RADICADO: **DC-011-2022**

FECHA DE LA DENUNCIA: **MAYO 25 DE 2022**

PROCEDENCIA: **INFORME HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

DENUNCIANTE: **RUBEN DARIO LONDOÑO - GERENTE**

ENTIDAD: **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

ASUNTO: **presuntas irregularidades por situación deficitaria del hospital San Juan de Dios al culminar la vigencia 2022**

FECHA DEL INFORME: **NOVIEMBRE 16 DE 2022**

I. ASUNTO A RESOLVER

De conformidad con el procedimiento interno y con apego a las disposiciones legales, en la fecha se resuelve la denuncia ciudadana presentada en contra de la ESE Hospital San Juan de Dios, a través de la ventanilla única de este ente de control el día 25 de mayo de 2022, con radicación interna RR-2938 y consecutivo de denuncias No. DC-011 de 2022.

La denuncia refiere a la posible situación deficitaria del hospital san juan de Dios al culminar la vigencia 2022, debido al riesgo de no poder cumplir con las expectativas de ingreso prevista, teniendo en cuenta los altos niveles de cuentas por cobrar por concepto de la prestación de servicios de salud; documento que fue allegado al ente de control, correspondiente a informe elaborado por el hospital.

Esta alerta se formula en consideración a la responsabilidad que tiene el hospital de garantizar una eficiente y oportuna prestación de los servicios de salud de 4° nivel en la región.

II. LA DENUNCIA

El contenido taxativo de la denuncia verbal, pasada a escrito, es:

"CONSECUENCIAS DE UN POSIBLE ESTADO DEFICITARIO DE LA ENTIDAD.
La Entidad de no contar con el recaudo proyectado para la vigencia, se vería inmersoen un déficit presupuestal, fiscal y financiero; lo que conllevaría a:

. Incumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud; siendo indispensables para el sostenimiento del nivel de complejidad de la ESE y la permanencia de la Entidad en el Sistema.

. Retroceso en el avance a la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud, poniendo en riesgo la Acreditación lograda por la Entidad y por ende el riesgo a que se enfrentaría la ESE al no poder darle continuidad a la formación universitaria (Medicina y Enfermería).

. Resultados negativos de los indicadores institucionales que por norma se tienen que evaluar anualmente, llevando a la Entidad a ser categorizada como una ESE en riesgo fiscal y financiero.

. Posicionamiento regional del sector privado en la prestación de los servicios de salud en el Departamento"…

Dentro del texto del documento recibido como denuncia, se destacan cifras que el hospital tiene como cuentas por cobrar, que aparentemente están en proceso de cobro unas, y otras de difícil recaudo, de EPS que ya han sido liquidadas por el gobierno nacional; a corte de abril 30 de 2022, estos valores son cuantiosos y están generando un gran riesgo para la entidad de no poder ser recaudados, con las afectaciones que lógicamente ello traería para el financiamiento en la prestación de los servicios de salud a la población Quindiana y de la región misma; su valor total a esta fecha asciende a $123.287.471.075, y está clasificada así:

CONCEPTO		VALOR
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	$	12.262.472.340,65
DEPARTAMENTO DEL QUINDIO	$	9.618.493.779,10
PARTICULARES	$	7.186. 711.543,62
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	s	2.732.444.240,00
EPS SURAMERICANA S. A	$	2.486.805.176,00
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	$	2.287.527.198,25
ASMET SALUD EPS SAS		1.705.538.456,32
SEGUROS DEL ESTADO S.A.		1.646.510.478,88
LA PREV\SORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS	$	1.555.664.116,66
DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	s	1.360.753. 401,00
EMSSANAR SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA	$	1.332.139.174,00
AXA COLPATRIA SEGUROS SA	$	1.242.968.794,00
SANITAS S A S-ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	8	1.230.405.871,00
SALUDCOOP E.P.S. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPER	$	1.215.828.990,88
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3	$	944.251.463,00
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD E S.S.	$	933.236.706,00
SALUD TOTAL ENTIOAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REG SUBSIDIADO S A	$	909.756.649,04
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	$	807.179.994.91
OTROS	*$*	*11.281.238.994,02*
Subtotal	***$***	***62.749.927.365,33***

DEUDAS DE ENTIDADES LIQUIDADAS

MEDIMAS EPS S.A.S.	$ *26.223.813.547,27*
CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA	*$14.665.195.905,99*
SALUDVIDA S.A.	*$ 7.891.048.682,40*
COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	*$ 3.907.534.488,66*

CONSORCIO SAYP 2011	*$ 2.772.447.568,76*
CONSORCIO FIDUFOSYGA 2005	$ 2.101.979.319,00
ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S	*$ 1.968.781.256,40*
CAPRECOM EICE EN LIQUIDACIÓN	*$ 412.968.164,11*
COMPARTA SALUD COOP.COMUNITARIA	$ 231.745.637,50
SOCIEDAD CLINICA SANTIAGO DE CALI SA	$ 195.196.448,00
CAJA COMPES. FLIAR C/MARCA - COMFACUNDI.	$ 111.747.007,66
EMDISALUD EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA S *SOCIEDAD CLINICA* SANTIAGO DE CALI S.A.	$ 74.430.193,00
MÉDICOS Y AUDITORES SAS	$ 43.089.411,00
SUBTOTAL	**$60.537.543.709,75**

Como consecuencia de lo anterior, en el cuerpo de la denuncia, se alerta sobre la generación de un posible déficit presupuestal, que se calcula podría ser del orden de $15.234.172.936, específicamente debido al no recaudo de lo planeado por concepto de la prestación de los servicios de salud, pues solo se recaudaría $92.299.180.576, frente a unos gastos totales de $107.533.353.512, pronóstico que es motivo de revisión y pronunciamiento de esta auditoría.

III. OBJETO DEL TRÁMITE

En consideración a las circunstancias fácticas narradas con anterioridad, corresponde a ésta dependencia determinar si las presuntas irregularidades denunciadas se llevaron a cabo y en caso afirmativo, establecer cuáles fueron los servidores públicos que con sus actuaciones u omisiones, violaron los principios del control fiscal o dieron lugar a la configuración de observaciones administrativas con incidencia disciplinaria, fiscal, penal, sancionatoria u otras.

IV. ACTUACIONES ADELANTADAS

Como ya se dijo, la denuncia fue presentada en este organismo de control el día 25 de mayo de 2022 y ese mismo día se asumió la competencia para adelantar su trámite; decisión comunicada al denunciante mediante oficio RE-3211 del día 8 de junio de 2022.

Mediante memorando N°011, comunicado el día 25 de mayo de 2022, me fue asignada la denuncia para su trámite, al cual se le dio inicio con las siguientes actuaciones:

1. Entrevista con la directora financiera y jefe de cartera del hospital el día 1 de julio con el fin de revisar datos, y solicitar información, la cual fue enviada por vía electrónica el 8 de julio.

2. Visita fiscal de campo al hospital mediante reunión con el contador, la jefe de cartera, y otros funcionarios del área financiera, para tratar el tema de los registros contables, facturación y operaciones recíprocas.

3. Entrevista con profesionales adscritos a la Secretaría de Salud, que son enlace y direccionamiento en los temas de salud con los hospitales del departamento, incluyendo las auditoría médica y administrativa.

4. Revisión y análisis de la información obtenida con la denuncia entregada; cruce de información documental, con énfasis en los datos de la cartera radicada de EPS, Gobernación del Quindío y Particulares por ser los más representativos y cuantiosos.

5. Entrevista con los profesionales de Contaduría y de Presupuesto asignados a la Secretaría de Salud, para cruzar información y verificar procedimientos en cuanto a los registros y datos; y su articulación y reporte con el área financiera de la Gobernación del Departamento.

6. Visita de auditoría al hospital San Juan de Dios para verificar y cruzar la información contable y financiera de la entidad y el departamento del Quindío, relacionada con la cartera, con apoyo de profesional contador de la contraloría.

7. Solicitud de información y datos de cartera complementaria a la inicialmente obtenida, respecto a datos con corte a junio de 2022

8. Revisión de la ejecución presupuestal 2022 del hospital San Juan de Dios.

9. Revisión de toda la información recibida, que permita obtener un juicio equilibrado del estado del proceso de facturación del hospital y la efectividad en el recaudo de sus rentas, así como del procedimiento establecido y la función de la secretaría de salud del departamento.

V. CONSIDERACIONES

Es función Constitucional y legal de la Contraloría General del Quindío, establecer la gestión y el resultado de las entidades sujetas al control fiscal, evaluando la eficiencia, eficacia y equidad en la asignación de los recursos que intervinieron en los diferentes procesos y actividades para el logro de sus objetivos en desarrollo de su cometido estatal, tanto a nivel institucional como social, y promover las investigaciones a que dieran lugar por los hechos conocidos.

Del trámite de la presente denuncia y los soportes probatorios recaudados en el mismo, se efectúa la siguiente descripción y análisis:

1. Situación Financiera.

El hospital universitario San Juan de Dios, tal como se describe en el documento recibido y por ser de conocimiento general, está clasificado en el tercer nivel de complejidad en la atención, y es considerado como la principal empresa prestadora de los servicios de salud en el departamento con extensión en la región. Esta circunstancia hace relevante entonces la verificación del reporte o diagnóstico recibido en cuanto a la posibilidad que al final de la vigencia 2022, se pueda generar déficit fiscal por el no cumplimiento de las metas de ingreso previstas, debido especialmente al no pago oportuno de la facturación de los servicios prestados a sus principales deudores.

Es entonces que los datos allí reportados se encuentran no solo creíbles, sino además preocupantes financieramente, pues claramente se evidencia que al término del segundo trimestre de 2022, existe una cartera total de 14 entidades ya liquidadas por valor de $60.537.543.710, que además está deteriorada contablemente; esto es, que prácticamente ya no se recupera; valor este incrementado al corte de junio de 2022 en la suma de $1.140.426.816 (SaludCoop EPS), para un gran total de cartera

irrecuperable de las entidades liquidadas por valor de $61.678.152.997; hecho que infortunadamente viene ocurriendo con la red hospitalaria, y por tanto está afectando la realidad financiera del hospital, impactando de forma muy negativa los intereses de la comunidad en la calidad del servicio; no obstante por el hecho de ser hospital de tercer nivel de atención, cuenta con un gran volumen de facturación de servicios que le sirve de soporte para el cumplimiento de su objeto social.

Ante las dificultades financieras que se presentan como riesgo, considera esta auditoría que la alternativa de equilibrar el presupuesto disminuyendo los gastos, no es la mejor para la entidad de salud, dada la programación que se tiene ante las grandes responsabilidades operativas y administrativas de disponer de los recursos humanos, técnicos y tecnológicos eficientes para responder a las necesidades, deseos y demandas exigidas por la comunidad en un tema tan sensible como es la salud.

2. Estado de la Cartera.

La auditoría en su trabajo, orientó la labor de verificación hacia la principal Cartera, que, según el informe reportado, podría estar afectando de forma directa la situación financiera del hospital.

La Cartera total de la entidad de salud vigente, con corte a junio de 2022 incrementó en el 17,5% respecto al primer trimestre, pasando de $123.287.471.076 en abril, a $134.837.330.457 en junio; cuyos incrementos más representativos fueron: Nueva Empresa Promotora De Salud S.A; Eps Suramericana S. A; Sanitas, y Regional de Aseguramiento en salud N°3. Este crecimiento se aprecia normal toda vez que es cartera vigente y son empresas que generalmente están cumpliendo los pagos; No obstante, este crecimiento, también se aprecia disminución del saldo de cartera suscrita a 30 días, que bajo un 5% respecto del saldo a abril; lo cual demuestra la actividad creciente y permanente en la prestación de los servicios de salud, por ende, las cuentas por cobrar.

De otra parte, se refleja que la cartera superior a 360 días ha disminuido en el mismo período en un promedio del 18%, lo cual es bueno e indica que las gestiones de cobro en este aspecto están tenido fruto, lo que es concordante con los soportes allegados ante requerimiento formulado.

Desde el punto de vista presupuestal, se denota que el ingreso total a junio es del 51%; lo que aparentemente sería normal, pero al interior de su estructura, la auditoría encuentra que la planeación del ingreso por concepto de “venta de bienes y servicios”

al corte de junio de 2022 no está cumpliendo con las expectativas previstas en la vigencia, toda vez que solo se ha recaudado el 39% del total; y más preocupante es que pasados seis meses, por concepto de "venta de servicios de salud", solo se ha recaudado el 24%, y en sus subcuentas, se evidencia muy bajo nivel de recaudo en "POS y POS-S", comportamiento este que se convierte en reto en el cumplimiento de las metas financieras esperadas; son las Transferencias corrientes las que están aportando en mayor proporción a los ingresos totales con el 71%.

En cuanto a los gastos, se aprecia que su ejecución promedio fue del 56%. Si bien la diferencia de cinco puntos superiores al ingreso no es tan marcada, la auditoría estima que de seguir este comportamiento, el hospital San Juan de Dios podría verse abocado a significativas dificultades presupuestales y financieras en general; obligándolo a tomar medidas como la reducción o aplazamiento del gasto entre otras posibilidades; pero la alternativa de focalizar estrategias para hacer más eficientes y efectivos los ingresos por la venta de los servicios es la que debe primar, cuya facturación y recaudo oportuno es esencial, y precisamente es la que en este caso se reporta con dificultades.

En tal sentido, y considerando las posibles causas que podrían llevar al hospital a dificultades financieras, sin ahondar en la situación con las EPS, dado que esta problemática no es nueva y su solución corresponde a las autoridades nacionales; excluido este análisis, la auditoría toma en cuenta el estado de la otra importante cartera del hospital:

2.1 Cartera Departamento del Quindío

POBLACIÓN MIGRANTE
Cuadro N°1

VIGENCIA	VALOR RADICADO	VALOR AUDITADO	VALOR GLOSADO	VALOR ACEPTADO	VALOR ACEPTADO POR LA IPS	VALOR POR CONCILIAR	TOTAL A PAGAR	VALOR PAGADO
2020	2.486.497.111	2.191.027.190	404.986.859	1.786.040.331	83.414.869	69.056.727	2.038.555.694	1.471.133.653
2021	2.964.626.341	2.964.626.341	741.748.993	2.222.877.348	0,00	741.748.993	2.222.877.348	364.656.376
2022	1.348.503.524	1.348.503.524	609.533.627	738.969.897	0,00	609.533.627	738.969.897	0,00
SUBTOTAL	**6.799.626.976**	**6.504.157.055**	**1.756.269.479**	**4.747.887.576**	**83.414.869**	**1.420.339.347**	**5.000.402.939**	**1.835.790.029**

Fuente: Secretaría de Salud Deptal

Esta población está definida y reglada en el decreto 064 de 2020, y la secretaría de salud departamental está vinculada de forma directa en su cumplimiento. De los datos obtenidos se tiene que del total facturado y radicado por el hospital, la Secretaría glosa

en promedio el 26%; también que el valor de pagos es del 39% frente al total de facturas *aceptadas*, promedio que se considera en un rango de *bajo*, dado el cumplimiento del proceso de facturación por parte del hospital, infiriéndose desde allí inconvenientes en este proceso; por tanto, argumento para las razones de la falta de pago oportuno por la venta del servicio de salud.

Es necesario precisar que los giros por "Migrantes" corresponden a ***recursos de la nación***, y la función de la Secretaría de Salud es básicamente validar la información y reportar a la nación para que esta haga el giro directo al hospital.

Se encuentra además que el 1% del valor de *facturación aceptada* por la IPS ($83.414.869), obedece a varios factores, en especial al reconocimiento de fallas en su elaboración, lo que es factor generador de la pérdida del recurso para el hospital, hecho que preocupa y debe ser motivo revisión y análisis para las correcciones en pro de la mejora del ciclo de facturación, además del riesgo de un posible proceso de responsabilidad fiscal.

Los datos permiten demostrar que, del valor total de *facturas auditadas*, solo se paga en promedio el 28% a la ESE, el mayor porcentaje se queda en el proceso de glosas y conciliaciones. Otro resultado a cuestionar es que, del total a validar por el departamento para el pago por parte de la nación, solo se había girado en promedio en las tres vigencias el 36,7% de los recursos. Revisado el reporte del hospital San Juan de Dios con corte a junio 30 de la vigencia en curso, consta que recibió ingresos por este concepto por valor de $2.329.616.413; en tanto que el departamento del Quindío reporta revisión y validación de facturas pagadas al hospital por $1.835.790.029 del 2021.

La diferencia de $493.826.384, obedece a dos pagos que no reporta el Departamento de las vigencias 2020 y 2022; quedando pendiente saldo por pagar a junio de $3.164.612.910, más las facturas que quedan en proceso de conciliación y reconocimiento.

Dada su importancia, se encontró evidencia que la secretaría de salud departamental, realizó socialización para la implementación del *procedimiento* para la atención de la población pobre no asegurada - PPNA y para los Migrantes, actividad que no ha sido suficiente ni efectiva, pues las deficiencias continúan en la elaboración de las facturas, con lo cual se ha hecho aún más difícil el seguimiento, control y oportunidad en los pagos de esta cartera; esta circunstancia hace necesario mayor socialización y

adaptación del personal en la aplicación del decreto 064 de 2020 de parte de esta secretaría.

Es bueno recordar la responsabilidad que tiene esta entidad del nivel departamental, como es la función especial dar lineamientos, apoyo, asesoría seguimiento y control en los temas de salud en el departamento; pero también del compromiso que atañe a los hospitales para apropiarse mejor de conocer bien la normativa.

En tal sentido, el artículo 3° del referido decreto 064 de 2020, modificatorio del decreto 780 de 2016, establece las condiciones para la afiliación al régimen subsidiado sin tener las calidades para ser afiliada al régimen contributivo o excepcional; normativa que aplica a esta población; en donde se observa han existido deficiencias en su aplicación.

Los recursos que gira la nación con destino al hospital por concepto de *Migrantes,* no se realizan conforme a las cuentas auditadas y aceptadas de la facturación, pues se tuvo conocimiento que estos giros se hacen cada 6 meses aproximadamente; con lo cual se limita más la oportunidad de ingresos al hospital, y peor aún, que el gobierno prioriza estos giros hacia las zonas de frontera del país; este es otro factor que incide en la falta de oportunidad en la obtención de los servicios prestados.

A modo de resumen, el estado de cuenta de migrantes a junio 2022 era:

ESTADO DE CUENTA
Cuadro N°2

VIGENCIA	TOTAL A PAGAR	VALOR PAGADO	EN CONCILIACIÓN Y/O ACEPTADAS
2020	2.038.555.694	1.471.133.653	
2021	2.222.877.348	364.656.376	
2022	738.969.897	0,00	
SUBTOTAL	**5.000.402.939**	**1.835.790.029**	**1.420.339.347**

Fuente: Secretaría de Salud Deptal

POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA (PPNA)

Se destaca que la atención a este tipo de población corresponde en su totalidad a los Departamentos, quienes deben asumirla con sus recursos ordinarios, hasta tanto toda la población no asegurada quede totalmente afiliada al sistema de salud colombiano; o sea que la PPNA debe ir en decrecimiento. Es así como para el departamento del

Quindío, la auditoría pudo establecer que con respecto al 2020 esta facturación disminuyó al 37% en el 2021, y para lo corrido del 2022 ha bajado al 13%.

Cuadro N°3

VIGENCIA	VALOR RADICADO	VALOR AUDITADO	VALOR GLOSADO	VALOR ACEPTADO	VALOR ACEPTADO POR LA IPS	VALOR POR CONCILIAR	TOTAL A PAGAR	VALOR PAGADO
2020	2.095.805.777	2.026.229.766	1.106.883.537	919.346.229	72.174.001	663.755.574	1.290.300.189	0,00
2021	774.734.873	774.734.874	603.420.747	171.314.127	0,00	603.420.747	163.099.668	0,00
2022	118.132.564	99.308.964	73.568.977	25.739.987	0,00	73.568.977	25.739.987	0,00
SUBTOTAL	**2.988.673.214**	**2.900.273.604**	**1.783.873.261**	**1.116.400.343**	**72.174.001**	**1.340.745.298**	**1.479.139.844**	**0,00**

Fuente: Secretaría de Salud Deptal

Los datos del cuadro anterior muestran que del total de facturas radicadas por el hospital, la Secretaría de salud ha glosado en promedio durante las tres vigencias el 60% de estas; porcentaje mucho más alto que en la facturación de población migrante, lo que llama la atención; pues en esta misma proporción llegan los recursos para el hospital; en tal sentido la auditoría encuentra deficiencias de ambas partes; esto es, por errores en la facturación a cargo del hospital, y también por la Secretaría de Salud en cuanto a la inoportunidad en iniciar los procesos de auditoría a la facturación (ley 1438 de 2011); por la falta o limitación de personal disponible y con perfil para auditar con oportunidad esa facturación; también por la falta de implementación correcta del procedimiento y en general, debido a deficiencias administrativas y falta de coordinación interna en el manejo de la información.

Otro indicador a tener en cuenta es que, con respecto al total de facturas auditadas, en promedio solo el 38% de estas son aceptadas y cumplen con los criterios para su cobro; este dato demuestra entonces las bajas cifras en el pago de facturación al hospital por este concepto, aspecto que debe ser motivo de toma de decisiones administrativas para optimizar este proceso.

Por parte del hospital, también se puede evidenciar que se presenta un margen de pérdida de recursos públicos, debido a fallas en la *facturación reconocida* ante la auditoría de la secretaría de salud; en esta oportunidad su valor asciende a $72.174.001 durante los tres años últimos, ello debido a diversos errores en la facturación que debe ser explicado, también por los vacíos ya aludidos en la secretaría de salud; estas fallas eventualmente podrían generar procesos de responsabilidad fiscal.

En los datos del cuadro anterior N°3, también se refleja que del total de facturas aceptadas, el nivel de pagos por concepto de la PPNA es del 0%; no obstante, la auditoria obtuvo un reporte de la ejecución presupuestal de la Gobernación del Quindío, donde se evidencia un pago de vigencias anteriores por $1.264.364.362 realizado el 31 de diciembre de 2021; esta inconsistencia refleja también vacíos en la comunicación al interior del departamento, que deben ser tratados para lograr mayor oportunidad y eficiencia en el proceso de auditaje y pago de la facturación.

Además de lo anterior, se encuentra que el hospital reporta por este mismo concepto, ingresos por valor de $1.271.302.741 obtenidos en la vigencia 2021; encontrándose diferencia con respecto al reporte del Departamento por valor de $6.938.379, por lo que se infiere que esta suma obedecería al pago de vigencias anteriores (cuadro N°4)

Estas diferencias evidencian una vez más, la falta de articulación y comunicación tanto al interior de las entidades mencionadas, como entre estas, de manera que los procesos de conciliación sean efectivos, con información confiable y veraz.

Cuadro N°4

RECAUDOS HOSPITAL

Pesos

CONCEPTO	AÑO 2022	AÑO 2021	AÑO 2020	Acumulado pagos
PAGO SERVICIOS NO POS A CARGO DEPARTAMENTO	55.565.454	772.445.933	0,00	828.011.387
POR POBLACION POBRE NO ASEGURADA NACIONALES	0,00	1.271.302.741	0,00	1.271.302.741
POR POBLACION MIGRANTE	227.437.259	1.835.790.029	266.389.125	2.329.616.413
VENTA ESTAMPILLA A FAVOR TERCEROS-PRO-DESARROLLO	2.536.800	3.472.200	2.964.000	8.973.000
RECAUDO DE ESTAMPILLA PRO-	8.218.909.110	10.086.524.215	8.633.794.723	26.939.228.048
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	872.852	1.388.986	2.424.063	4.685.900
TOTAL	**8.505.321.475**	**13.970.924.104**	**8.905.571.911**	**31.381.817.489**

Fuente: Hospital San Juan de Dios

Se destaca como factor positivo en los ingresos, el concepto de estampillas pro hospital, que es muy significativo y presenta un comportamiento adecuado en oportunidad y cuantía por parte de ambas entidades.

Respecto a los datos del proceso de conciliación generados por la secretaría de salud del departamento, llama la atención la significativa diferencia en el alto índice de facturas glosadas entre la PPNA con respecto a la Migrante, en el entendido que el proceso de

facturación es similar; encontrando como justificación de esta situación por la secretaría de salud, que es debido a la falta de identificación y registro de la población que requiere la atención en el hospital; esta comparación entre las dos poblaciones, es:

Población Migrante:

Facturación glosada frente a la facturación auditada: 27%

Facturación glosada frente a la facturación radicada: 26%

Población Pobre no Asegurada (PPNA):

Facturación glosada frente a la facturación auditada: 61%

Facturación glosada frente a la facturación radicada: 60%

Al respecto argumentan las profesionales de auditoría médica de la secretaría de salud, que ello obedece principalmente a la falta de identificación de los pacientes PPNA por parte del hospital desde el momento de su ingreso, por lo que frecuentemente esa facturación se la cobran inmediatamente al departamento, por ser esta la forma más fácil de hacer el cobro; deficiencia muy constante que cuestiona el departamento estimando que una facturación por este concepto muy alta; lo cual tiene algún asidero, pues la auditoría pudo obtener datos de la oficina de aseguramiento donde consta que el 94% de la población Quindiana está afiliada al sistema de salud, con lo cual esta alta facturación de PPNA llama la atención; ante lo cual se hace el llamado a las directivas del hospital para la toma de decisiones en pro de los correctivos de fondo pertinentes.

En este sentido se verificó gestiones de la secretaría con la expedición de comunicación a las ESE, de fecha abril 21 de 2021, relacionado con los *"Reportes de las atenciones de urgencias a los pacientes migrantes sin capacidad de pago y población pobre no asegurada y devolución facturas por falta de requisitos y soportes legales",* tendiente a exigir un mayor control en esta facturación, donde expone:

"Los gastos en salud que se deriven de la atención a población pobre que no haya surtido el proceso de afiliación definido en el presente artículo, serán asumidos por las entidades territoriales, solo se pagarán las atenciones en las cuales se evidencie la gestión de la afiliación y en donde no se logre su afiliación efectiva."

Una falencia importante que presenta el proceso de auditoría médica a las cuentas por parte de la secretaría de salud, y por lo cual los giros al hospital no son oportunos, consiste en la falta de continuidad de los profesionales responsables de tal actividad,

con lo cual se genera mayor acumulación del volumen de facturación en todo el departamento, y por tanto el incumplimiento a la programación y tiempos de respuesta exigidos en las leyes 1122 de 2007; 1438 de 2011, concordantes con el decreto 064 de 2020.

Otra situación encontrada desde el punto de vista contable por la auditoría, es que no se encuentra coherente la información del departamento del Quindío, quien reporta en el libro auxiliar de terceros con corte a junio de esta vigencia, saldos de períodos anteriores sin identificar claramente, correspondiente a las cuentas 24800102 - *PPNA*, que tiene un saldo de $13.867.263.951; y la cuenta 2480017 *Extranjeros*, que refleja un saldo de $4.674.182.800; tampoco se clasifica ni identifica la fuente de financiación u origen del recurso; vale decir, si es nacional (migrantes), o recurso ordinario a cargo del departamento (PPNA).

Según se pudo indagar, esta situación obedeció a la falta de depuración del sistema, toda vez que a junio no se había efectuado el cargue de información en el software “Dinámica Gerencial”, por la falta de actualización en el reporte de datos; primero se hacen los archivos planos para poder cargar en dicha plataforma, teniendo en cuenta que el sistema arrastra saldos.

Los saldos anteriores difieren también con los reflejados contablemente por el hospital, en cuyo balance de prueba - *cuenta 13 – Cuentas por Cobrar Departamento del Quindío*, muestra un saldo acumulado a junio de 2022 de $13.225.933.314, dentro del cual está clasificada como “cuentas de difícil recaudo subsidio a la oferta y vinculados” la suma de $7.703.209.726.

Aunado a lo anterior, se tiene que ninguna de las dos entidades presenta contablemente la información de ***Operaciones Recíprocas***, siendo una obligatoriedad a la luz de las normas contables, con lo cual se está inobservando importante información que es base para mostrar la razonabilidad de los saldos; hecho que se constituye en una debilidad que debe ser observada para las acciones pertinentes.

Es importante destacar al respecto que, de acuerdo con los lineamientos de la Contaduría General de la Nación, el Objetivo principal de la *operación de cuentas reciprocas* está establecido en mostrar los saldos pendientes por conciliar de la entidad reportante, con el fin de mejorar la calidad y utilidad de la información que la CGN suministra al Gobierno Central, Organismos de Control y a la Ciudadanía en general.

Según acta de conciliación de agosto 16 de 2022, ambas partes conciliaron saldos quedando formalmente reconocidos y pendiente por pagar hasta esa fecha, así:

Migrantes: $3.078.672.416

PPNA: $1.410.041.553

También dejaron constancia en el acta que quedó un valor de facturas en proceso de conciliación pendiente por aclarar por valor de $3.348.334.499.

Un aspecto importante que encontró la auditoría respecto a la información contable del departamento, es que los saldos de períodos anteriores que se reflejan, corresponden a valores que quedaron sin conciliar que aproximadamente ascienden a $3.000.000.000, pero exponen las profesionales auditoras de cuentas, que esos contratos ya están liquidados; a pesar de ello, tienen algunos pendientes por legalizar entre estas entidades, para lo cual aparentemente ya hay acuerdos preliminares.

2.2 Cartera Deudores personas naturales - Particulares:

De acuerdo con el reporte del hospital San Juan de Dios, al corte de junio de 2022 la institución, había aprobado el deterioro de esta cartera; sin embargo, según reporte obtenido, tenía la siguiente cartera vigente:

Cuadro N°5

Pesos

vigencia	Obligaciones	Saldo
2020	478.345.484	429.931.629
2021	391.438.620	338.906.695
2022 (junio)	74.836.321	74.731.779
Total	**944.620.425**	**843.570.103**

Fuente: Hospital San Juan de Dios

Al revisar los datos obtenidos, se encontró que el cobro de cartera vigente por este concepto se gestiona desde el momento de la atención al usuario, y simultáneamente se hace la inscripción del usuario atendido; no obstante se denota falta de información y registro de datos confiables en la tabla de control que maneja el hospital para este tipo de usuarios, donde se encuentran direcciones erróneas o inexactas, espacios en blanco, y en general, deficiencias en los reportes registrados de los usuarios, lo cual hace más difícil garantizar los cobros posteriores por la prestación de los servicios de salud.

Es así como se evidencia con los datos anteriores, que el nivel de recuperación de la facturación en los tres últimos períodos fiscales es solo del 11%, ante lo cual el hospital deberá considerar la toma de medidas de control más óptimas para la recuperación de esta cartera.

De acuerdo con la información disponible, la cartera acumulada por este concepto al corte de abril de 2022 estaba en la suma de $7.186.711.543; cifra muy cuantiosa que ha sido objeto de pronunciamiento en informes de auditorías anteriores, y ha suscitado planes de mejora, pero aparentemente las dificultades persisten.

La difícil situación en el manejo de esta cartera se puede evidenciar en el manejo contable, donde el hospital registró un deterioro de esta cartera por valor de $5.043.986.747, aprobado según acta de reunión del comité de sostenibilidad contable de fecha junio 23 de 2022, en donde se expone por parte de sus miembros la complejidad en su manejo, imposibilidad real de recuperación por ser cartera muy antigua, desde el año 2002 al 2017, que ya impactó negativamente el patrimonio; y en general, por las características propias en la prestación de este servicio público, pues a pesar de ello, este es un derecho fundamental que debe cumplir la entidad de salud en la atención a la población.

Las evidencias y datos obtenidos muestran que las gestiones para la recuperación de esta cartera y para minimizar la pérdida de recursos por este tipo de facturación, ha sido insuficiente, aunque se comparte el criterio de la complejidad que tiene este proceso; no obstante, el hospital deberá aplicar y optimizar los procedimientos, seguimientos, ajustar los controles y demás lineamientos inmediatos para la toma decisiones administrativas tendientes a minimizar dicho riesgo.

Si bien durante el proceso de facturación puede haberse generado pérdida de recursos públicos, debido a los diferentes factores ya aludidos, esta auditoría reitera que debido a la complejidad y múltiples aspectos internos y externos que deben tenerse en cuenta, desde el punto de vista fiscal es improbable que se pueda llegar objetivamente a determinar los requisitos requeridos para establecer una responsabilidad fiscal; además, no hay que olvidar que en todo caso prima la atención vital de estas personas que generalmente por alguna causa no están vinculadas al sistema de salud, y requieren el servicio con urgencia; vale decir, se tiene en cuenta el sentido social y preservación de la vida y la salud , como ocurre en estos casos.

2.3 Cartera Otros deudores y EPS

No es un secreto que la principal generadora de la difícil situación financiera del sector salud, son las EPS, como principales deudoras, tal como se hizo referencia en el punto

1 de este informe respecto a las *entidades liquidadas*; etapa esta en la cual se pierde nuestro ámbito de jurisdicción, correspondiendo al gobierno nacional definir los lineamientos normativos a seguir respecto a esta pérdida de recursos vía facturación de los hospitales, que para el caso del San Juan de Dios asciende a $60.537.543.710.

La cartera activa de abril a junio creció en $21.802.437.789, aun cuando hubo algunos abonos menores por $116.259.783, especialmente por facturación con plazo de 30 y 90 días. Así las cosas, el hospital tendrá que gestionar con más intensidad este valor de recuperación, para evitar que se genere un posible déficit presupuestal o fiscal en la vigencia; en este caso y de manera puntual por concepto de los ingresos del plan obligatorio de salud POS, y el plan subsidiado de salud POS - S, que a junio solo registraban unos ingresos equivalentes al 17,03% para el primero, y el 13,21% para el segundo ítem.

Lo anterior significa que el proceso tanto de radicación por parte del hospital, como de auditoría, conciliación y reconocimiento de pagos por parte de las EPS, tal como se viene presentando desde períodos anteriores, es la principal fuente generadora de los retrasos significativos y falta de oportunidad de estas, para realizar los giros de recursos por la prestación de los servicios de salud.

También se presenta una baja ejecución por concepto de *"entidades régimen especial*", con apenas el 21.66% de recaudo, rubro que es muy significativo también para los intereses del hospital.

De continuar la tendencia de ingresos por los anteriores conceptos, dada su representatividad, el recaudo final no alcanzaría ni siquiera el 60% de lo esperado; este retraso en los giros para el hospital, tendría un impacto financiero muy importante; además del desequilibrio presupuestal, dado que los gastos y obligaciones están debidamente programados, y no sería muy prudente la reducción o aplazamiento en su ejecución, considerando la misionalidad en la prestación oportuna de los servicios se salud a la comunidad.

Contrario a lo descrito anteriormente, en términos comparativos, se encuentra como positivo que la cartera general de los principales deudores del hospital, clasificada como "*superior a 360 días"* disminuyó de junio 2020 de 2021 a junio de 2022 en un 18%, lo cual es significativo a pesar de la situación actual.

Lo anterior conlleva a este organismo de control a determinar la existencia de las siguientes observaciones:

VI. HALLAZGOS

Hallazgo Administrativo N°1. No elaboración y presentación de las Operaciones Recíprocas reglamentada por la Contaduría General de la Nación.

Condición: En desarrollo de la denuncia ciudadana se puedo evidenciar que tanto el departamento del Quindío como del Hospital San Juan de Dios, no elaboran ni presentan la información de las cuentas recíprocas, razón por la cual se encontró incoherencias en los reportes de saldos en la cuenta 13 - cuentas por cobrar, como se refleja en el cuadro siguiente:

CODIGO CUENTA CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	TOTAL CARTERA HOSPITAL	SALDO GOBERNACION		DIFERENCIA
			MIGRANTES (cuenta 24800107)	PPNA (cuenta 24800102)	
131921	ATENCION CON CARGO AL SUBSIDIO A LA OFERTA - SIN FACTURAR O CON FACTURACION PENDIENTE DE RADICAR	291.060.349	4.674.182.800	13.867.263.951	- 5.315.513.437
131922	ATENCION CON CARGO AL SUBSIDIO A LA OFERTA - CON FACTURACION RADICADA	5.231.663.239			
13850910	CUENTAS DE DIFICIL RECAUDO - SUBSIDIO DE OFERTA-DPTO QUINDIO	5.299.317.788			
13850912	CUENTAS DE DIFICIL RECAUDO - VINCULADOS OTROS MUNICIPIOS Y DEPARTAMENTOS	2.403.891.938			
TOTAL		**13.225.933.314**			

Estas incoherencias en la información contable de ambas entidades, afectan la razonabilidad de sus estados financieros, por ende, no aportan a mejorar la calidad y utilidad de la información que la CGN debe suministrar a todas las entidades que por disposición legal deben conocerla, incluidos los entes de control; por tanto, se constituye esta actuación en incumplimiento a la rendición de cuentas e informes legales.

Con la situación descrita, la administración departamental estaría presentando también deficiencias en el proceso de cierre financiero de 2021 y 2022 del departamento, toda vez que la facturación de la población pobre no asegurada “PPNA” que ha sido aceptada por la secretaría de salud, no está siendo tenida en cuenta dentro de los actos administrativos para constituir las reservas presupuestales y/o cuentas por pagar de cada vigencia con recursos ordinarios; a pesar que, contablemente están clasificados como una obligación en la cuenta 24800102, por un valor de $13.867.263.951,20 al corte del mes de junio de 2022. Esta falta de coherencia y reporte de las operaciones recíprocas se ratifica con el informe contable que presenta el hospital, que, a esta misma fecha, presenta un saldo de $13.225.933.314.

Criterio: Las irregularidades evidenciadas y que dan origen a la observación administrativa, obedecen a la desarticulación y falta de comunicación entre el ente territorial departamental y la ESE, además de las debilidades en el sistema de control interno en estos procesos, en ambas entidades y que requieren acciones correctivas, tendientes a lograr la confiabilidad de los estados financieros.

Fuente de Criterio: resolución No. 159 del 10 de junio de 2019 emanada por la Contaduría General de la Nación. Resolución No. 309 del 16 de diciembre de 2021 rendición de la cuenta.

Causa: Fallas administrativas por la falta de comunicación entre las áreas competentes involucradas en el proceso de facturación y pagos. Fallas en la aplicación del procedimiento para el proceso de facturación; falta de socialización y aprehensión de la normativa, además fallas en los lineamientos claros y continuos del mismo con los hospitales del departamento.

Efecto: Demoras en el proceso que generan inoportunidad e ineficiencia en los giros para el sector salud. Dificultades administrativas por desequilibrio presupuestal y financiero. Reportes e informes públicos y a entidades de control no confiables.

Hallazgo Administrativo N°2. Inoportunidad en el giro de los recursos de la población pobre no asegurada (PPNA) a cargo del Departamento del Quindío, con destino al hospital San Juan de Dios.

Condición: Por disposición legal, el departamento del Quindío debe asignar de su presupuesto, recursos ordinarios con destino al hospital San Juan de Dios, por concepto del pago por la atención en los servicios de salud brindados a la población pobre no asegurada - PPNA del departamento. De la facturación por este servicio surge el trámite para el pago por el departamento, iniciando con la radicación ante la secretaría de salud departamental, quien inmediatamente debe realizar auditoría y pronunciarse aceptando o no, y glosando la facturación radicada por el hospital que considere no cumple con los requisitos.

Esta situación viene generando perjuicios para el hospital, dado que, no obstante haber surtido el proceso de facturación auditada, conciliada y/o aceptada, este no obtiene con oportunidad por parte del ente territorial, los recursos correspondientes para garantizar la prestación de los servicios; aportando esto, tal como se expone en parte de la denuncia

recibida, al riesgo para el manejo de las finanzas y operación del hospital. Es así como se pudo establecer, de acuerdo con los soportes revisados, que desde la vigencia 2020, el estado de cuenta del Departamento del Quindío (acta N°126 de agosto 16-22), por este concepto era:

Radicación facturas PPNA: $2.969.849.614

Valor pendiente por cancelar Dpto: $1.410.041.553

La inoportunidad en el pago con los recursos ordinarios del departamento, se evidencia con el reconocimiento de cuenta pendiente por pagar por $1.410.041.553, que corresponde a períodos anteriores al 2022, pero a la fecha de este informe no se han pagado; valor este que debe incrementarse, una vez queden aclaradas las glosas en proceso.

Caso similar, ocurre con la facturación de los recursos de la población migrante, toda vez que, a pesar que las glosas por este concepto se dan en menor proporción, también se generan demoras similares dentro del proceso de auditoría, conciliación y validación del pago que hace la secretaría ante el ministerio de salud.

Esta falta de pago se constituye en riesgo un financiero, que podría tener el hospital por el no recaudo oportuno de la facturación radicada; recordando que estos pagos corresponden a facturación de vigencias anteriores al 2022; lo cual obliga a un plan de mejoramiento que permita articular y lograr una adecuada programación de pago y giro de los recursos.

Criterio: Las irregularidades evidenciadas y que dan origen a la observación administrativa, obedecen a la desarticulación y falta de comunicación dentro del departamento del Quindío en el proceso financiero, además de las debilidades en el sistema de control interno de este proceso, y que requieren acciones correctivas, tendientes a lograr la confiabilidad de los estados financieros.

Fuente de Criterio: Artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, Decreto 441 de 2022, Sección 4 - Facturas de venta y glosas.

Causa: Deficiencias y falta de actualización del software Dinámica Gerencial, que impide el cargue oportuno de la información, falta de personal competente para realizar el proceso de registro contable. Falta de articulación en el reporte de cuentas en las dos entidades. La inexistencia del proceso de facturación en Línea, que facilite y haga más efectivo el proceso de facturación.

Efecto: Riesgos financieros para el hospital San Juan de Dios, Fallas en la prestación de los servicios de salud a la comunidad; sanciones administrativas; suspensión o cancelación de la acreditación de calidad en el servicio.

Hallazgo Administrativo N°3. Fallas en la facturación de los servicios de salud, e Incumplimiento en los tiempos para el pago debido a retrasos en el proceso de auditoría administrativa y médica.

Condición: El hospital San Juan de Dios atiende los pacientes migrantes y la población pobre no asegurada - PPNA conforme los parámetros establecidos por el sistema nacional de salud y su normativa. Una vez generada, esta facturación es radicada en la secretaría departamental de salud para su proceso de auditoría, reconocimiento y pago; sin embargo, en desarrollo de la denuncia, se pudo verificar que la secretaría no ha cumplido en su totalidad los tiempos hábiles previstos por la norma, a pesar de estar previamente autorizados por la auditoría médica y administrativa. Este trámite tiene unos tiempos definidos por normativa nacional de aproximadamente 47 días, para que la secretaría defina la aceptación o no de la facturación radicada por el hospital.

Al respecto, se pudo establecer que dichos tiempos no se están cumpliendo por parte de esta secretaría, debido a diversos factores, en especial por limitaciones de personal competente y demora en el inicio de las auditorías de las cuentas, que inclusive superan la anualidad, toda vez que a la fecha existen facturas radicadas desde el 2020 y 2021 que no han sido pagadas, a pesar de haber sido aceptadas; también existen otras facturas aún en proceso de conciliación que continúan en trámite, considerando este ente de control que existe extemporaneidad y debilidades en la gestión administrativa en la definición de aceptación o no de las facturas ante el hospital.

Estos tiempos incumplidos son:

20 días hábiles para comunicar al prestador del servicio de salud, las glosas.

15 días hábiles para el prestador del servicio de salud para dar respuesta a las glosas

10 días hábiles para levantar parcial o totalmente las glosas

7 días hábiles para el prestador del servicio de salud, para subsanar las glosas no levantadas y hacer envío nuevamente de las facturas.

5 días hábiles por parte de la entidad territorial, departamento del Quindío, para que luego del levantamiento de las glosas, pague las facturas al prestador del servicio; e informar para decisión final a la superintendencia de salud, sobre las glosas que no fueron levantadas.

En la afectación por el no pago oportuno de la facturación, es responsable también el hospital San Juan de Dios, tal como se pudo observar con el alto nivel de glosas generadas por errores en la facturación auditada a la PPNA (61%), y el 60% de la facturación radicada. Esto es demostrativo de las fallas en el proceso de facturación por parte del hospital, fallas que deben ser sujeto de acciones correctivas prioritarias y urgentes.

En este mismo sentido, y respecto a la población migrante, los errores en la facturación del hospital también afectan el giro oportuno de recursos que hace en forma directa la nación; pues ella tiene una programación establecida, que se puede ver afectada por la demora en el proceso de auditoría, glosas y validación de pagos.

Criterio: irregularidades en los controles en el proceso de facturación por parte todo el personal involucrado en la ESE, así como debilidades en el proceso de auditoria médica y administrativa por falta de continuidad del personal a cargo de este proceso.

Fuente de Criterio: Ley 1122 de 2007; Ley 1438 de 2011 artículo 57; concordantes con el decreto 441 de 2022.

Causa: Falta de personal y de continuidad en el proceso de auditoría administrativa y médica por parte de la secretaría de salud; también por parte del hospital en cuanto a conocimiento del proceso de facturación, deficiencias en el proceso de auditoría interna. Falta de articulación y comunicación dependencial e institucional en el proceso de facturación, radicación, auditoría y registro financiero.

Efecto: Falta de recursos oportunos para atender necesidades; riesgo de generar déficit presupuestal y de flujo de caja; pérdida o suspensión de la acreditación de alta calidad en la prestación del servicio de salud; pérdida de recursos por facturas mal elaboradas y sin posibilidad de reclamación o corrección.

Consolidar en el siguiente cuadro las observaciones

Matriz detalle tipificación de observaciones

N°	Observación	Administrativa	Cuantía	Incidencias		
				F	D	P
1	Observación Administrativa N°1. No elaboración y presentación de las Operaciones Recíprocas reglamentada por la Contaduría General de la Nación.	x				
2	Observación Administrativa N°2. Inoportunidad en el giro de los recursos de la población pobre no asegurada (PPNA) a cargo del Departamento del Quindío, con destino al hospital San Juan de Dios.	x				
3	Observación Administrativa N°3. Incumplimiento en los tiempos para el proceso de auditoría administrativa y médica por parte de la secretaría de salud departamental, frente a la facturación radicada por los hospitales.	x				
TOTALES		**3**	**0**	**0**	**0**	**0**

VII. ANÁLISIS DEL DERECHO DE CONTRADICCIÓN

Conforme a los términos previstos, en la fecha de octubre 21 de 2022, radicado internamente con el No. RR-3624 se recepcionó respuesta vía electrónica por parte del hospital San Juan de Dios, a las observaciones formuladas mediante el informe preliminar; mas no así por parte de la Gobernación del Quindío, considerando que ambas entidades estaban comprometidas con los resultados del informe de denuncia. De esa manera se procederá a resolver de fondo el contenido de las contradicciones realizadas ante las observaciones comunicadas:

Hallazgo Administrativo N°1. No elaboración y presentación de las Operaciones Recíprocas reglamentada por la Contaduría General de la Nación.

Condición: En desarrollo de la denuncia ciudadana se puedo evidenciar que tanto el departamento del Quindío como del Hospital San Juan de Dios, no elaboran ni presentan la información de las cuentas recíprocas, razón por la cual se encontró incoherencias en los reportes de saldos en la cuenta 13 - cuentas por cobrar, como se refleja en el cuadro siguiente:

(ver texto completo en la página 21 de este documento)

<u>Respuesta del Hospital San Juan de Dios</u>

> *"Respuesta: Como está contemplado, el instructivo de "Operaciones Reciprocas" expedido por la Contaduría General de la Nación, el reporte de las Operaciones reciprocas tiene como fin, mostrar saldos debidamente conciliados entre las*

entidades públicas reportantes con las demás entidades públicas, la ESE Hospital San Juan De Dios no ha reportado dicha información, toda vez que no ha sido posible la conciliación de dichos saldos con el ente territorial".

Análisis y resultado de la respuesta de la entidad

SE SOSTIENE LA OBSERVACIÓN CONFIGURÁNDOSE EN HALLAZGO ADMINISTRATIVO, considerando que ambas entidades no están observando la normativa contable; además porque esa inobservancia contribuye a falta de confianza en el proceso de rendición de la cuenta; lo que obliga a la toma de correctivos administrativos; y además porque la normativa vigente exige a las entidades públicas rendir dentro de la información contable, las operaciones recíprocas, para que aporten a la confiabilidad y razonabilidad de los estados financieros; obstáculo que se ha generado por la inexistencia de la información cuestionada.

Así las cosas, dada su importancia, se hace necesario que las dos entidades públicas identifiquen las causas que dieron origen a la inconsistencia y documenten mediante un plan de mejoramiento las acciones correctivas de fondo a implementar para prevenir que la misma se vuelva a presentar.

Hallazgo Administrativo N°2. Inoportunidad en el giro de los recursos de la población pobre no asegurada (PPNA) a cargo del Departamento del Quindío, con destino al hospital San Juan de Dios.

Condición: Por disposición legal, el departamento del Quindío debe asignar de su presupuesto, recursos ordinarios con destino al hospital San Juan de Dios, por concepto del pago por la atención en los servicios de salud brindados a la población pobre no asegurada - PPNA del departamento. De la facturación por este servicio surge el trámite para el pago por el departamento, iniciando con la radicación ante la secretaría de salud departamental, quien inmediatamente debe realizar auditoría y pronunciarse aceptando o no, y glosando la facturación radicada por el hospital que considere no cumple con los requisitos.

(Ver texto completo en la página 23 de este documento)

Respuesta del Departamento del Quindío

Queda evidencia dentro del expediente que el departamento del Quindío, no dio respuesta a esta observación formulada; en virtud de lo cual se da por **aceptada**. Es así como la misma se confirma quedando convertida **en Hallazgo Administrativo**, que hace necesario a la entidad generar un plan de mejoramiento con acciones de fondo que le permita hacer más ágil, eficiente y oportuno el proceso de giro de recursos al sector salud, con énfasis en el hospital San Juan de Dios.

Así las cosas, **SE SOSTIENE LA OBSERVACIÓN CONFIGURÁNDOSE EN HALLAZGO ADMINISTRATIVO**, en contra del departamento del Quindío; por la afectación en el flujo de recursos del hospital, lo que obliga a la toma de correctivos administrativos, mediante una mejor programación en la programación de pago y de giro de recursos; medida que es muy importante teniendo en cuenta que del cumplimiento de esta responsabilidad, se benefician de manera directa todos los usuarios del sistema de salud que presta el hospital, y además se aporta gestión a la medición de la buena gestión administrativa del departamento, razón de su cometido estatal.

Hallazgo Administrativo N°3. Fallas en la facturación de los servicios de salud, e Incumplimiento en los tiempos para el pago debido a retrasos en el proceso de auditoría administrativa y médica.

Condición: El hospital San Juan de Dios atiende los pacientes migrantes y la población pobre no asegurada - PPNA conforme los parámetros establecidos por el sistema nacional de salud y su normativa. Una vez generada, esta facturación es radicada en la secretaría departamental de salud para su proceso de auditoría, reconocimiento y pago; sin embargo, en desarrollo de la denuncia, se pudo verificar que la secretaría no ha cumplido en su totalidad los tiempos hábiles previstos por la norma, a pesar de estar previamente autorizados por la auditoría médica y administrativa. Este trámite tiene unos tiempos definidos por normativa nacional de aproximadamente 47 días, para que la secretaría defina la aceptación o no de la facturación radicada por el hospital.

(Ver texto completo en la página 25 de ese documento)

<u>Respuesta del Hospital San Juan de Dios</u>

"Respuesta: Teniendo en cuenta lo manifestado por ustedes en esta observación, donde se indica que El hospital San Juan de Dios atiende los pacientes migrantes y la población pobre no asegurada PPNA conforme a los parámetros establecidos por el sistema nacional

de salud y su normativa y que una vez radicada la factura en la Secretaria Departamental de Salud, existen causales o factores dentro del proceso de auditoría, reconocimiento y pago que llevan a que no se realicen en su totalidad por parte de la Secretaria pero que también existen causales por parte de la ESE por irregularidades en la facturación que hacen que el porcentaje glosado sea del 61%.

Frente a esta observación es necesario anotar, que las glosas o devoluciones iniciales que realicen las Entidades Responsables de Pago -ERP, no reflejan la realidad de las posibles irregularidades que ustedes enuncian en el proceso de facturación, debido a que estas fueron fundamentadas de manera injustificada por la no división de las facturas entre migrantes y PPNA, causal que no está tipificada dentro de la resolución 3047 como causal de glosas o devolución, con el agravante que esta instrucción o necesidad particular de la Secretaria de Salud Departamental fue socializada a la ESE tardíamente, y pese a esta circunstancia fue atendido por parte de la ESE en su momento.

Consecuentemente de lo anterior, el porcentaje argumentado de glosa del (61%) de la facturación radicada; en los procesos conciliatorios paso a ser solo del 1%, significando entonces que la facturación cumplió casi en su totalidad con los requerimientos normativos, por ende no se debe enunciar como irregularidad en el proceso.

Finalmente, nuestra entidad se permite manifestar que todas y cada una de las observaciones que involucran acciones de mejora por parte de la ESE HOSPITAL, ya se vienen desarrollando, y aunado a eso, producto de la presente investigación, se intensificaran esfuerzos, con el fin de lograr la armonía, la buena comunicación, y el trabajo en equipo con la entidad territorial, con el fin, de lograr un flujo de recursos optimo y eficaz, que permita que nuestra entidad cuente con los recursos suficientes para la atención de la población migrante y PPNA por parte de quienes que se encuentran como responsables del pago, entidad territorial y nación respectivamente"

<u>Análisis de la respuesta.</u>

Esta respuesta tiene dos partes que se determinan así: En primera instancia hay coincidencia con el hospital, que el nivel de glosas de las cuentas es muy alto, lo cual incide en la falta de oportunidad y eficiencia en los pagos por parte de la administración departamental, y eso viene generando el incremento de la deuda y por tanto la afectación para el hospital en lo financiero; también se está de acuerdo que la solicitud de separación de las cuentas por cada concepto, generaron más tiempo de ajuste y revisión antes de su radicación.

A pesar de estos factores, no puede asegurar la contraloría que esas glosas se dieron de forma injustificadas; entre otros aspectos porque coincidencialmente este proceso se desarrolló en tiempos de pandemia, con lo cual no hubo actividad laboral de oficina en las entidades públicas, lo que generó muchas improvisaciones administrativas, de lo cual también salió afectado este tema administrativo, aunado a las deficiencias en la contratación o vinculación de personal facturador por parte del hospital, por falta de continuidad y poca experiencia en su elaboración conforme a los derroteros establecidos.

En segunda instancia, si bien el hospital está aceptando que al final solo el 1% de la facturación es glosa efectiva, esta contraloría no comparte esta aseveración en su plenitud; pues no está en la capacidad de corroborar si las glosas médicas han sido infundadas y tampoco puede de plano aceptar tal argumento; lo que sí está claro para esta entidad de control, es que efectivamente el hospital presenta y ha presentado fallas en el proceso de facturación, que, revisados los antecedentes de auditorías, se han presentado en el proceso.

Debe tener en cuenta el hospital que hay evidencias documentales durante la labor fiscal realizada que demuestran, independientemente del margen de facturas mal elaboradas, que allí efectivamente existe facturación con fallas que se han materializado en glosas no aceptadas por la auditoría médica y administrativa, que por obvias razones han impedido el pago de las mismas, en perjuicio monetario para el hospital, pues finalmente estos servicios no han podido ser pagados al hospital.

Ahora bien, celebra la contraloría lo referido en la respuesta en su acápite final, respecto a que el hospital dentro de la mejora continua, vienen desarrollando todas y cada una de las observaciones que involucran acciones de mejora por parte de la ESE HOSPITAL; pero este ente de control observa que dichas acciones deben quedar evidenciadas con la suscripción de un plan de mejoramiento institucional, con acciones correctivas precisas y útiles que garantícenla optimización del proceso.

Así las cosas, **no se aceptan** las exculpaciones obtenida en la respuesta, dado que por el contrario, en la medida que la entidad reconozca las falencias que ciertamente se presentan en ese proceso de facturación, de esa misma manera habrá mayor eficiencia y radicación de las facturas de venta en la prestación del servicio de salud, lo cual garantizaría la eficacia y mayor oportunidad en los recaudos, minimizando el nivel de pérdida de recursos que, como se dijo, se están presentando, independientemente del nivel o margen de errores, debido a la mala facturación. Esta observación queda por tanto

convertida en un **hallazgo administrativo**, que obliga a la entidad a presentar un plan de mejoramiento del proceso de facturación, mediante acciones correctivas de fondo, cuyo principal beneficiario en las soluciones es el mismo hospital.

De acuerdo a lo anterior, SE SOSTIENE LA OBSERVACIÓN CONFIGURÁNDOSE EN HALLAZGO ADMINISTRATIVO, en contra del Hospital San Juan de Dios; por deficiencias en la facturación; cuyo correctivo es muy importante teniendo en cuenta que de esta forma se aporta a la medición de la mejor gestión administrativa de la ESE, específicamente para el caso en sus ingresos, base fundamental de su cometido estatal.

VIII. CONCLUSIONES

Con fundamento en las consideraciones plasmadas en el cuerpo de este documento, se concluye que:

1. A pesar de las dificultades propias del sector, el hospital San juan de Dios es reconocido ampliamente por ser una institución líder en la prestación de los servicios de salud en la región; su permanencia en el sector debe ser prioridad requiriendo constantemente de la gestión efectiva y armónica entre la gerencia y su junta directiva, en beneficio de los usuarios y la comunidad en general. Estos esfuerzos deben ser prioridad, pues se debe garantizar el sostenimiento de la acreditación de alta calidad en la prestación del servicio de salud; como también de la calificación de su nivel de riesgo financiero, el cual ha sido tradicionalmente calificado por el ministerio de salud como: “sin riesgo y de bajo riesgo”.

2. El rubro **cuentas por cobrar** por valor de $47.458.445.463 planeadas en los ingresos de la vigencia, han tenido un comportamiento adecuado a junio de 2022, con recaudos del 48,57%; estimando que, de continuar esta tendencia, la meta presupuestal se puede lograr; a lo cual ayuda la disminución por recuperación de la cartera superior a 360 días de *“principales deudores”,* que según reporte, pasó de $82.299.535.347 en junio de 2021, a $67.803.972.313 a junio de 2022 (21%).

El incremento de la cartera entre 30 y 90 días, también aportaría significativamente a las metas del recaudo, en tanto que el cobro de dicha facturación sea efectivo dentro del período pactado.

3. De no poder cumplir con lo mencionado anteriormente, el hospital San Juan de Dios podría generar al final de la vigencia, un déficit presupuestal en los rubros de *"plan obligatorio de salud POS*", y "*plan subsidiado de salud POS - S*", cuyo recaudo promedio a junio es solo del 15,12%. Esta situación se constituye en un riesgo financiero, pues los largos tiempos en los procesos de facturación, auditoria, glosas, conciliación, aceptación y pagos de las facturas, perjudican de manera directa es al prestador del servicio de salud; y como es ya de conocimiento público, estos procesos posibilitan que las EPS tengan siempre un argumento para el no pago oportuno de las facturas, situación que se va dilatando en el tiempo, al punto que, como ha ocurrido, con la liquidación de muchas de estas, los recursos esperados del hospital se perdieron, infortunadamente sin soluciones por parte de la nación.
4. Ha sido correcta la decisión de aprobar el deterioro de la cartera contablemente de las entidades "liquidadas", debido a la alta probabilidad de no recuperación; sin embargo, entendiendo la complejidad de la cartera de "particulares", preocupa los datos del reporte obtenido por la auditoría, pues se observa un alto número de usuarios sin datos de ubicación y demás errores, que finalmente impiden realizar el cobro de la facturación efectivo, en detrimento de los intereses del hospital; ante lo cual el hospital deberá tomar mayores acciones de control para mejoramiento del proceso de cobro. Se considera entonces que, a pesar del impacto financiero generado con el castigo de esta cartera, los resultados positivos que se esperan en esta vigencia, estarían demostrando sostener su viabilidad y sostenibilidad financiera.

5. Para evitar un resultado deficitario al término de la actual vigencia, la gerencia del hospital deberá implementar estrategias más fuertes tendientes a optimizar de fondo algunas fallas propias que se presentan especialmente en el ciclo de facturación, garantizando mayor capacitación, preparación y continuidad del personal asignado a tal labor; evitar la alta rotación de contratistas, entre otras medidas; de esta forma minimizar el proceso de glosas administrativas y médicas.

6. La situación de no pago oportuno de la facturación por PPNA y Migrantes, tuvo origen especialmente en la pandemia del 2020, pues la secretaría de salud departamental no pudo llevar a cabo el proceso de auditoría a la facturación durante casi todo el año; además porque hubo cambio de la norma en la forma de facturar, y los hospitales no tuvieron esto en cuenta; por lo que se hizo la devolución de esas facturas en abril de 2020 a los hospitales, corrección o ajuste que solo se dio en septiembre de 2021.

7. La tendencia de población pobre no asegurada PPNA, es y debe ser decreciente, toda vez que dentro del sistema de salud establecido, toda la población debe estar dentro del mismo; labor que está muy direccionada a la responsabilidad de los hospitales, quienes al momento de ingresar un paciente, están obligadas a su afiliación, en caso de no estarlo; es de destacar que para el caso del Quindío, más del 96% de la población está asegurada.

Producto de este informe, se debe generar el plan de mejoramiento, el cual que debe contener las acciones que se implementarán por parte de las dos entidades, de acuerdo con la responsabilidad que cada una tiene dentro del proceso; las cuales deberán responder a cada una de las debilidades detectadas y comunicadas por la auditoría, el cronograma para su implementación y los responsables de su desarrollo; el que debe ser suscrito por el Representante legal con la respectiva validación por parte del Responsable de Control Interno; quien debe velar por su oportuno y efectivo cumplimiento.

Debe quedar claro que esta observación aplica para las dos entidades públicas, toda vez que ambas participan de forma directa, una en el proceso de facturación y radicación; y la otra en el proceso de auditoría médica y administrativa a la facturación. En estas responsabilidades se deben tomar medidas correctivas más efectivas para evitar tantos errores y dificultades en el respectivo proceso, esto con la elaboración y suscripción de cada una del respectivo plan de mejoramiento.

Una vez suscrito, dentro de los 15 días siguientes a la notificación del Informe Final de la Denuncia Ciudadana, las entidades deben remitir una copia del mismo en medio físico y magnético en archivo Excel, a la Dirección Técnica de Control Fiscal de la Contraloría General del Quindío, con el fin de realizar la labor de seguimiento a las acciones planteadas.

JOSÉ OMAR LONDOÑO RODRIGUEZ

Profesional Universitario

Revisó: **Diana Marcela Bernal**
Profesional Universitaria

Aprobó: **Paola Andrea Muñoz Aguirre**
Directora Técnica de Control Fiscal