un seguimiento para hacer efectivo sus cobros. Al momento de entrar en vigencia la ley 100 de 1993, y por las exigencias de la misma, las empresas como la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen debían ser autosuficientes a través de la venta de servicios en búsqueda de una mayor eficiencia y productividad; surge entonces la necesidad de reestructurar la organización de dichas Instituciones, es decir, es necesario crear, modificar o eliminar departamentos, oficinas, dependencias, secciones, etcétera. En el año 2008, las directivas de la institución, inspiradas por estos nuevos aires de cambio, designan a un funcionario para que desempeñe el cargo de Jefe de Cartera. Dicho funcionario procurará hacer conciliaciones de cuentas con las Empresas Aseguradoras, pero encuentra que algunas Empresas habían desaparecido, otras aseguraban haber cancelado o no haber recibido las cuentas de cobro. La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de el Carmen de Bolívar debía demostrar que si había prestado el servicio y que además no había recibido pago. Por falta de organización; a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen le fue imposible demostrar la facturación posventa de servicio, lo cual trajo como consecuencia un crecimiento de cartera por este concepto.

1.2. ELEMENTOS DEL PROBLEMA

El problema de crecimiento de la cartera, se debía a diferentes razones, entre ellas:

- Epicrisis incompletas y mal diligenciadas.
- Falta de soportes que permitan el cobro de las cuentas, requeridos por la resolución 1591 de 1995, la cual establece los soportes requeridos para el cobro por la atención a pacientes desplazados por la violencia.
- Deficiencia en el área de facturación, procedimientos administrativos no definidos, que trajo como consecuencia subfacturación y sobrefacturación.
- Carencia en la implementación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), no-aplicación del decreto 3374 de 2000.
- Exigencia de la ley 100 de 1993 en cuanto a la autosuficiencia a través de la venta de servicios.
- Deficiente auditoria medica y administrativa, desempeño parcial de la función del auditor medico.
- Demora en el proceso de cobro a las aseguradoras por servicios prestados a los usuarios.

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Qué acciones se requiere implementar en la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen, para que la facturación y recaudo de cartera, se presente de manera oportuna ante las Aseguradoras?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivos General

Diseñar estrategias que permitan hacer eficiente y eficaz el recaudo de la cartera a partir del 2008, con las Empresas Aseguradoras para disminuir el déficit financiero de la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de El Carmen de Bolívar.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Elaborar un diagnostico situacional en el Área de Cartera de la Empresa Social del estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de el Carmen de Bolívar, a partir del año 2008.
- Analizar los procesos y procedimientos para la elaboración de las facturas por servicios prestados, e identificar los factores causantes de glosas.
- Determinar los procedimientos utilizados en la auditoria de facturas.
- Evaluar si la presentación de facturas y cuentas cumplen con los requisitos establecido por el Ministerio de Salud.
- Analizar el proceso y los procedimientos que se utilizan para el recaudo de la cartera.
- Proponer estrategias que posibiliten el recaudo oportuno de la cartera a partir del 2008, de la Empresa Social del estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de el Carmen de Bolívar, con las Aseguradoras.

1.5. JUSTIFICACION.

La preocupante crisis económicas por la cual atraviesa el sector salud en Colombia y la implementación de normas como: La Ley 100 de 1993, el decreto 046 del 2000, la Ley 715 del 2001, el decreto 3374 de 2000, han producido cambios importantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, obligando a la Empresa Social del estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de el Carmen de Bolívar, a ser autosuficiente a través de la venta de servicios de salud. Por lo anterior se observa que los procedimientos llevados a cabo para la recuperación de la Cartera con las entidades aseguradoras, promotoras de salud administradoras de régimen subsidiado, empresas solidarias de salud empresas sociales del estado y particulares, presentan grandes debilidades que le impiden ser autosuficientes, a tal punto que se produce una nula recuperación de cartera, aunando a esto la disminución porcentual de los recursos provenientes del Estado para subsidios a la oferta por subsidios a la demanda.

Es importante señalar que la venta de servicios a la Secretaria de Salud del Departamento de Bolívar, representa el 80%, de los ingresos de la institución, y estos no son cancelados oportunamente de acuerdo a la facturación enviada; el 20% restante son los contratos con la aseguradora (objeto de estudio) en donde

esta investigación nos llevara al porque de la demora en el recaudo de estos dineros, si es por parte del contratista o el contratante.

Se considera importante esta investigación porque los autores, Gerentes de los Servicios de la Salud, pueden identificar las falencias que se presentan en el área de cartera con el fin de crear e instituir mecanismos eficientes que contribuyan a mejorar la gestión y beneficio socioeconómico de la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de el Carmen de Bolívar.

1.6. DELIMITACION DEL PROBLEMA

1.6.1. DELIMITACION ESPACIAL

La presente investigación se llevara a cabo en la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de el Carmen de Bolívar, departamento de Bolívar.

1.6.2. DELIMITACION CONCEPTUAL

En el presente trabajo de investigación se consideraron las siguientes fuentes bibliográficas:

- La ley 100 de 1993, el decreto 3374 de 2000, el decreto 046 de 2000, la ley 715 de 2001, el decreto 1281 de 2002, decreto 2309 del 15 de octubre de 2002, decreto 723 de 1997, resolución 4252 de 1997, decreto N°882 de 1998, decreto 4747 de 2007.
- Oficio 068GNSC2009 Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de el Carmen de Bolívar.

1.6.3. DELIMITACION TEMPORAL

El proceso seguido en la realización de esta investigación abarcara el periodo comprendido en enero del año 2008 a diciembre del año 2008, momento a partir del cual surge la ESE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE EL CARMEN.

1.7. MARCO CONCEPTUAL

1.7.1. ANTECEDENTES.

El Departamento de Bolívar mediante decreto No 709 del 26 de diciembre del 2007, suprime y ordena la liquidación de la E.S.E. Hospital Montecarmelo, y crea mediante decreto No 736 del 26 de diciembre de 2007, la **ESE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE EL CARMEN**, como una entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y financiera, con sede en el Municipio de El Carmen de Bolívar, con oficinas ubicadas en la calle 23 # 56-32. Con la misma normatividad jurídica que rige las Empresas Sociales del Estado, la E.S.E. tiene como objetivo principal, la prestación de los servicios de salud de baja y mediana complejidad a toda la población de la región de los Montes de María e incluso a poblaciones cercanas de los Departamentos de Sucre y Magdalena.

REGULACION NORMATIVA

1. El nombre deberá mencionar siempre la expresión "EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO"

2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del Servicio Público de Seguridad Social.
3. El Director o representante legal será designado según lo dispone el 192 de la presente ley.
4. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del capítulo IV de la ley 10 de 1990, que fue remplazada por varios decretos hasta llegar en la actualidad al decreto 1227 de 2005.
5. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.
6. El régimen presupuestal será el que prevea, en función de su especialidad, en la ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, en los términos previstos en la presente ley.
7. Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las entidades territoriales.
8. Para efectos de tributos nacionales, se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

ORGANOS DE LA ADMINISTRACION

Conformada por la Junta Directiva y el gerente, quien tiene a su cargo mantener la unidad en torno a la misión y objetivos institucionales; identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios, determinar la estrategia del servicio asignar recursos, aprobar y adoptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión Institucional, sin perjuicio de las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la entidad.

ÓRGANOS DE LA FISCALIZACION.

El control fiscal de la ESE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE EL CARMEN, es ejercido por la Contraloría General del Departamento de Bolívar, así como la Superintendencia Nacional de Salud la cual inspecciona, vigila y controla los servicios de salud.

La ESE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE EL CARMEN, cuenta con un control Administrativo Interno, que es ejercido por un Revisor Fiscal y un Jefe de Control

Interno, los cuales se encargan de dar cumplimiento a las normas establecidas legalmente.

LA ESTRUCTURA ORGÁNICA de la institución esta compuesta por una Junta Directiva conformada por seis miembros así:

El Gobernador o Delegado del Gobernador de Bolívar

El Secretario de Salud Departamental o su delegado

Un Representante del Estamento científico Externo.

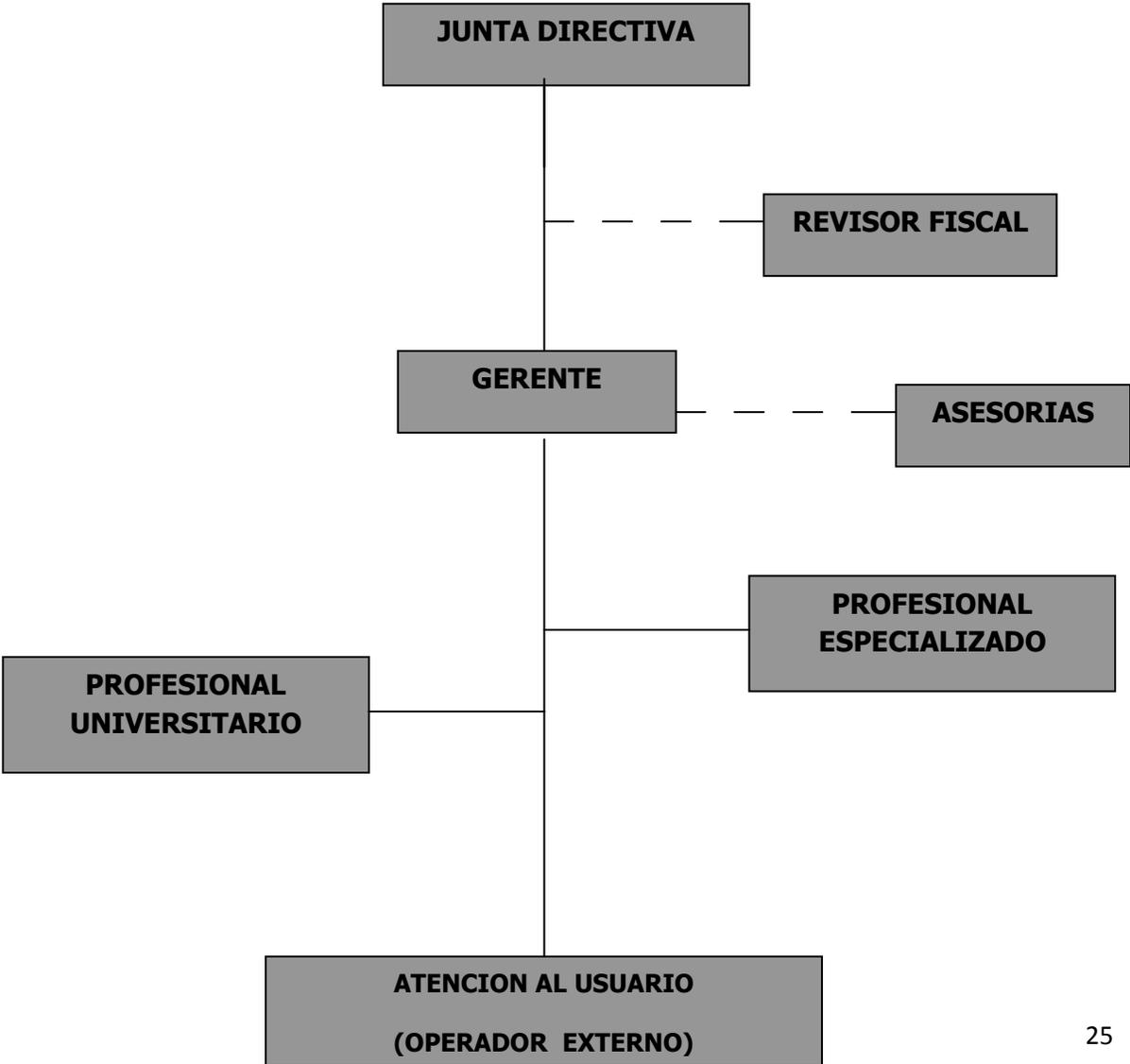
Un Representante de las Alianzas de usuarios.

Un Representante de los gremios de la producción.

La estructura orgánica de la empresa se puede observar en el organigrama que se presenta en la Figura 1. Administrativamente la ESE funciona con un Gerente que hoy en día está con carácter de provisionalidad, un Profesional especializado y un Profesional Universitario, para un total de tres cargos en nomina para el año 2008, así mismo se vincularon por medio de contrato de prestación de servicios profesionales: un Contador, un Asesor Administrativo y Financiero, un Jurídico y el Revisor Fiscal.

Dentro de las actividades del Hospital se realizaron las inscripciones de los servicios de salud ante la Secretaria de salud Departamental, inscripción de la empresa ante la DIAN, para la expedición del NIT, numero 900196346-9, y solicitud de resolución de facturación. De igual forma se registró a la institución en los respectivos organismos del Estado para rendición de cuentas e información como son: Supersalud, Ministerio de Protección Social, Contaduría General de la República, Contraloría Departamental de Bolívar.

FIGURA 1. E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN



Cabe recalcar y anotar que la parte asistencial de la ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN es suministrada mediante un Operador Externo bajo un CONTRATO DE ASOCIACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDIANTE OPERADOR EXTERNO LA ESE HOSPITAL MONTECARMENLO CEDIDO A LA ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN comenzado actividades a partir del 01 de abril de 2008. En este contrato con relación al anterior ejecutado por la E.S.E. Hospital Monte Carmelo, se pactó un compromiso de modificación del contrato cedido, con el que se busca aclarar, precisar y determinar las funciones y responsabilidades de la Empresa Social del Estado, especialmente en lo relacionado con los porcentajes de participación respecto a la **Facturación**; los cuales se distribuyen así: E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen **8%**, Operador Externo – Fundaser **92%**.

CONTRATACIÓN

En el siguiente cuadro mostramos la relación de los contratos a 31 de diciembre de 2008, de La ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN por valor de **6.819.927.464**.

De igual manera si observamos el cuadro encontraremos que los mayores pesos porcentuales de la contratación la tenemos con la Empresa Mutual Ser, seguida

de la Secretaria de Salud Departamental y en tercer lugar EPS-S AMBUQ, podemos resaltar la modalidad de contratación capitado en un número de (12) y por evento un número de (15), la mayoría con vigencia 31 diciembre 2008.

CUADRO 1. RELACION DE CONTRATOS SUSCRITOS

ENTIDAD	NUMERO	MODALIDAD	POBLACION	INICIO DE	VIGENCIA DEL	VALOR
SECRETARIA SECCIONAL	73	CAPITACION	Zodes Montes	14 de abril 2008	Feb 14 2009	\$ 1.865.000.000
SECRETARIA SECCIONAL	27	EVENTO	Zodes Montes	13 de agosto-08	31-Oct-08	70.000.000
SECRETARIA SECCIONAL	55	Evento primer nivel	El carmen de B	10 DE SEPT.08	10 de feb -08	125.000.000
MUTUAL SER	7502	CAPITACION primer nivel	25,222	1 DE ABRIL - 08	31-Dic-08	1.155.734.338
MUTUAL SER	7505	CAPITACION	6,156	1 DE ABRIL - 08	31-Dic-08	81.330.548
MUTUAL SER	7512	CAPITACION	25,222	1 DE ABRIL -08	31-Dic-08	645.355.314
MUTUAL SER	7515	CAPITACION pyp	6,156	1 DE ABRIL -08	31-Dic-08	57.642.048
MUTUAL SER	7538	CAPITACION primer nivel	1,518	1 DE ABRIL-08	31-Dic-08	69.558.509
MUTUAL SER	7539	CAPITACION	123	1 DE ABRIL -08	31-Dic-08	1.625.025
MUTUAL SER	7540	CAPITACION pyp	1,518	1 DE ABRIL -08	31-Dic-08	38.841.066
MUTUAL SER	7541	CAPITACION pyp	123	1 DE ABRIL -08	31-Dic-08	1.151.917
MUTUAL SER	6773	EVENTOS segundo nivel	El carmen de B.	1 DE ABRIL -08	31-Dic-08	810.000.000
CAJACOPI	811	CAPITACION	2,993	1 DE ABRIL -08	31-Dic-08	85.090.993
CAJACOPI	824	CAPITACION ayuda dx	1750	1 DE ABRIL-08	31-Mar-09	15.608.628
CAJACOPI	1269	EVENTO	2,993	1 DE ABRIL -08	31-Dic-08	10.000.000
CAJACOPI	1270	EVENTO	9,149	1 DE ABRIL-08	31-Dic-08	40.000.000
CAJACOPI	6774	CAPITADO ayuda dx p. nivel	44	1 de Junio- 08	31-Mar-09	327.037
CAJACOPI	1827	eventos	44	1 de Junio- 08	31-Mar-09	2.000.000
CAJACOPI	1828	eventos	74	1 de Junio- 08	31-Dic-08	2.000.000
COMPARTA	S741	EVENTO	1,296	1 DE ABRIL-08	31-Mar-09	18.541.765
COMPARTA	T 859	EVENTO 2 nivel		1 DE ABRIL-08	31-Mar-09	8.065.155
COMPARTA	T875	Evento primer nivel	1,927	1 DE ABRIL-08	31-Mar-09	6.230.406
COOSALUD	SB02008/0066	EVENTO 2 nivel	1919 + 818	1 DE ABRIL-08	31-Mar-09	42.798.242
AMBUQ	213660	EVENTO		1 DE ABRIL-08	31-Dic-08	198.344.410
AMBUQ	13244648	EVENTO		1 DE ABRIL-08	31-Dic-08	191.282.063
POLICIA NACIONAL	17-7-20017	EVENTO		5 de agosto-08	31-Dic-08	20.000.000
SOLSALUD	RSM-BO-043-08	EVENTO	1744 + 1398	1 de agos-08	31-Mar-09	70.000.000
Convenio Inter administrativo	556					1.188.400

						\$ 6.819.927.464
--	--	--	--	--	--	------------------

ACREDITACION:

La ESE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN se encuentra dentro del proyecto de las 100 IPS seleccionadas por el Ministerio de Protección Social, actualmente se reciben las capacitaciones por el Ministerio y se están haciendo autoevaluaciones frente a los estándares de acreditación.

1.7.2. BASES TEORICAS.

El gobierno colombiano, hasta la década de los años 80, tuvo el monopolio administrativo y financiero sobre las instituciones, cargos y funciones publicas en salud, se encargaba de administrar todos los recursos disponibles, hecho que generó malestar en los entes territoriales, pues muy frecuentemente las necesidades de cada departamento o municipio eran parcialmente satisfechas o se distorsionaba el uso de los recursos; esto quizás por falta de conocimiento apropiado por parte del gobierno de la necesidades propias y reales de cada región.

Basándose en esto, el gobierno colombiano se preocupó por hallar soluciones que le permitieran reordenar administrativamente el Servicio de Salud, mejorar su calidad y cobertura y hacer una estimación en el uso de los recursos disponibles para ello; ampliar la democracia y las opciones de vida, generando, en últimas, una herramienta de desarrollo social. Es así como se da inicio en la década de los 80, con las leyes 11 y 12 de 1986 y su reglamentación: el decreto 77 de 1987, la legalización del proceso de descentralización administrativa en Colombia, con el cual se busca la participación de autoridades municipales, profesionales de la salud, instituciones locales, organizaciones sociales, comunitarias y ciudadanía en general, en el desarrollo adecuado de un sistema de salud en beneficio de todos. También, se descentralizó la inversión en infraestructura y se asignó a los municipios la competencia para construir, dotar y mantener los puestos y Centros de Salud, y Hospitales Locales, y se asignó para el nivel nacional funciones de dirección, asesoría y control, dejando las competencias operativas y de ejecución a las Entidades Territoriales.

Con la ley 10 de enero 10 de 1990, se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, descentralizando la administración de los servicios de la salud, colocándolos en manos de Alcaldes, Gobernadores, quienes deben responder por la política regional y local de salud, respectivamente; y la administración de hospitales regionales, universitarios, locales, centros y puestos de salud; y además se da

plazo de 5 años para que los departamentos asuman con cargo a su propio presupuesto, la financiación parcial de las direcciones seccionales de salud.

Mediante la ley 60 y 100 de 1993, el gobierno nacional crea disposiciones y reglamentaciones finales para establecer el proceso iniciando con la ley 12 de 1986 y decretos reglamentarios N°77 de 1987.

Con la ley 60 de 1993 se determina la competencia de los municipios en materia de salud, ordenando que los municipios, distritos colombianos asuman gastos y manejo de recursos de salud y educación; debiendo esto asegurar y financiar la prestación de los servicios de salud directamente o a través de sus dependencias o entidades descentralizadas.

Mediante la ley 100 de 1993 se establece el sistema General de seguridad Social en Salud, desarrollando los fundamentos que lo rigen determinando su dirección, organización y funcionamiento; sus normas administrativas, financieras de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación, buscando regular el servicio esencial en salud y crear condiciones de acceso de los servicios a toda la población en todo los niveles de atención. Se hace un nuevo énfasis, la correspondencia de los Departamentos, Distritos, Municipios de las funciones de

administración de los servicios de salud y oferta de los mismos por instituciones Públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.

Con el decreto N°723 de 14 de marzo de 1997, se regulan los aspectos de las relaciones entre entidades territoriales, promotoras de salud, y prestadoras de servicios de salud; en este se regulan los términos para el pago de los servicios una vez se presten y los procedimientos para la resolución de objeciones a las cuentas; el artículo 183 de 1997 en su artículo quinto establece la forma de presentación de las facturas.

La resolución 4252 de 1997, expedida por el Ministerio de salud, en su artículo N°7, registra los requisitos de información financiera para la prestación del servicio de salud, que debe contener: presupuesto, contabilidad de costos, facturación y cartera.

El decreto N° 882 de mayo de 1998, por la cual se fija el margen de solvencia de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Administradora del Régimen Subsidiado (ARS); establece algunas exigencias a las Instituciones Prestadoras del Servicio de la Salud (IPS), cuando los plazos sobrepasen los 30 y 60 días.

El decreto 046 de 2000, establece los procedimientos para el manejo de las glosas.

La resolución N°3374 de 2000, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS -: Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio.

Este nuevo esquema administrativo prevé que los recursos financieros requeridos por los hospitales sean obtenidos con base en la recuperación de los ingresos generados por la venta de servicios.

Sin duda alguna este es un reto para los Hospitales Públicos, que deben contar con una adecuada orientación financiera y contar además con un gran esfuerzo administrativo, que les permita la autofinanciación; ligado lo anterior al comportamiento de la cartera que tenga la Institución; de aquí la importancia que tiene la rotación de la cartera, ya que este es un instrumento que le permite a la empresa analizar las cuentas por cobrar, y con base para tomar las decisiones necesarias para realizar de esta forma una buena gestión de cartera. La rotación

de cartera es el índice que mide el periodo de cobro de cuentas por cobrar de la empresa; es decir, el tiempo que debe esperar después de efectuar la venta de un bien o un servicio para recibir el pago efectivo.

El resultado de este indicador se expresa en términos de días concedidos a los clientes para el pago de las deudas, la desviación de este indicador muestra la tendencia que puede ser: hacia cobros mas lentos, el cual nos da una señal de peligro o si se esta tendencia se mantiene por varios periodos; y la rapidez con la que se cobren las cuentas sirve para determinar un manejo efectivo por parte del área responsable de este proceso y la calidad de las cuentas por cobrar.

- **La rotación de las cuentas por cobrar:** $\frac{\text{Ventas a Crédito}}{\text{Promedio de C*C}}$
- **Endeudamiento total:** $\frac{\text{Pasivo total}}{\text{Activo total}} \times 100$
(Nos muestra el grado de endeudamiento de la empresa)
- **Rentabilidad económica:** $\frac{\text{Vr. Total de los ingresos periodo}}{\text{Gasto Total.}} \times 100$
(Nos indica si es productiva o no)
- **Razón Corriente.** $\frac{\text{Activo cte.}}{\text{Pasivo cte.}}$
(Capacidad de pago a corto plazo.)
- **Prueba acida:** $\frac{\text{Activo Cte.- Inventario}}{\text{Pasivo cte.}}$
(Capacidad de pago inmediata.)

Bajo este contexto obtenemos como resultado una empresa que produce altos costos operativos lo que hace que el precio de venta del producto este por debajo de los costos al que se producen los servicios. Por todo lo anterior es necesario que se tomen medidas correctivas para llevar a cabo una agresiva

política de cobro, que permita recuperar los ingresos, que reduzcan el desequilibrio económico que presenta esta institución.

Con lo señalado anteriormente se muestra que la ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN, está sometida a un desequilibrio económico, que se revierte directamente sobre la imposibilidad de brindar un servicio al 100% de su capacidad instalada; pues sus gastos se causan en mayor proporción que el reconocimiento de los ingresos; muestra de esto es el atraso en el pago de las mesadas a los empleados hasta por 18 meses. Paradójicamente a la fecha la ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN, no ha podido recaudar el valor de los servicios prestados a las aseguradoras en el año 2008. Esta situación puede ser el reflejo de la negligencia administrativa por parte de esta institución.

1.8. DISEÑO METODOLOGICO

1.8.1. TIPO INVESTIGACION

Se realizara un estudio descriptivo, de tipo analítico, debido a que analizaremos el proceso y los procedimientos para el manejo de la cartera con las aseguradoras de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen.

1.8.2. POBLACION Y MUESTRA

La población también estará conformada por los clientes internos conformado por un Gerente, un Auditor Médico, el personal que labora en el área de Facturación conformado por siete auxiliares, un Jefe de Facturación, un Jefe de Sistema y dos (2) funcionarios del área de Cartera de la ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN. Y treinta y tres clientes externos conformados por los gerentes y auditores de las aseguradoras.

1.8.3. FUENTES DE INFORMACION

Fuentes Primarias:

- Observación Directa
- Entrevista

Fuentes Secundarias:

- Revisión Documental
- Revisión de Normas
- Facturas generadas por prestación de servicios a partir de enero del 2008 a diciembre del mismo año.

1.9. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Para el análisis de la información, se diseñaron unos instrumentos y matrices que permiten identificar la información necesaria y al mismo tiempo analizarla, cuantificarla y aplicar indicadores.

Las matrices específicamente la aplicaremos a las facturas generadas por prestación de servicios a las aseguradoras, logrando determinar los procedimientos y resultados en la elaboración, envío y recaudo.

El equipo investigador se reunirá permanentemente en sesiones de estudio, para analizar la información obtenida y evaluar los alcances de la investigación.

1.9.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MAYO				JUNIO				JULIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración anteproyecto												
Observaciones												
Procesamiento de la información												
Elaboración informe final												
Entrega informe final												
Observaciones												
Sustentación												

1.9.2. PRESUPUESTO

Papelería	\$300.000
Transportes Carmen de Bolívar	\$200.000
Transportes Cartagena	\$100.000
Transcripciones	\$150.000
Empastes y anillados	\$ 50.000
Otros gastos	<u>\$300.000</u>
	\$1.100.000

2. PROCESO PARA RECUPERAR LA CARTERA DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO E. S. E.

2.1. GENERALIDADES¹

Los Hospitales son, en su concepción más elemental, organizaciones sociales que las comunidades han creado con el propósito de brindar ayuda y recuperar la salud de las personas enfermas. Durante toda su historia, de más de quince siglos en el mundo y de más de quinientos años (desde el Hospital de Santa María del Darián en Urabá, en el siglo XVI) en Colombia, los Hospitales han procurado atender la salud y la enfermedad se ha tenido en cada momento histórico; condicionando la organización de la prestación de servicios de acuerdo con los patrones de cultura y el nivel de desarrollo propio de cada sociedad y acorde modelos definidos por el pensamiento y la actividad religiosa y/o científica.

¹ Re-Crear La Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E. S. E. en el S. G. S. S. S. Guías de Capacitación y Consultas

Muchos de los hospitales Colombianos que existen en la actualidad, tuvieron origen en comunidades de carácter religioso y entidades cívicas de ascendencia benéfica, que los fundaban como centros de "hospicio" para la práctica de la caridad cristiana" como finalidad fundamental, dirigida hacia las personas pobres o abandonadas, enfermos o moribundos.

2.2. EL HOSPITAL PÚBLICO COLOMBIANO COMO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO²

Los Hospitales E.S.E. son sistemas sociales autónomos que cumplen una finalidad específica creados para lograr una **FINALIDAD DE BENEFICIO SOCIAL**, entendida como la contribución que el Hospital hace al desarrollo de las comunidades donde actúan, generando tanto los servicios de salud que la población necesita, como un consumidor de los recursos que la misma comunidad provee (incluido el talento humano de sus pobladores), y que en conjunto con los demás actores sociales potencian el mejoramiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida de las personas dentro de su ámbito de influencia. Por otra parte, un Hospital E.S.E debe lograr "**AUTONOMIA ECONOMICA**", lo que significa que para alcanzar su razón de ser, debe tener la intención de obtener los recursos necesarios para lograr un equilibrio en su funcionamiento, buscando que como mínimo, sus ingresos económicos producto de su venta de servicios de salud sean iguales a sus gastos. Sin esta condición la Empresa Social del Estado no podrá sobrevivir y por tanto cumplir con su MISION SOCIAL. Incluso, una

² Re-Crear La Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E. S. E. en el S. G. S. S. S. Guías de Capacitación y Consultas

Empresa Social del Estado en plenas condiciones de eficiencia, podría generar utilidades, logrando un nivel de ingresos por encima del nivel de gastos con lo que podrá no solo sobrevivir, sino también crecer y desarrollarse.

Las Empresas Sociales del Estado, están conformadas por un conjunto de procesos gerenciales, administrativos, logísticos y asistenciales (y en ocasiones de tipo docente y de investigación científica) organizados y sometidos a unas normas de funcionamiento (acuerdos de la junta directiva, estatutos, regímenes, códigos, legislación, estándares, metas, manuales de procedimientos, protocolos, etc.), dentro de los cuales se toman RECURSOS FINANCIEROS, HUMANOS, FISICOS Y DE INFORMACION, y se procesan o transforman a través de un procedimiento predeterminado agregándoles valor, para producir finalmente servicios (de Urgencias, Ambulatorios, Hospitalarios, Quirúrgicos, etc.), con los que se deben satisfacer plenamente las necesidades de salud y expectativas de atención de los usuarios y sus familias.

Los Hospitales Públicos han debido iniciar un proceso de transición para transformarse en Sistemas Empresariales, pasando de un modelo de Sistema Empresarial Autónomo, lo que ha hecho necesario que: se busque alcanzar una **AUTONOMÍA POLÍTICO-ADMINISTRATIVA**, asumiendo una personería jurídica propia al ser creadas como E.S.E. por la Nación, las Asambleas Departamentales o los concejos municipales, al incorporar en su estructura un centro máximo de poder para la toma de decisiones, en cabeza de una Junta Directiva y al avalar sus propios estatutos.

Como los Hospitales públicos son patrimonio de las comunidades, sus juntas directivas se han de conformar por miembros que la sociedad designe como sus representantes, garantizando la participación de diferentes sectores, definidos por la ley como el político - administrativo, el científico y la comunidad. Se adquiera una **AUTONOMÍA FINANCIERA**, realizando todos los ajustes y reformas

necesarias para adecuar su estructura y dinámica de funcionamiento, hacia un sistema en capacidad de operar en condiciones de equilibrio.

Se hace necesario que el Hospital E.S.E. rediseñe y preste servicios ajustados a las necesidades y expectativas de sus clientes en el mercado de servicios donde funcione, planeando la producción, los recursos que necesita, y sus gastos esperados, con base en un sistema de presupuestación prospectivo. La E.S.E. que mejor y más rápido se adapta a su entorno ya los cambios, es la más apta para sobrevivir, crecer y desarrollarse, y alcanzar a su vez niveles mayores de autonomía y de control sobre el medio.

2.2.1. Demanda De Servicios De Salud³

Pensar en las necesidades del usuario y en como satisfacerlas, es la base de la concepción y organización del hospital (... y su razón de ser!) Se deben identificar las prioridades de servicios en el área de mercado del Hospital E.S.E., las características de los usuarios y de las Aseguradoras y sus Responsables. En el enfoque de Empresa, el Hospital debe abrirse al conocimiento de su entorno y aprender de los tipos de necesidades de salud y expectativas de atención que tengan los Usuarios de acuerdo con sus modelos culturales. Se debe precisar cuál es la población objetivo a la cuál del Hospital: grupos de usuarios específicos con sus respectivos entes responsables de asegurarlos o atenderlos, y además venderles los servicios de la Empresa Social del Estado.

2.2.2. Oferta De Servicios De Salud ⁴

³ Re-Crear La Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E. S. E. en el S. G. S. S. S. Guías de Capacitación y Consultas

⁴ Re-Crear La Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E. S. E. en el S. G. S. S. S. Guías de Capacitación y Consultas

Hospital E.S.E. debe prepararse entonces para prestar servicios específicamente requeridos por su población y en las condiciones de calidad y cantidad definidas por las normas técnicas y legales, previa definición del presupuesto. Es aquí donde se **establece la primera condición de equilibrio**, puesto que un hospital no puede ser más grande, ni tener más recursos, ni ofrecer más servicios que los que el tamaño de su demanda le permite ofertar. Por tanto, la definición de productos, con sus condiciones de calidad y de atención brindadas al usuario define el portafolio de la Empresa. Existe además una **segunda condición de equilibrio** en relación con los productos individuales: el costo. Si un producto tiene un valor de producción mayor, que el precio condicionado por las tarifas aprobadas para el Sistema, el servicio no es viable puesto que alteraría la condición de equilibrio de la Empresa.

No obstante, cuando esto ocurre, dada la misión social de la Empresa, esta puede decidir la inclusión del servicio dentro del portafolio, a sabiendas de que las utilidades que le generarían los demás productos compensarían sus pérdidas. Así, podríamos decir que existe una viabilidad no financiera, pero sí "social" de un servicio.

Obviamente, este plan financiero o presupuesto prospectivo deberá indicarle con antelación si su situación es o no de equilibrio (**tercera condición**), si tendrá utilidades o pérdidas. En este último caso, se hace necesario en un Hospital que tiene una tradición de gasto acumulada históricamente, realizar profundas reformas estructurales, que aseguren un costo más racional y un uso más eficiente de los recursos que va a involucrar en la producción.

2.3. PROCESO DE VENTA Y CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD⁵

Una **cuarta condición de equilibrio** de un Hospital E.S.E., se basa en la necesidad de asegurar que la oferta de recursos y servicios ofrecida en su portafolio y en la cantidad a producir, definida en su plan financiero, se va a realizar. Esto quiere decir, que la E.S.E debe proveer los servicios que efectivamente puede contratar. No basta con tener el servicio, se necesita que esté vendido a algún asegurador o responsable que pague por él. Por ello las fuentes de ingresos por venta de servicios, están definidas por las contrataciones, así: La existencia de pactos contractuales por montos fijos periódicos, para atender un grupo poblacional específico y con servicios previamente definidos. Esto se hace con las empresas aseguradoras, a través de mecanismos como el de pago por "capitación" (para el caso de personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud) o con el Estado para recibir las doceavas partes del subsidio a la oferta (para el caso de la población vinculada, que aún no tiene afiliación).

Una **quinta condición de equilibrio** y que representa una de los aspectos más críticos en la viabilidad de la Empresa, es el manejo administrativo de la producción y cobro de servicios. Así, la producción es registrada, liquidada y convertida en un documento de cobro denominado factura. Esta facturación, pasa a convertirse en la "cartera" o recursos a recuperar por el Hospital, los cuales deben ser posteriormente (y dentro de un tiempo mínimo posible) hecho efectivo, a través de un procedimiento de recuperación. El equilibrio en este punto se logra, cuando el total de la producción del hospital es completamente facturado y cobrado dentro de las condiciones pactadas en la contratación y dentro de los requerimientos técnicos y legales vigentes.

⁵ Re-Crear La Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E. S. E. en el S. G. S. S. S. Guías de Capacitación y Consultas

Todo este proceso depende íntimamente de la gestión de contratación realizada por la empresa, dado que sólo se factura y se cobra lo efectivamente negociado y en las condiciones previamente pactadas, con lo que se reafirma de nuevo que gran parte del equilibrio del Hospital Empresa Social del Estado depende de su capacidad para negociar y contratar los servicios que está en capacidad de ofrecer.

El Hospital concebido como Empresa, es ante todo un proveedor de servicios y como consecuencia un generador por excelencia de satisfactores de necesidades Humanas, lo que, en el caso de la Salud, sólo se logra concretar en los momentos de contacto entre el prestador y el usuario. A diferencia de las Empresas que producen Bienes o mercaderías "elementos tangibles y materiales" que satisfacen las necesidades de las personas a partir de la utilidad que generan puesto que poseen un "valor de uso" específico), los Hospitales E.S.E. producen (o "prestan") servicios.

El servicio es un bien intangible, inmaterial, que "se genera solo en el momento de ser consumido, como algo momentáneo, que no se deja almacenar" y que se ve concretado cuando se produce la interacción propia del contacto entre el usuario con su necesidad y el prestador del servicio con el satisfactor apropiado, el cual es apoyado por unos recursos físicos (consultorios, quirófanos, equipos, etc.) y realizado bajo un procedimiento específico, que requiere de un conocimiento particular. Por ello, dado que el servicio solo se hace posible contando con la "intención de servir" que se da en la interacción entre el usuario que solicita el servicio y el prestador que lo provee, no se puede afirmar que el Hospital realizó producción alguna, aunque hubiese dispuesto de toda la oferta instalada para hacerlo (personal en contacto y equipos), si no contó con los clientes que lo solicitaran.

2.4. NEGOCIACIÓN Y CONTRATACIÓN DE VS SERVICIOS OFRECIDOS POR LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO⁶

Las Entidades Promotoras de Salud, las ARS, los entes territoriales podrán convenir con los Prestadores de Servicios de Salud, la forma de contratación y pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses, como la capitación, por conjunto de atención integral, el pago por actividad, por presupuesto de oferta o por la combinación de cualquier de estas. En todo caso deberán establecer la forma de presentación de las facturas, con sujeción a lo dispuesto en la normatividad vigente, los términos para el pago de los servicios una vez se presenten y un procedimiento para la resolución de objeciones a las cuentas. Para seleccionar la modalidad de contratación es importante tener en cuenta las condiciones geográficas de la región, los perfiles demográficos y epidemiológicos, las condiciones propias de la empresa y de la aseguradora, el monto de la remuneración, y los mecanismos de control sobre las formas de pago, etc.

No existe una forma ideal de contratación para los diferentes servicios que se prestan, para las categorías de morbilidad, ni para todo sitio donde se presta el servicio. El éxito está íntimamente relacionado con el nivel de desarrollo y con la organización del sistema al que pertenece.

2.5. PROCESO DE FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOS EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO E. S. E.⁷

⁶ Re-Crear La Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E. S. E. en el S. G. S. S. S. Guías de Capacitación y Consultas

⁷ República de Colombia Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia. MINISTERIO DE SALUD Dirección General para el Desarrollo de Servicios de Salud. CAPÍTULO 3. PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E.S.E. en el S.G.S.S.S. Guías de Capacitación y Consulta.

2.5.1. FACTURACION⁸

En el marco del Sistema General de Seguridad Social SGSSS y acorde con el nuevo modelo de prestación de servicios, las E.S.E. como cualquier empresa, debe garantizar su subsistencia mediante la producción y venta de servicios de salud. La facturación es el conjunto de actividades que permite liquidar la Prestación de servicios -producto de la atención al usuario en el hospital. Este proceso se activa cuando se solicita y se atiende un servicio. Dadas las características del SGSSS, los Hospitales E.S.E. deben hacer un registro sistemático e individual de los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario, liquidados a las tarifas establecidas y cobrar a las instancias pertinentes.

El proceso de facturación en una Empresa Social del Estado tiene dos funciones clave que son:

1. Recopilar y organizar la información que genera la atención prestada a un paciente.
2. Reproducir un documento equivalente a la factura para cobrarle correctamente a un paciente o a una entidad (EPS, ARS), con que se tiene una relación contractual o como producto de un evento atendido (accidente de tránsito, evento catastrófico, etc.).

2.5.1.1. Modelo general del proceso de facturación⁹

Los componentes de este esquema son:

⁸ La transición a este nuevo sistema tiene tres componentes: el primero es el cambio de la manera en que se financia la salud; el segundo es el cambio en la manera como interviene el estado en el sector, sustituyendo la financiación de niveles de atención por la de planes de beneficios o intervenciones y el tercero es la creación gradual de aseguradoras de salud que asuman la administración de los recursos y servicios contenidos en los planes de beneficios. (Juan Luis Londoño 1996).

⁹ República de Colombia Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia. MINISTERIO DE SALUD Dirección General para el Desarrollo de Servicios de Salud . CAPÍTULO 3. PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E.S.E. en el S.G.S.S.S. Guías de Capacitación y Consulta.

ENTRADAS. Un contrato o convenio y un manual de tarifas, en los que se basan para liquidar las cuentas de cobro de los servicios prestados a un paciente. Soportes o documentos remitidos del área de admisiones del Hospital, donde indiquen los ingresos (Hoja de admisión), los traslados de camas y pabellones, y los egresos de los pacientes. Otros soportes o documentos de apoyo que envían los servicios médicos del hospital donde informan sobre los procedimientos, exámenes y suministros aplicados o entregados a un paciente.

SALIDAS. La factura individual por paciente por concepto de servicios prestados. Información Financiera y Gerencial, utilizada para construir indicadores que permiten monitorear el comportamiento de la empresa y alimentar el sistema contable.

2.5.1.2. La factura o documento equivalente, fuente principal del registro contable de las transacciones.

Toda actividad empresarial gira en torno al cumplimiento de su objeto social, que se refleja en las transacciones hechas con terceros, basándose en la factura y soportada en los comprobantes diarios que originan el movimiento de las cuentas de resultado y el crecimiento del patrimonio por efecto de los valores agregados generados. Así, se constituye en el eje central de la contabilidad, afecta no sólo las cuentas de ingreso, sino también las cuentas por cobrar, por pagar, efectivo, bancos, inventarios, etc.

2.5.1.3. Periodo Que Se Debe Conservar La Factura.

Por disposiciones del Artículo 632 del Estatuto Tributario, para efectos de control de los impuestos, las personas y entidades contribuyentes o no contribuyentes, deberán conservar por un período mínimo de cinco años contados a partir del primero de enero del año siguiente al de su elaboración, expedición o recibo.

2.5.1.4. Requerimientos De Información Para La Facturación¹⁰

La facturación es un proceso a través del cual se genera información. De los datos suministrados depende la calidad de la factura que, ante o, debe ser veraz y oportuna.

- INFORMACION GENERAL. Necesaria para el manejo global del proceso de facturación en la empresa y tiene que ver con:
- IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL ESE: Dado que todo documento equivalente debe contener, razón social y NIT de la empresa.
- PORTAFOLIO DE SERVICIOS. Denominación y clasificación única de los procedimientos y servicios que la institución brinda, acorde con lo establecido en la resolución No. 365 de 1999. . Denominación y/o código del centro de costos ejecutor o generador del procedimiento.
- TARIFAS. Las ESE deben aplicar las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996.
- CONTRATOS VIGENTES. Deben tener conocimiento preciso de los contratos de prestación de servicios con A.R.S., E.P.S., Minsalud, Direcciones de salud de los órdenes local, Distrital o Departamental vigentes, y condiciones establecidas en ellos, como:
- USUARIOS. Involucra listado de afiliados a las aseguradoras de los regímenes subsidiado y contributivo, relación de la población identificada por SISBEN y que aún no ha sido asegurada.
- MARCO LEGAL. Los funcionarios involucrados en el proceso de facturación deben tener un amplio conocimiento del Sistema General de Seguridad Social, deben conocer los cambios y novedades legales.
- INFORMACIÓN ESPECÍFICA. Es la que se solicita a cada usuario en el momento de facturar

¹⁰ República de Colombia Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia. MINISTERIO DE SALUD Dirección General para el Desarrollo de Servicios de Salud. CAPITULO 3 PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS . Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E.S.E. en el S.G.S.S.S. Guías de Capacitación y Consulta.

- **SERVICIOS.** Definición y cantidad de procedimientos realizados. Denominación, especificaciones técnicas (forma y presentación) de los medicamentos e insumos médico-quirúrgicos suministrados.

2.5.1.5. Ejecución Del Proceso De Facturación ¹¹

En el proceso de facturación mediante el registro sistemático de todos los servicios prestados por la I.P.S. y con base en unas tarifas establecidas para cada una de ellos, se generan los informes legales y administrativos requeridos para el cobro respectivo. La facturación consta de tres pasos, varían en su secuencia, duración y oportunidad, dependiendo del servicio asistencial donde sea brindada la atención y de los procedimientos establecidos en cada institución. Pueden ser desarrollados en forma manual o automatizada, previo, "simultanea", o posterior a la prestación de los servicios, previo o posterior al egreso del paciente hospitalizado. Los tres pasos son:

- 1) IDENTIFICACION Y REGISTRO DE INFORMACION DEL USUARIO.
- 2) REGISTRO DE INFORMACION DE PROCEDIMIENTOS.
- 3) LIQUIDACIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

A. Ayudas para realizar adecuadamente la liquidación de servicios. La base de este trabajo es la comprensión adecuada de los contratos y manuales de tarifas, referidos anteriormente.

B. Ayudas para realizar adecuadamente el archivo de documentos. El objetivo del archivo es almacenar todos los soportes cobro radicado en facturación hasta que termine el servicio y se genere una cuenta de cobro consolidada.

C. Revisar y corregir las cuentas. El objetivo de esta actividad es garantizar la calidad de la facturación de los pacientes ingresados al Hospital, revisando que

¹¹ República de Colombia Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia. MINISTERIO DE SALUD Dirección General para el Desarrollo de Servicios de Salud. CAPÍTULO 3. PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E.S.E. en el S.G.S.S.S. Guías de Capacitación y Consulta.

están bien registrados todos los servicios prestados y la liquidación según el manual de tarifas correspondiente a la empresa contratante. Así como producir la liquidación individual en la cuenta de cobro respectiva facilitando la salida del paciente

D. Ayuda para corregir errores posteriores a la entrega. Las equivocaciones en las cuentas muestran fallas en procedimiento desde el punto de vista administrativo o clínico. Es muy importante hacerles seguimiento para entender los problemas. Se debe corregir la falla en el menor tiempo posible.

2.5.1.6. Recaudo¹²

Este proceso se activa cuando en la atención al usuario para la prestación de un servicio de salud, existe un pago del usuario a través de un recaudo inmediato, ya sea parcial mediante copago, cuota de recuperación o cuota moderadora o de la cancelación total del servicio. El cobro efectivo y oportuno de los servicios ofrecidos les permite a las instituciones sobrevivir, adquirir los recursos requeridos brindar servicios con altos estándares de calidad, ampliar la oferta de beneficios y ofrecer más y mejores servicios para y por los usuarios, objeto fundamental del quehacer cotidiano de las empresas sociales del Estado. En este proceso el recaudo directo que proviene del usuario, corresponde según sea el caso al pago de cuotas moderadoras y copagos en el régimen contributivo, a copagos en el régimen subsidiado, a cuotas de recuperación en caso de los vinculados y a pagos totales en el caso de los particulares. Para realizar el recaudo se debe contar con la factura o el documento equivalente, donde esté liquidado el valor de la atención y se establezca el monto que debe pagar el usuario.

¹² República de Colombia Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia
MINISTERIO DE SALUD Dirección General para el Desarrollo de Servicios de Salud
CAPITULO 3. PROCESOS DE ATENCION AL USUARIO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

2.6. PROCESO DE GESTION DE CARTERA EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO E. S. E. ¹³

La gestión de cartera es la continuación del proceso de facturación de los servicios prestados. Donde termina el uno, comienza el otro; depende de la complejidad, la organización, y los procedimientos establecidos y acordados en cada I.P.S. Sin embargo, dado que en el ítem anterior se trató el tema de la facturación de servicios, y este proceso llegó hasta el momento de la elaboración de la factura o documento equivalente, entraremos a considerar que el proceso de gestión de cartera se inicia a partir de este punto. Las actividades se dividen en tres grandes etapas:

Generación De La Cartera, incluye lo que se hace desde el momento de la facturación hasta que se presenta la cuenta de cobro o consolidado al asegurador o responsable económico de la atención del paciente: para ello se debe contar con la disposición de los documentos soportes, la elaboración de la cuenta de cobro, la

¹³ República de Colombia Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia
MINISTERIO DE SALUD Dirección General para el Desarrollo de Servicios de Salud
CAPITULO 3. PROCESOS DE ATENCION AL USUARIO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Auditoria administrativa y médica de las mismas hasta la presentación de la cuenta de cobro.

Seguimiento Y Control De La Cartera: Abarca las etapas encaminadas a brindar un conocimiento preciso del estado de las cuentas por cobrar de la institución: Recepción, estudio, solución y respuesta de glosas. Seguimiento de la cartera generada.

Recaudo De La Cartera: Son las actividades para recuperar los dineros que le adeudan tanto en plazos corrientes como en periodos vencidos: Para ello se debe realizar el monitoreo de las cuentas y del comportamiento en cuanto a cumplimiento en el pago por parte de los clientes y a comportamiento global de la cartera de la institución.

2.6.1. Generación De La Cartera

En esta etapa, que va desde el final del proceso de facturación hasta la presentación de la cuenta de cobro a las aseguradoras o responsables económicos de la atención de los pacientes, se busca evitar las glosas, retardo en la presentación de las cuentas, etc., por motivos imputables a la institución, que causan retardo en los pagos. Las actividades de este proceso están encaminadas a garantizar que: las cuentas de cobro estén debidamente formuladas y soportadas, sean presentadas oportunamente con todos los requisitos exigidos y acordados, no se presenten glosas injustificadas, los servicios prestados hayan sido facturados correctamente, no se encuentren inconsistencias técnico científicas entre los servicios prestados y facturados y el diagnostico del paciente.

2.6.1.1. Preparación De Las Cuentas De Cobro O Consolidados De Las Facturas

Para ello se deben realizar las siguientes actividades:

- Generar el consolidado de la cuenta de cobro
- Auditoria médica de cuentas
- Auditoria administrativa

2.6.1.2. Presentación De La Cuenta De Cobro

Estas actividades que aquí están desglosadas con fines didácticos, en la realidad se superponen y son realizadas en muchos casos por un mismo grupo de personas. Dado que el protagonista principal de este capítulo es la cuenta de cobro, se hará un análisis de su estructura y posteriormente el de los procedimientos que se requieren para su preparación y presentación.

2.6.1.3. La Cuenta De Cobro.

Es el documento donde se registra el valor total de los servicios prestados a los usuarios en un periodo de tiempo, soportado por las facturas o documento equivalente y demás documentos especificados (en contrato de prestación de servicios y/o reglamentación pertinente). La preparación debe contar con los soportes definidos para consolidar los servicios prestados.

Los soportes deben ser legibles, sin enmendaduras y oportunos. De igual forma, se requieren filtros de control para identificar la aseguradora, el régimen y su plan de beneficios.

El área de facturación debe garantizar que la Factura o documento equivalente y los soportes requeridos para el cobro de la cuenta por la respectiva aseguradora estén completos y bien diligenciados. Es indispensable que se disponga de la base de datos de los afiliados por cada una de las Aseguradoras con que la institución tiene contrato, de tal manera que facilite la preparación de la cuenta, se identifique el usuario y el nombre de la aseguradora a la que este corresponde.

Las E.S.E., deben cumplir con los plazos establecidos por cada uno de sus Clientes (Aseguradoras y/o Responsables), de tal manera que no se generen fallas contractuales y, por ende, demoras en la revisión y pago de las cuentas.

2.6.1.4. Contabilizar Cuentas.

Es el registro contable de las facturas que conforman las cuentas de cobro que son enviadas a las aseguradoras dando origen a las cuentas por cobrar. El objetivo es que las áreas involucradas en el proceso de prestación de servicios, facturación y cartera, conozcan ante todo los contratos que tenga el Hospital con las Aseguradoras y responsables. Las condiciones para los cobros contemplados en los Decretos 1283/96, 723 /97 y 046/00 deben ser cumplidos por ambas partes, siempre y cuando quede explícito en el respectivo contrato cuando haya lugar. Es importante que el Hospital cumpla con los tiempos estipulados para la entrega de las cuentas de cobro, con el fin de que las Aseguradoras y/o responsables cumplan con todas las obligaciones que les corresponden. Las Tarifas contempladas en el Decreto 2423 de 1996 son de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

Para efectuar los pagos, y para presentar las objeciones a las cuentas, las ARS y EPS, se deben regir por los plazos contemplados en los Decretos 723 del 14 de Marzo de 1997, Y 046 de enero 19 de 2000 y/o los fijados en el contrato firmado. Es de anotar que a partir de la expedición del decreto 046/00 para accidentes de tránsito, se dejan de aplicar los términos establecidos en el decreto 1283/96, en relación con pagos y respuestas de glosas. Los responsables de la gestión de cartera deben conocer los contenidos de los Planes de Beneficios, el Manual de tarifas vigente, las autorizaciones y, en general, la normatividad relativa a su gestión de cobro y recaudo de cartera.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL AREA DE FACTURACION y CARTERA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN.

3.1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL CICLO DE SERVICIO EN LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN.

En cuanto al servicio del antiguo Sistema de Salud, Hospital Montecarmelo de el Carmen de Bolívar hoy denominado Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen, era el actor principal en la Salud Publica del municipio; se atendían a los enfermos, se realizaban procedimientos asistenciales, ambulatorios y hospitalizaciones. Además de cualquier otra campaña que el Estado decidiera emprender en la Localidad.

En cuanto a la gestión en el Antiguo Sistema de Salud, era Centralizado; las decisiones fluían verticalmente, desde el Ministerio de Salud, Servicio Seccional, hasta el Hospital, quien tenía poco control sobre su gestión y sobre sus recursos. Por 25 años que duró el Sistema Nacional de Salud, la dirección del Montecarmelo de el Carmen de Bolívar se desgastó y agotó en la atención de urgencias y necesidades, cuya naturaleza superaba la disponibilidad de los recursos asignados.

Los Gerentes anteriores que dirigieron este Hospital tenían poca o ninguna formación en Administración en Salud y/o Administración Hospitalaria, por lo tanto no tenían autonomía para establecer Políticas Institucionales, conformar su equipo de trabajo y ordenar el gasto.

3.1.1. El Hospital Nuestra Señora Del Carmen frente a los cambios en el Sistema Nacional de Salud.

El nuevo Sistema de Salud redistribuye los recursos y las competencias y asigna a la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen, la responsabilidad de los servicios asistenciales, y las demás tareas que se le asignaron a otras agencias. O sea que el Hospital debe consolidarse como empresa cualificada y eficiente de prestación de servicios de atención a la salud a las personas y muy especialmente, a los paquetes de servicios que la Ley llama planes de beneficios.

La Ley 10 del 10 de enero de 1990, reglamenta la descentralización de las decisiones y exige a los Hospitales una organización Autónoma, que les permita asumir con responsabilidad sus compromisos ante la ley y la sociedad; por lo tanto se ve abocado a enfrentar su gestión con criterios de calidad, eficiencia, efectividad, competitividad y control sobre su propio futuro, lo que caracteriza la empresa moderna.

En cuanto a su financiación, en el antiguo sistema los recursos financieros del Hospital provenían del Situado Fiscal, de los impuestos a juegos de azar y licores Departamentales, el recaudo por cuenta propia era muy reducido, precisamente porque no se tenía en cuenta el costo de los servicios y no se le hacía seguimiento al cobro de las facturas enviadas a las empresas que se les prestaba servicios. El modelo incluía contradicciones como asignar más recursos a aquellas instituciones que más déficit mostraban, castigando la eficiencia de quienes se preocupaban por la aplicación Nacional de los mismos.

El nuevo sistema desmonta los subsidios a las instituciones, por lo que la E.S.E. Hospital C debe autofinanciarse con recursos propios, al igual que las demás Hospitales Públicos del País.

3.2. DIAGNOSTICO DEL CICLO DE SERVICIO EN LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL CARMEN DE BOLIVAR.

El nuevo Esquema de Seguridad Social en Salud requiere que las Empresas Sociales del Estado, desarrollen capacidades administrativas nuevas, que coadyuven al normal funcionamiento de éstas; en la E. S. E. Hospital Nuestra Señora del Carmen se encontró que existen muchos factores que impiden el pleno desarrollo de esta Institución, a continuación realizamos un diagnostico basado en el ciclo general de servicio al usuario:

3.2.1. Admisión del Cliente.

Este proceso en el Hospital Nuestra Señora del Carmen presenta deficiencias que fueron detectadas por el grupo de investigación, en base a encuestas y entre las cuales tenemos:

- ✚ En portería no se le da la información y la atención adecuada al usuario.
- ✚ El recurso humano del área de información y admisiones, no cuenta con la suficiente preparación técnica para atender y orientar adecuadamente al usuario.
- ✚ No se hace la verificación de derechos por falta de recursos tecnológicos.
- ✚ El sistema de archivo del área de estadística es rudimentario, lo que genera atraso en la apertura y búsqueda de historias clínicas.

3.2.2. Proceso de Facturación.

El usuario después de ser admitido se dirige al área de facturación en donde se le factura los servicios que solicita:

- Existen altos niveles de complejidad por los numerosos niveles de Servicios y por la falta de estandarización de los requerimientos de las aseguradoras.
- El personal del área asistencial desconoce los contratos suscritos, y por tanto, desconoce las restricciones y posibilidades que cabe en la atención de sus pacientes.

- Argumentando incremento de trabajo, el personal médico y paramédico, se resiste a registrar los procedimientos que utilizan, lo cual es requerido para facturar adecuadamente, generando las glosas a las facturas enviadas a las Empresas Aseguradoras.
- Frecuentemente se presenta sobre-facturación a causa del exceso de consultas durante un periodo al mismo paciente, así como por la provisión excesiva de un mismo medicamento a un paciente, por falta de registros adecuados. Igualmente se da el caso de subfacturación de procedimientos realizados, siendo esta la vía principal de fuga de recursos
- No se implementó oportunamente el software de los RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud), lo que trajo como consecuencia que hoy se encuentren represadas parte de la facturación por servicios prestados a las aseguradoras en el año 2008.
- Deficiente aplicación de la auditoria de cuenta a las facturas por servicios prestados.
- Demora en dar respuesta a las glosas
- Retraso en el envío de las facturas a las empresas Aseguradoras
- No se capacita al personal del área por lo que desconocen las nuevas reglamentaciones en este campo, reflejándose esta situación en el alto volumen de glosas.
- Las glosas (objeciones que se presenta en las cuentas de cobro) más frecuentes que se generan se deben a deficiente diligenciamiento de los registros de la parte asistencial y de la parte administrativa, la falta de soportes es una de las principales causas de objeciones a las facturas.

3.2.3. PRESTACION DE SERVICIOS

El servicio no se presta oportunamente, en algunos casos por incumplimiento del personal médico y paramédico, falta de camas, deficiencia en los servicios de apoyo diagnóstico. En general el personal médico es insuficiente para atender la demanda actual de usuarios.

3.2.4. SECCIÓN DE CARTERA

Se evidencia una lenta y baja rotación de la cartera, entre otras cosas porque esta área a la fecha no ha recibido parte de la facturación del año 2007, lo que ha imposibilitado el envío de esas facturas para su posterior recaudo. En consecuencia la oficina de cartera queda desarmada para gestionar el cobro a las Aseguradoras.

También se identificaron inconsistencias en cuanto a la presentación de Facturas, consolidación, aplicación de tarifas, coberturas de servicios, por consiguiente las glosas más comunes son las siguientes:

- Documentos sin diligenciar o mal diligenciados.
- Documentos enmendados.
- Inconsistencias en los soportes anexos.
- Cobros sin la comprobación de los derechos de usuario, tarjeta, cédula, carnet.
- Errores en las liquidaciones, tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas.
- Falta de la relación de pacientes.
- Falta de documentos soporte
- Prestación de servicios adicionales a los establecidos en el contrato.
- Falta de pertinencia técnico científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados.
- Documentos sin firma del paciente.
- Cuando la glosa se hace Parcialmente, a una factura, no se le hace seguimiento para recuperar el pago del porcentaje no glosado, tampoco se

aplican herramientas que controlen el recaudo la parte glosada, que efectivamente se le ha dado respuesta.

- Las facturas glosadas no se responden oportunamente y en algunos casos no se logra demostrar la prestación de los servicios, pues los soportes no se conservan o desaparecen lo que imposibilita dar una sustentada respuesta a las glosas que envían las Aseguradoras.
- En el área de cartera no existe un software que facilite el registro oportuno de la información que se genera. En consecuencia se desconoce el valor real de la cartera de esta Empresa.
- No se lleva control o registro de glosas
- En la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen, no funciona de manera integral la sección de admisiones, facturación, auditoría y Cartera; estas áreas funcionan de manera separada lo que no le da continuidad a estos procesos.
- Existe un alto nivel de informalidad administrativa, que incluye el manejo manual de los registros.

3.2.5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

La cultura organizacional de la E. S. E. Hospital Nuestra Señora del Carmen es débil, caracterizada por una relación muy deteriorada entre el personal asistencial y el personal directivo. Predomina la, ausencia de conocimiento y desinformación del personal médico y administrativo sobre las reformas y sobre los retos que se impone a los hospitales.

La conversión en Empresa Social del Estado ha motivado el aplanamiento de la estructura orgánica del hospital; teniendo en cuenta que esta es liderada por personal perteneciente a la carrera administrativa, generando resistencia al cambio por parte de quienes poseían altas jerarquías en la cima de las anteriores estructuras verticales.

Se evidencia serias deficiencias en hotelería, considerando éste como un factor con incidencia en la selección por parte de los asegurados de ambos regímenes, del hospital donde quieran ser atendidos y por tanto son también factores considerados por las Empresas Promotoras de Salud para elegir su red de servicios.

La Empresa Social del Estado Hospital sigue desconociendo sus costos servicios, con el agravante de que tampoco cuenta con la suficiente: capacidad interna ni con asistencia técnica externa para establecerlos.

3.3. FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOFINANCIACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN.

Teniendo en cuenta que la nueva legislación en salud Ley 100 de 1993, exige la autofinanciación a estas Instituciones. La posibilidad de que la E. S. E. Hospital Nuestra Señora del Carmen dependa financieramente de la venta de sus servicios es cada vez más efímera, ya que existen factores internos y externos que dificultan la ejecución de acciones para ajustar y preparar a esta Institución para afrontar nuevos retos, que le permitan su supervivencia.

Estos factores se inscriben, al **interior** de esta institución, en la capacidad de administrar y producir con eficiencia, y hacia el exterior, en la incidencia externa en esas capacidades, en el comportamiento y composición de la demanda, y el diseño y operación del mercado. Los factores **externos** condicionan fuertemente la posibilidad de que se transformen en entidad competitiva y autónoma, administrativa y financieramente.

Conforme a la Ley 100 de 1993, en Colombia el nuevo papel del Estado en la salud ya no consiste en financiar la operación de los hospitales públicos, sino en

compra seguros de salud para la población, pobre y regular los mercados del aseguramiento y de la prestación de servicios.

En términos operativos, la posibilidad de que los hospitales públicos sean autónomos financieramente, se ve afectado por los siguientes factores externos:

- Restricciones **externas al desempeño Empresarial**. El régimen laboral del personal de este hospital es la carrera administrativa, cuyas características imponen seria rigidez a esta institución, restándoles competitividad. En estas circunstancias, y considerando que el personal consume el 70% del total de los gastos de los hospitales, puede afirmarse que en la práctica, la más importante herramienta gerencial de control de costos, y esta institución desconoce el valor de sus costos – el personal está por fuera de las manos del gerente, aunque la planta de personal no sea la idónea para que el hospital funcione de acuerdo a su capacidad instalada.
- La incidencia externa en la composición de la oferta. La autofinanciación debe resultar de la venta de servicios por parte de hospitales. La composición de la oferta de servicio de cada hospital, a su vez, está empezando a ser afectada progresivamente por tres factores, a saber ³¹: la competencia, la definición gubernamental de las intervenciones que integran el Pos y la demanda institucional, esto es, de las aseguradoras. Por el contrario no se encontró evidencia de que el perfil epidemiológico de la población asignada a cada hospital estuviera incidiendo en la composición de su oferta de servicio.

3.3.1. Pago Oportuno

El plazo para el pago de las cuentas de cobro y el monto varía dependiendo de si existe o no contrato de prestación de servicios y del tipo de evento que genera la atención. Así por ejemplo se tiene:

E.P.S. El plazo para el pago de los servicios prestados a usuarios del régimen contributivo está determinado por los acuerdos establecidos en los contratos de prestación de servicios suscritos entre las partes. Si no están estipuladas o si no existe contrato, para casos de atención de urgencias o servicios expresamente autorizados por la E.P.S., se aplican los plazos establecidos en los Decretos 723 y 046. El monto del pago oportuno corresponde al valor' de la cuenta de cobro presentada, menos el 40% del monto glosado. Lo que corresponde al 100% de los servicios o facturas equivalentes aceptadas más el 60% del valor de las glosas.

El saldo será cancelado una vez definido su monto, al descontar las glosas aceptadas y establecer si existe saldo a favor de la I.P.S. o SI por el contrario, ésta le adeuda a la E.P.S. o A.R.S. Para las Administradoras del Régimen Subsidiado, el plazo para el pago de las cuentas de cobro está determinado por lo acordado en los contratos de prestación de servicios. Si no existe o si no está contemplado y la facturación de los servicios es realizada por evento, discriminado o por paquetes de atención integral, se aplica lo ya descrito y establecido para las E.P.S. en situación similar.

En los contratos por capitación se debe dejar claramente establecido los plazos y la forma de pago.

Cuando a la A.R.S. no han desembolsado a las pólizas de aseguramiento de la población asignada, ésta podrá incurrir en mora sin que se le puedan cobrar intereses, y está obligada a cancelar las cuentas de cobro dentro de los 3 días siguientes a la fecha de recibir el pago por el aseguramiento. Es necesario saber

cuándo los fondos locales, Distritales o Departamentales de salud pagan las cuotas de las pólizas de aseguramiento de la población subsidiada, porque éstas pueden definir las fechas límites para el pago oportuno a las I.P.S.

ACCIDENTES DE TRÁNSITO. El plazo para el pago de las cuentas de cobro por concepto de atención a víctimas de accidentes de tránsito a las aseguradoras del SOAT es de 15 días, a partir de la fecha de presentación de la cuenta de cobro, y en caso de presentar glosas, se pagará el 60 % del total de la cuenta de cobro. El saldo restante una vez respondida la glosa y definido el saldo pendiente.

No existe un plazo definido para la cancelación del saldo glosado, no aceptado y debidamente respondido.

ECAT. No hay una definición explícita de plazos para el pago oportuno, para las cuentas de cobro presentadas por atención a los beneficiarios de la subcuenta ECAT (Seguro de Riesgo de eventos Catastróficos y Accidentes de Transito) del FOSYGA.

3.3.1.1. Mora en el Pago

El incumplimiento de las aseguradoras en los términos de pago es, hoy en día, una situación de común ocurrencia a la que enfrentan las instituciones prestadoras de servicios de salud, que ocasiona situaciones financieras difíciles para las IPS.

Ante este hecho las instituciones deberán emprender las acciones legales pertinentes, que conduzcan al pago de las obligaciones por parte de las aseguradoras.

El incumplimiento en los pagos de dichas obligaciones, conlleva a la aplicación de acciones disciplinarias, administrativas, penales, fiscales y contractuales.

SOAT. Las compañías aseguradoras que dilaten injustamente el pago a las instituciones clínicas u hospitalarias por atención de víctimas de accidente de tránsito, tendrán que pagar multas a la Superintendencia Bancaria hasta por mil salarios mínimos legales vigentes a la fecha de la sanción.

E.P.S. Cuando una E.P.S acusa una mora en sus pagos superior a 60 días, los afiliados del régimen contributivo quedarán en libertad de trasladarse a otra Entidad Promotora de Salud, sin sujetarse al régimen de movilidad general, siempre que se encuentren al día en el pago de sus obligaciones y surtan los trámites formales dispuestos en las normas legales.

A.R.S. En mora superior a 60 días, las entidades administradoras del régimen subsidiado, estarán obligadas a ceder sus contratos a cualquiera de las administradoras del régimen que tenga capacidad para ello y le trasladarán inmediatamente los recursos del aseguramiento por los meses que faltan hasta la terminación del contrato.

3.3.1.2. Intereses De Mora

Desde luego, uno de los mayores incentivos que tienen las aseguradoras para no pagar las cuentas de cobro es la carencia de sanciones reales por incumplimiento en el plazo de los pagos.

El no costo de la mora en el pago es una ganancia efectiva que obtienen las aseguradoras y estimula la aplicación de políticas de dilación de los pagos. La única manera de cubrir una parte de los daños y perjuicios generados por las aseguradoras que incumplen los plazos establecidos para el pago de sus obligaciones con las I.P.S. es la liquidación, cobro y recaudo de los intereses causados por la mora en los pagos.

No cobrar intereses de mora, por parte de la institución se considera prevaricato por omisión y enriquecimiento ilícito en beneficio de terceros y configura negligencia en el cuidado de los intereses de la institución y de los bienes del Estado si se trata de una E.S.E. Existen elementos jurídicos para la utilización de este instrumento que no es de castigo, sino de compensación por los perjuicios generados, tiende a mantener el costo financiero del dinero que no se ha recaudado y evita que la empresa pierda parte del valor de oportunidad del dinero.

Los intereses de mora están establecidos en el decreto 723 de 1997 y pueden ser acordados en los contratos de prestación de servicios.

3.4. ANÁLISIS FINANCIERO Y PRESUPUESTAL

3.4.1. Mecanismos de Pago por Pagador

Tabla 1. Mecanismos de pago en la contratación de prestación de servicios por pagador.

Concepto	Valor Contratado	% Capitación	% Evento
Régimen Contributivo	-	-	-
Régimen Subsidiado	3.552,00	0,3	0,2
Población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda	2.060,00	0,3	0
Total	5.612,00	0,6	0,2

En el siguiente cuadro pudimos observar que se hizo contratación con el régimen subsidiado por valor del 50%, donde el 30% capitación y el 20% por evento de igual manera la población pobre no cubierta con subsidio a la demanda se hizo por un 30% lo cual se contrató el régimen subsidiado a un total del 80% este calculo del régimen subsidiado se hace con el fin de agilizar los recobros porque es mas fácil de captar el dinero que hacerlo con la población pobre.

Además de las clausulas contractuales preestablecidas en la contratación, se utiliza conjuntamente con el funcionario del operador externo cobro a través de vía telefónica y visitas presenciales agotando la vía administrativa; después de haber cumplido este procedimiento se realiza cobro coactivo a través de jurídica de ambas instituciones.

3.4.2. Facturación por los principales pagadores

Tabla 2. Evolución de la facturación por pagador

	2008
Régimen Contributivo	368.0
Régimen Subsidiado	3,518.0
PPNA	1,810.0
Demás Pagadores	1,500.0
Total	7,196.0

Esta tabla nos da el inicio para realizar nuestro estudio de cartera observando su comportamiento. En el proceso de evolución de la facturación por parte de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen durante la vigencia fiscal año 2008, ascendió a la suma de siete mil ciento noventa y seis millones (\$7.196) siendo el mayor contribuyente la facturación del régimen subsidiado en un 48% seguida de la población pobre no asegurada “contrato con el Departamento” con un participación de 30% los demás Pagadores contribuyen en un 22%.

La facturación del sector contributivo es mínima considerando que en esta zona agrícola por naturaleza no hay empresas que generen empleo por lo tanto la población, pertenece en su mayoría al régimen subsidiado y población pobre no asegurada, la franja que queda del contributivo para poderla captar se está mejorando la prestación del servicio y vendiendo la imagen corporativa de la institución a través de medio publicitarios.

Tabla 3. Evolución del valor glosas definitivas a fin de año

	2008
Régimen Contributivo	-
Régimen Subsidiado	22.0
PPNA	
Demás Pagadores	
Otros Ingresos no Asociados a VSS	3.0
Total (sin Disp. Inicial y Cuentas x Cobrar Vig. Anteriores)	25.0

Durante el año 2008 la ESE Nuestra Señora del Carmen tuvo un valor de glosas en el proceso de facturación por valor de 25 millones. Discriminados así:

22 millones de pesos glosados por el pagador del régimen subsidiado y 3 millones de pesos por otros pagadores; demostrando esto que las glosas son las consecuencias de una mala diligencia de una historia clínica para la facturación, no es la glosa la principal problema de la facturación.

Tabla 4. Evolución de la facturación radicada.

	2008	
Régimen Contributivo	368.0	5%
Régimen Subsidiado	3,518.0	49%
PPNA	1,810.0	25%
Demás Pagadores	1,500.0	21%
Otros Ingresos no Asociados a VSS		
Total (sin Disp. Inicial y Cuentas x Cobrar Vig. Anteriores)	7,196.0	100%

Vres. Miles de millones.

El desarrollo de la facturación radicada por la ESE Nuestra Señora del Carmen a los diferentes pagadores tuvo el siguiente comportamiento en términos porcentuales:

Siendo la mayor participación la del régimen subsidiado con el 49%, seguido de la población pobre no asegurada con el 25%, en tercer lugar otros pagadores con el 21% y finalmente el régimen contributivo con el 5%.

Tabla 5. Valores glosados Vs. facturación radicada en la vigencia (porcentaje de glosa)

	2008
Régimen Contributivo	-
Régimen Subsidiado	0.6
PPNA	-
Demás Pagadores	-
Otros Ingresos no Asociados a VSS	-
Total (sin Disp. Inicial y Cuentas x Cobrar Vig. Anteriores)	0.4

El valor definitivo de las glosas durante el 2008 fue de 25 millones de pesos, destacándose la participación del régimen subsidiado con un 60% y el grupo de otros el 40%.

3.4.3. Reconocimiento por los principales pagadores

Tabla 6. Evolución de los ingresos reconocidos por venta de servicios por pagador

En millones de pesos del 2008

Concepto	2008
Régimen Contributivo	367.0
Régimen Subsidiado	3,496.0
PPNA	1,810.0
Demás Pagadores	1,498.0
Otros Ingresos no asociados a la venta de servicios de salud.	-
Total	7,171.0
Por venta de servicios	7,171.0

La diferencia entre lo facturado y lo reconocido por el pagador se debe al valor de las glosas aceptadas durante el 2008.

Porcentaje de de la Cartera Reconocida

Ingresos reconocidos 7.171

Valor facturado 7.196

La relación porcentual de los valores reconocidos por facturación Vs lo facturado fue de 99.7%

Tabla 7. Valores reconocidos vs. Valores facturados por venta de servicios (porcentaje de reconocimiento)

Concepto	2008
	%
Régimen Contributivo	99.7
Régimen Subsidiado	99.4
PPNA	100.0
Demás Pagadores	99.9
Total	99.7

El comportamiento del total de la facturación reconocida con relación a la facturación de los pagadores fue la siguiente:

Régimen contributivo	99.7%
Régimen subsidiado	99.4%
PPNA	100%
Demás pagadores	99.9%

3.4.4. Recaudos por los principales pagadores

Tabla 8. Evolución de los ingresos recaudados por venta de servicios por pagador

En millones de pesos del 2008

Concepto	2008
Régimen Contributivo	222.0
Régimen Subsidiado	2,032.0
PPNA	975.0
Demás Pagadores	1,320.0
Otros Ingresos no asociados a la venta de servicios de salud.	-
Total	4,549.0
Por venta de servicios	4,549.0

Del total facturado \$7.196 millones se recaudaron por venta de servicios \$ 4.549.9 millones a 31 de diciembre del año 2008, generándose una cuentas por cobrar por valor de \$2.646.2 millones representadas en 24.7 millones en glosas y el saldo es decir \$2.621.5 millones cartera definitiva.

Tabla 9. Valores recaudados vs. Valores reconocidos por venta de servicios (porcentaje de recaudo)

Concepto	2007	2008	Var
	%	%	
Régimen Contributivo	-	60.5	60.5
Régimen Subsidiado	-	58.1	58.1
PPNA	-	53.9	53.9
Demás Pagadores	-	88.1	88.1
Otros Ingresos no asociados a la venta de servicios de salud.	-	-	-
Total	-	63.4	63.4
Por venta de servicios	-	63.4	63.4

La relación porcentual de los ingreso recibidos por concepto de recaudos vigencia fiscal año 2008 de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen con relación a los ingresos reconocidos fue del 63.4%. Reflejándose una cartera por recaudar del 36.6%, por lo tanto se deben implementar estrategias que permitan disminuir este porcentaje, para no llegar a situaciones de iliquidez.

3.4.5. Comportamiento de la Cartera

Tabla10. Comportamiento de la Cartera

Concepto	2008	
	Valor	%Part
Régimen Contributivo	-	-
Menor a 60 días	145.0	5.5
De 61 a 360 días	-	-
Mayor a 360 días	-	-
Régimen Subsidiado	-	-
Menor a 60 días	1,123.0	42.8
De 61 a 360 días	341.0	13.0
Mayor a 360 días	-	-
PPNA Departamental	-	-
Menor a 60 días	240.0	9.2
De 61 a 360 días	556.0	21.2
Mayor a 360 días	-	-
PPNA Distrital y Municipal	-	-
Menor a 60 días	13.0	0.5
De 61 a 360 días	26.0	1.0
Mayor a 360 días	-	-
Otros Deudores vss	-	-
Menor a 60 días	120.0	4.6
De 61 a 360 días	58.0	2.2
Mayor a 360 días	-	-
Otros Deudores conceptos diferente vss	-	-
Menor a 60 días	-	-
De 61 a 360 días	-	-
Mayor a 360 días	-	-
Total	-	-
Menor a 60 días	-	-
De 61 a 360 días	-	-
Mayor a 360 días	-	-
Total	2,622.0	100.0

Si analizamos el cuadro vemos que el mayor peso porcentual lo tiene la cartera menor a 60 días con una participación del 60.78% y la cartera de 61 a 360 días con el 37.72%.

Este porcentaje es considerado alto por que una cartera mayor de 60 días aumenta el riesgo de incobrabilidad.

La institución debe implementar estrategias de cobranza para reducir este porcentaje como: realizar acciones de cobranza persuasiva y jurídica.

RECOMENDACIONES

- ✓ Crear una estructura organizacional con sus manuales de funciones procesos y procedimientos administrativos.
- ✓ Hacer evaluación y seguimiento de los procesos de prestación de los servicios y demás actividades.
- ✓ Crear un plan de contingencia que permita evacuar las facturas represadas desde el año 2008. Se recomienda contratar a dos personas expertas en auditoria y facturación de servicios de salud.
- ✓ Implementar un sistema de costos por centro de producción. Con base en los costos celebrar contratos que garanticen la recuperación del costo de producción y establecer el nivel de utilidad.
- ✓ Establecer y aplicar las etapas del proceso de recaudo (Precobranza, cobranza, Postcobranza).
- ✓ Desarrollar niveles de capacitación permanente que faciliten la comprensión de los cambios en Sistema Nacional de Salud.

- ✓ Se hace necesario que la Gerencia del Hospital, organice y coordine acciones conjuntas hacia el logro de resultados en pro del desarrollo de la Entidad, que en el actual Sistema de salud, se basa en la ágil presentación de facturas y recaudo de las mismas, disminuyendo al mínimo el costo financiero que causa la demora de la recuperación del dinero en el tiempo, requerido para la producción del servicio.

PLAN DE ACCION 2008

REFORMA ORGANIZACIONAL DE LA ESTRUCTURA Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS
Y CIENTIFICOS APOYADOS EN LA COORDINACION Y DESCONCENTRACION DE FUNCIONES.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	TIEMPO
Depuración de Financieros	Ajustes de lo Estados Financieros	Contabilidad	2009
Actualización de Funciones.	implementación de los Procesos de Contabilidad, Presupuesto, Financiera, Suministros, Nómina y Facturación	Recursos Económicos	2009
Implementar Modelo de Gestión de Recaudo y Recuperación de Cartera	Evaluación mensual por las directivas de la recuperación de cartera y excedentes de tesorería	Alta Gerencia	2009
	Desarrollar aplicativo de seguimiento y evaluación de la ejecución contractual de venta de servicios	Sistemas	2009
	Actualizar el manual de cobranza y cartera y procedimientos del área	Financiera	2009
	Redefinir funcionamiento de los procesos y auditoría en oficina de cuentas	Financiera	2009
	Elaboración plan anual de caja	Financiera	2009
	Entregar a otros abogados para agilizar la recuperación de cartera	Gerencia	2009
	Sistematizar los extractos de cartera a las entidades	Financiera	2009
	Asegurar la oportunidad en el manejo de las historias clínicas	Mejoramiento de la presentación de la Epicrisis y apoyo en los centros de costo	Información
Sistematizar las Historias Clínicas		Información	2009

PLAN DE ACCION 2008

REFORMA ORGANIZACIONAL DE LA ESTRUCTURA Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS
Y CIENTIFICOS APOYADOS EN LA COORDINACION Y DESCONCENTRACION DE FUNCIONES.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	TIEMPO
Garantizar la Calidad de la información procesada en los sistemas implementados	Organizar la auditoria de sistemas(manuales, seguridad de archivos, accesibilidad)	Sistemas	2009
	Fortalecimiento del Área de Sistemas	Sistemas	2009
Fomentar la cultura del trabajo en equipo y la articulación de Procesos	Retroalimentar diariamente el proceso contable y financiero	Financiera y Contabilidad	2009
	Plan de Trabajo con comités de apoyo institucional(evaluar planes, decisiones de alta gerencia)	Alta Gerencia	2009
	Comunicación eficiente de políticas inter como extra organizacional y de alta gerencia a nivel operativo,	Alta Gerencia	2009
Promover un Sistema de Apoyo y Defensa Proactiva a los servidores en el ejercicio de su Misión de Gestión responsable y transparente.	Manual de convivencia y valores de la comunidad hospitalaria.	Control Interno	2009
	implementar proyecto de apoyo y defensa jurídica de la entidad	Jurídica	2009

FLUJOGRAMA

PASO	SIMBOLO	ACTIVIDAD	PRECEDE	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1		Inicio	0	Auxiliar Administrativo de la Oficina Financiera	

2		Recepción de solicitudes	1	Auxiliar Administrativo de la Oficina Financiera	Recibe solicitudes de las diferentes dependencias para elaborar las facturas de proyectos(clientes externos) tiempo: se reciben solicitudes hasta el 25 de cada mes
3		Decide	2	Auxiliar Administrativo de la Oficina Financiera	Determina si la documentación esta completa tiempo: 1 día hábil
4		No esta completa regresa paso 2	3	Auxiliar Administrativo de la Oficina Financiera	Se regresa la documentación a la dependencia solicitante para completar la información,
5		Si esta completa elabora las facturas	3	Auxiliar Administrativo de la Oficina Financiera	Elabora la factura y la envía a la dependencia solicitante tiempo: 2 días hábiles
6		Realiza cobro de contado o a crédito	5	Dependencia Solicitante	Cuando es un cobro de contado consigna en el banco y se debe presentar la consignación en la oficina financiera y termina el procedimiento, pero cuando es un cobro a crédito va al paso ** de cobro de cartera** tiempo: cuando es de contado es inmediato y cuando es a crédito según lo pactado
7		Fin	6		
8		Recepciona pagares	0	Auxiliar Administrativo de la Oficina Financiera	Los pagares son tramites realizados para diferir las facturas
9		Decide	8	Administrativo Oficina Financiera	Si la documentación esta completa. Tiempo: 2 días hábil por cada programa,
10		No esta completa, regresa paso 8	9	Auxiliar Administrativo de la Oficina Financiera	Se regresa la documentación a la dependencia solicitante para completar la información,

FLUJOGRAMA

11		Si esta completa elabora las facturas en el sistema de Gestión Financiera	10	Auxiliar Administrativo de la Oficina Financiera	Elabora la factura (NO SE IMPRIME) se registra el N° correspondiente en cada pagare Tiempo: 25 días hábiles
----	---	---	----	--	---

12		Archiva los "documentos pagares"	11	Auxiliar Administrativo de la Oficina Financiera	Organiza y archiva los "Documentos Pagres" Clasificados por estudiantes Tiempo 1 día hábil.
13		Devuelve Facturas	12	Auxiliar Administrativo de la Oficina Financiera	Devuelve facturas para legalizar la factura tiempo: 1 día hábil
14		Recepciona Consignaciones	13	Auxiliar Administrativo de la Oficina Financiera	se revisan consignaciones y se trasladan a Tesorería para el ingreso al sistema Tiempo: PERMANENTE
15		Concilia Cartera con contabilidad	14	Profesional Universitario y Auxiliar administrativo de la oficina Financiera	Se analiza y verifica que los saldos de cartera sean iguales a los saldos de Contabilidad y de lo contrario se efectúan los ajustes pertinentes. Tiempo: PERMANENTE
16		Reportes de Facturación y Cartera	15	Profesional Universitario y Auxiliar administrativo de la oficina Financiera	Se extraen del sistema de Gestión Financiero los diferentes informes. Tiempo: 1 vez al mes,
17		Realiza el cierre de cartera	16	Profesional Universitario y Auxiliar administrativo de la oficina Financiera	Efectúa el cierre de cartera en el Sistema Financiero. Tiempo Una vez al mes
18		Realiza cobro persuasivo	17	Profesional Universitario y Auxiliar administrativo de la oficina Financiera	Realiza llamadas telefónicas y circularización de estado de cuenta, si no pasa al cobro coactivo. Tiempo una vez a la semana
19		Cobro coactivo	18	Especializado Secretaria General	Anexos para que el abogado realice el cobro respectivo, tiempo 1 vez cada 3 meses
20		Elabora paz y salvo	19	Auxiliar Administrativo y/o profesional especializado oficina financiera	Elabora paz y salvo se entrega al solicitante. Tiempo 1 día hábil
21		Fin	20		

CONCLUSIONES

Aunque el nuevo Sistema General de Seguridad Social de Salud, exige a los Hospitales Públicos ser autónomos o autosuficientes a través de la venta de servicios, la administración de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen no se ha preocupado por optimizar los procesos que conlleven a un óptimo recaudo por prestación de servicios de salud; ya que se han identificado debilidades en áreas neurálgicas como es facturación y cartera, y no se han tomado medidas que faciliten de manera eficiente la facturación y recaudo de los servicios prestados.

Por lo anterior se puede concluir que en las actuales condiciones es muy difícil que la Institución sea autosuficiente, debido a que sus egresos se causan en mayor proporción que los ingresos; pero si se toman medidas definitivas como la reestructuración y una gestión integral del proceso administrativo la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen puede llegar a ser autosuficiente.

BIBLIOGRAFIA

Asociación Panamericana de Alta Gerencia en Salud. (2001). Diccionarios en Internet. Economía, Comercio, Finanzas. Extraído el 21 de Enero, 2003, de: <http://www.monografias.com/trabajos/econoglos/econoglos/shtml>.

Castro, F. (2002). Mayor Compromiso con la eficiencia económica. Extraído el 18 de Julio, 2003, de <http://www.eleconomista.cubaweb.cu/2000/nro6/46-160.html>.

Collazo, M., Cárdenas, J., González, R., Miyar, R., Gálvez, A. & Cosme, J. (2002). La Economía de la Salud. ¿Debe ser de interés para el campo sanitario? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12 (5), 359-364.

Congreso de la República de Colombia. LEY 100 de 23 de Diciembre de 1993.

De <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100>.

Congreso de la República de Colombia. LEY 1122 de Enero 9 de 2007. De <http://www.acome.org/documentos/LEY%201122%202007>.

Gálvez, A. & Álvarez, M. (1996, noviembre) *La Investigación en Economía y Financiamiento de la Salud en Países de América Latina y el Caribe: Situación actual y desafíos. El caso Cuba*. OPS-OMS. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

García, A. (2001). *Metodología, Diseminación y Financiación en los estudios de Evaluación Económica: El bueno, el feo y el malo*. Editorial Economía y Salud. Boletín Informativo. Asociación de Economía de la Salud. España. Año 14. Número 40.

León García, O. *Administración Financiera*. Tercera Edición. Capítulo 7. Pág.200. 2006.

Ministerio de salud. Acuerdo N°77 de 1997.

Ministerio de Salud. Decretos Reglamentarios 2008.

Ministerio de Salud. *Dirección General para el Desarrollo de Servicios de Salud. Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E.S.E en el S.G.S.S.S. 2000.*

Ministerio de salud. Resolución N°5165 de 1994.

Pagina WEB: <http://www.minproteccion.com.co>

Pagina WEB: www.oscarleongarcia.com

Pagina WEB: www.supersalud.gov.co