

MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE RED SALUD ARMENIA

UN ENFOQUE DE RECURSOS FINANCIEROS

1- PLANTEAMIENTO PROBLEMA

Red Salud Armenia cuenta con aproximadamente con 110.000 usuarios entre el régimen subsidiado y no afiliados; prestando los servicios de atención clínica y quirúrgica especializada, consulta externa, servicio de laboratorio clínico de primer y segundo nivel, ayudas diagnósticas y terapéuticas, servicio de atención de urgencias con observación, servicio de hospitalización y ambulancia, y servicio de medicamentos y dispositivos médicos. Teniendo en cuenta que estos servicios se distribuyen en 14 centros de salud ubicados estratégicamente en toda la ciudad, siendo la cabeza principal el hospital del sur en donde se prestan los servicios de alta complejidad, quien también ofrece una amplia cobertura y un modelo de atención con enfoque preventivo y de gestión del riesgo.

No obstante es para Red Salud Armenia un gran reto apuntar al desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones que demanda las acciones de protección específica de detección y atención para el manejo de las enfermedades de la salud pública ya que esta entidad se financia con recursos propios, por capitación y por la prestación de servicios a las EPS. Siendo la capitación uno de sus mayores flujos financieros ya que recibe un 50% por adelantado, pero con moras en el pago posterior lo que hace que su cartera sea bastante elevada para dar abasto a todas

las obligaciones requeridas institucionalmente. Estas obligaciones están distribuidas de la siguiente manera: el 70% sería el pago para los funcionarios y el valor restante 30% es destinado para compra de insumos, pago de servicios públicos y mantenimiento; lo cual es regido por el Decreto 115 de 1996.

De acuerdo con los requerimientos por parte del gobierno es que toda IPS cuente con un equipo multidisciplinario que brinde a la población un servicio integral de calidad; pero por razones nombradas anteriormente dentro de la institución esta no se encuentra en condiciones de cumplir y satisfacer las necesidades a prestar por medio de estrategias en salud pública a los usuarios de la ciudad de Armenia.

PREGUNTA

¿Cómo mejorar desde la administración de los recursos financieros la salud de la población usuaria de la IPS Red Salud Armenia?

2- ANTECEDENTES

Es importante mencionar que los fenómenos de la salud y sus formas de intervención, son históricamente variables en sus concepciones y práctica médica, que se desplazan desde la perspectiva biológica, hasta modelos de carácter cultural, ecológico e integral a través de:

En las creencias primitivas y sus prácticas para evitar la enfermedad era a través de amuletos, talismanes, hechizos, semillas en las muñecas de los niños, entre otros. Hechos que prueban el interés del hombre primitivo por conservar la salud como un bien preciado y se asimila como medidas promocionales y preventivas de la salud.

La Biblia menciona las practicas preventivas tanto individuales como sociales, un ejemplo es la siguiente recomendación para los soldados: "Y llevarás también una estaca entre tus armas; y será que cuando salgas allí fuera, cavaras con ella y luego te volverás y cubrirás con la tierra tu excremento". Muchas de estas recomendaciones se transformaron en normas religiosas hebreas, que permiten hoy reconocer a los judíos como precursores de la protección de la salud de la población¹.

El Cristianismo y los árabes reaccionaron contra el cuidado del cuerpo y exaltaron al espíritu como principal elemento de la salud, "*la higiene pagana no puede preservar la salud*" y no son

¹ Restrepo Helena: Antecedentes historticos de la promoción en la salud. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Editorial médica internacional panamericana, 2001. p. 15- 16

necesarias dietas ni ejercicios, sino bautismos. El filósofo judío Maimonides, nacido en Córdoba-España, escribió una guía de la salud llamada Libro del Consejo, que exalta la importancia de las causas y naturaleza de la Enfermedad, hace énfasis en la prescripción del aire libre para conservar la salud y en la relación entre la salud física y mental. De los musulmanes también es digno mencionar, la concepción de sus hospitales, que contaban con bibliotecas, jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para distracción de los enfermos.

Para los griegos como Esculapio (Asklepios) quien era el dios de la salud, tuvo dos hijas, Hygea diosa del arte de estar sano y de vivir con moderación y Panacea diosa de las medicinas y de los procedimientos terapéuticos. Los filósofos griegos consideraron que ser saludable era un don de los dioses y eran elitistas en sus prácticas de salud porque las recomendaciones de vida sana eran posible: solo para los aristócratas ricos².

Por otro lado los romanos tuvieron una visión más realista de la salud que conservaron principios higiénicos tomados de los griegos y egipcios. Médicos como Plutarco exaltaban "el hombre en buena salud no puede tener un objeto mejor que dedicarse a las numerosas actividades humanas... La pereza no es saludable... y no es verdad que la gente inactiva es más sana". Para los romanos el excesivo cuidado del cuerpo era inútil y "afeminado" y apareció una concepción más amplia de salud que incorpora la mente, consagrada en el célebre aforismo "*mente sana en cuerpo sano*". La gran contribución del imperio romano es sin duda, el sistema sanitario y las

²⁻³ Restrepo Helena: Antecedentes históricos de la promoción en la salud. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Editorial médica internacional panamericana, 2001. p. 16

conducciones de agua, no igualados en la historia de la salud pública junto a la institucionalización de hospitales y clínicas dentro del sector público³.

El Renacimiento contrario a lo esperado, no se caracterizó por grandes avances en la conceptualización de la salud pública. Los siglos XV y XVI se caracterizaron por la lenta aplicación de los principios acumulados desde la antigua Grecia. En la historia de la salud pública se registra a Fracastoro como el primer epidemiólogo y su interés en las enfermedades epidérmicas⁴.

En épocas un poco más recientes; (siglos XVII y XVIII) se registran grandes descubrimientos en la medicina, no así en la Salud Pública. El microscopio fue uno de los hallazgos que permite aislar a un ser vivo, causante de la enfermedad (el bacilo de la tuberculosis – 1882). Esto marca la era de la revolución microbiológica que consolidó la idea de que la salud era, principalmente, producto de la influencia de factores de naturaleza netamente biológica y que, por tanto, con su control se lograría, a su vez, controlar la salud de los individuos y de la comunidad.

En el siglo XX, este interés de analizar los determinantes de la salud, distintos de los de la naturaleza biológica, se afianzó en el siglo XX con los trabajos del historiador de la medicina Henry Sigerist, el cual en 1945 utiliza por primera vez el término de la promoción de la salud y sus cuatro funciones de la medicina, 1) Promoción de la salud, 2) Prevención de la enfermedad, 3) Restauración del enfermo y 4) Rehabilitación.⁵

⁴⁻⁵ Restrepo Helena: Antecedentes históricos de la promoción en la salud. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Editorial médica internacional panamericana, 2001. p. 17-18

En 1973 Laframboise, administrador del ministerio de salud de Canadá, sienta las bases del modelo de promoción de la salud, al señalar como componentes principales los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la biología humana⁶.

Otro enfoque es el de Lalonde 1974, como una de las primeras consecuencias políticas prácticas de la promoción de la salud, el cual se basó en las ideas de Sigerist y en los desarrollos teóricos de Thomas Mc Keown, herencia ambos del paradigma médico social. Para 1976 Thomas enfoca la salud de Inglaterra y Gales en la reducción del tamaño de la familia, el incremento de la disponibilidad de alimentos, un medio ambiente más saludable, medidas preventivas y terapéuticas específicas⁷.

Por otro lado en 1986 la Conferencia Internacional de Ottawa habla sobre Promoción de la Salud, donde nació la Carta de Ottawa que planteó desde un inicio que la promoción de la salud proporciona a la gente los medios necesarios para mejorar su salud adquirir mayor control sobre ella, además se establecieron políticas públicas saludables para la creación de ambientes físicos, sociales, culturales favorables, el fortalecimiento de las acciones comunitarias, la participación social en las decisiones y las acciones de promoción de la salud, el desarrollo de aptitudes personales para tomar decisiones saludables y soportar presiones negativas para la salud y la reorientación de los servicios de salud para hacer mayor énfasis en la promoción⁸.

⁶⁻⁷ Vargas Umaña Ileana, Villegas del Carpio Oscar, Sánchez Monge Aurora, Holthuis Kristin: Promoción, Prevención y Educación para la Salud. 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.p. 18

⁸ Vargas Umaña Ileana, Villegas del Carpio Oscar, Sánchez Monge Aurora, Holthuis Kristin: Promoción, Prevención y Educación para la Salud. 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.p. 25

El contexto latinoamericano por medio de la Declaración de Santa Fé de Bogotá, celebrada en 1992 en Bogotá, expone una declaración pública de las inequidades, desigualdades innecesarias e injustas de la salud y planteó la necesidad de movilizar el interés del estado hacia la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas saludables que permitieran disminuir las problemáticas en salud, para que facilitarían un mayor acceso a las oportunidades de vida, al control ciudadano sobre la salud y en la gestión de las instituciones responsables⁹.

La 48 Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud “Nuevos Actores para una Nueva Era” es realizada en Yakarta, Indonesia en 1997, reconociendo a la Promoción de la Salud como una inversión social valiosa y a la salud como un derecho humano básico¹⁰.

La historia reciente de la salud y la seguridad social en Colombia comienza a partir del año 1975, época en la cual se inician una serie de cambios vertiginosos, que se puede decir, concluyen recientemente con la expedición de la ley 100 de 1993. Estos cambios comienzan con la creación del Sistema Nacional de Salud, estructurado para su operación en los niveles nacional, departamental y municipal e integrado funcionalmente por los subsectores público, privado y de la seguridad social, proceso que además incluyó una reorganización del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS).

En el lapso comprendido entre 1.977- 1980 se hacen reformas al I.C.S.S., mediante los Decretos Ley 1650, 1651, 1652 y 1653 de 1.977, convirtiendo a la entidad en el actual Instituto de Seguros Sociales (I.S.S.) el cual contaría con las siguientes características:

⁹⁻¹⁰ OPS. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Santafé de Bogotá. 1992.

- Descentralización administrativa.
- Reorganización interna a nivel Nacional, Seccional y Local.
- Nueva planta de personal. Los funcionarios se diferenciarían en empleados públicos, funcionarios de seguridad social y trabajadores oficiales.
- Nuevo régimen laboral, se adoptaría la carrera administrativa del funcionario de la Seguridad Social.
- Modificación en los sistemas de atención en salud y prestaciones económicas.
- Reorganización financiera: se estableció la separación de los riesgos económicos y de salud¹¹.

De la misma forma, a mediados de la década del setenta se inicia en el país el camino de la descentralización territorial, que buscaba fortalecer las democracias locales al conferirles mayor autonomía en el manejo de sus destinos, proceso que entre otros aspectos, incluyó la elección popular de los alcaldes y los primeros pasos hacia la descentralización del sector de la salud, que luego fueron complementados con la expedición de la ley 10 de 1990. Esta ley, básicamente delimitaba las competencias y responsabilidades a nivel nacional y territorial de la nación, los departamentos y municipios, en cuanto al manejo de la salud, norma que fue insuficiente al no asignar claramente a los entes territoriales, los recursos necesarios para el cumplimiento de sus nuevas obligaciones, lo que significó un pobre desarrollo de su aplicación, expresado en que no más de 15 de las más de mil municipalidades del país, se descentralizaron en salud.

¹¹ Vargas Umaña Ileana, Villegas del Carpio Oscar, Sánchez Monge Aurora, Holthuis Kristin: Promoción, Prevención y Educación para la Salud. 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.p. 32

Posteriormente, con la expedición de la nueva Constitución Política en 1991 y como resultado de ella, se expidieron las leyes 60 y 100 de 1993 con las cuales, se inicia en Colombia un proceso de cambios profundos en la administración y prestación de los servicios de salud, conducidos hasta entonces mediante un esquema dicotómico de carácter monopólico, desarticulado e ineficiente, en el que por un lado existía un sistema de seguridad social para aquellas personas vinculadas al sector productivo formal, que cubría cerca del 22% de la población y, por otro lado, el sistema público, teóricamente dirigido a prestar servicios de salud al resto de la población que apenas alcanzaba a cubrir de manera limitada el 40% de ella.

Cerca de un 25% de los habitantes no tenían prácticamente acceso a los servicios de salud y el 13% restante los obtenía mediante financiación que provenía directamente de su bolsillo, en especial para las personas de los estratos de altos ingresos quienes compraban servicios en el sector privado.

La ley 100 de 1993, pretendía crear un mercado regulado, abierto a la participación de todos los sectores público y privado, que estimule la competencia para el establecimiento gradual de un seguro social universal, con el que se financie la prestación de servicios a toda la población. Esto se pretendía alcanzar mediante la creación de las denominadas Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (I.P.S), siendo las primeras las encargadas de efectuar el aseguramiento y organizar y administrar la prestación del plan de beneficios igual para todos, que se denomina el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.).

El valor del P.O.S. era conocido como la U.P.C (Unidad de Pago por Capitación), equivalente a una prima de seguros ajustada por riesgo, financiado conjuntamente entre

trabajadores, empleadores y el Estado, con una contribución porcentual del ingreso de aquellas personas con capacidad de pago, como también con la utilización de aportes fiscales destinados a subsidiar la UPC para la afiliación de los más pobres.

La mayor parte de los recursos del Sistema serian administrados y distribuidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía, entidad adscrita al Ministerio de Salud. El nuevo esquema financiero del Sistema, contemplaba su operación por medio de un Régimen Contributivo dirigido a las personas que tienen la capacidad de aportar un porcentaje de sus ingresos (12%), y en el caso de los aportantes de mayores ingresos deben generar excedentes los cuales se destinan a completar los recursos necesarios para la afiliación de aquellos cuyo aporte no es insuficiente para pagar las UPC¹².

Esta nueva ley de la Seguridad Social, tanto en la administración y la financiación de los servicios de salud prestados directamente por el Estado a nivel territorial, produce un cambio sustancial en la forma como se les entregaban los recursos a los hospitales públicos, asignados tradicionalmente mediante presupuestos históricos llamados “subsidios a la oferta”, no relacionados con el tipo y cantidad de pacientes atendidos ni con el volumen y calidad de los servicios producidos.

En adelante a los hospitales públicos, que deberán convertirse en entidades autónomas eficientes denominadas Empresas Sociales del Estado, les serian eliminados gradualmente los “subsidios de oferta” mediante un proceso de transición, ajustado a las condiciones de gestión

¹² Bonet Jaime; Pérez Gerson Javier, Ayala Jhorland: Contexto histórico y evolución del sgp en Colombia. Banco de la república. Número 205 julio, 2014

interna, al mercado donde operan y al tipo de servicios prestados, para ser substituidos por recursos provenientes de la contratación con las E.P.S.

Entonces los recursos que financian el sistema de salud en Colombia son de naturaleza fiscal y parafiscal. Pues los recursos fiscales provienen del Sistema General de Participaciones (SGP), de los aportes del Presupuesto General de la Nación a la subcuenta de solidaridad del Fosyga, de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y de los recursos propios de los departamentos y municipios.

Por su parte las rentas parafiscales provienen de los aportes de los cotizantes al régimen contributivo. Las rentas parafiscales se administran a través del Fosyga, que es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, manejada por encargo fiduciario.

Este fondo está dividido en cuatro subcuentas:

1. De compensación interna del régimen contributivo.
2. De solidaridad de subsidios en salud.
3. De promoción de la salud.
4. De seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT).

En general los recursos del Fosyga se manejan de manera independiente dentro de cada subcuenta y se destinan exclusivamente a las finalidades establecidas por la Ley. La financiación del régimen contributivo se realiza con los recursos de la cuenta de compensación del Fosyga y con cuotas moderadoras y copagos a cargo de los afiliados, que recaudan directamente las EPS.

Por su parte, el régimen subsidiado se financia con los recursos fiscales ya señalados, y con los ingresos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

La subcuenta ECAT es utilizada para atender a las víctimas de accidentes de tránsito y los eventos catastróficos y terroristas. La subcuenta de promoción financia las actividades de educación, información, fomento de la salud y prevención de enfermedades del Plan de Atención Básica.

Este patrimonio tendría cuentas individuales para cada entidad territorial. El administrador fiduciario giraría los recursos directamente a las EPS del régimen subsidiado, según el número de afiliados que tuviesen registrados.

Ley 100 de 1993 también da origen al Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Con base en el Acuerdo 117, la Resolución 412 de 2000 retoma las actividades, procedimiento e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y adopta las normas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.

Para asegurar los recursos tributarios de manera permanente y solucionar parcialmente los problemas financieros del sector, en julio de 2010, el Congreso expidió la Ley 1393, la cual definió rentas de destinación específica, con el fin de atender la universalización de los servicios y la unificación de los planes de beneficios de los regímenes, que deberá lograrse antes del 31 de diciembre de 2015¹³.

¹³ Bonet Jaime; Pérez Gerson Javier, Ayala Jhorland: Contexto histórico y evolución del sgp en Colombia. Banco de la república. Número 205 julio, 2014

3- SUPUESTO TEORICO

El mejoramiento de los servicios de Red Salud Armenia desde el enfoque de los recursos financieros, permiten ampliar la perspectiva administrativa para enfocarse en redistribuir los recursos de manera apropiada frente a cada uno de sus compromisos, además de aumentar su flujo de ingresos para lograr invertir en proyectos tan beneficiosos para la comunidad como lo son la Detección Temprana junto a la Protección Específica. Estas acciones direccionarían al sistema de salud a encontrar nuevas oportunidades.

4- JUSTIFICACIÓN

El sector de la salud tanto en Colombia como en muchos países de Latinoamérica ha venido enfrentando serias transformaciones en cuanto a las políticas existentes para la prestación del servicio. Se pasó del modelo de estado benefactor que subsidiaba la prestación del servicio, a un estado regulador que permitió el ingreso de empresas privadas, obligando a los hospitales públicos y privados a auto sostenerse y autofinanciarse y motivó la competencia en el sector.

Aparecen entonces las figuras de EPS e IPS (Empresas prestadoras de servicios de salud) tanto públicas como privadas, quienes deben suministrar un servicio en igualdad de condiciones tanto en tarifas como en calidad.

El sector de la salud no ha estado lo suficientemente preparado para afrontar el cambio de esquemas administrativos; aspectos tales como recurso humano innecesario, convenciones colectivas que generan una carga prestacional muy alta, la baja productividad, la ineficiencia en la utilización de los recursos y los inadecuados sistemas de control, hicieron que el sistema de salud público entrara en una profunda crisis sin posibilidades de competir con el operador privado.

Unido a estos factores, la falta de una adecuada estructura financiera, principalmente un sistema de costos que le permitiera conocer el costo real de la prestación de cada uno de sus servicios y así poder realizar negociaciones rentables hacen que la crisis siga en aumento, puesto que la inyección de flujo económico por parte del Estado es cada vez reducida.

5- OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar estrategias de mejoramiento de la salud de la población usuaria de la IPS Red Salud Armenia desde la administración de los recursos financieros.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el comportamiento de la contratación en el año 2016.
- Correlacionar las inversiones en materia de Recuperación de la Salud, Detección Temprana y Protección Especifica.
- Identificar motivos de glosa de los recursos financieros y recobros.
- Realizar matriz DOFA la cual determinará estrategias financieras encaminadas a la recuperación de la salud de los usuarios de Red Salud Armenia.

6- MARCO TEORICO

La salud va mucho más allá del componente del cuidado de la salud del individuo, sin embargo no se puede dejar de lado que este sistema quiere de una de una economía autónoma que logre financiar cada uno de sus programas.

En la actualidad la financiación de la salud se ha convertido en un problema cada vez más importante para la población colombiana y para los gobiernos en todo el mundo. En donde muchos países excluyen a los personas de escasos recursos de los servicios sanitario, donde la atención al servicio es costoso y genera graves problemas financieros para los pacientes y sus familias. En otros países existen políticas que intentan remunerar a los trabajadores sanitarios con nuevas modalidades de pago por los servicios prestados mediante fórmulas que incentiven la eficiencia y la calidad. Entonces se puede decir que en todos los escenarios tanto ricos como pobres, la demanda de servicios en salud por la población supera la financiación disponible, lo que indica que el problema reviste especialmente en los ambientes de ingresos bajos como es el caso de Colombia.

Es así como se debe resaltar la importancia de la situación que afronta nuestro país con las Empresas Sociales del Estado junto a su gran impacto en el ámbito financiero dado por el poco flujo de recursos e ineffectividad de los entes de control para verificar el cumplimiento del marco normativo para el pago de los servicios de salud prestados. Estas mismas circunstancias generan en los hospitales carteras elevadas y en ocasiones el difícil recaudo, potencializando así la crisis financiera del sector salud cuya recuperación es cada vez distante por la liquidación constante de las diferentes aseguradoras que a su paso consumirá la existencia de las E.S.E.

Quizás este problema no fue previsto por los personajes que fueron partícipes de la transformación del sistema sobre el año de 1991 a través de la Constitución Política de Colombia donde se marca un hecho histórico para la descentralización fiscal en Colombia y su nueva carta que estableció que el 46% de los ingresos corrientes de la Nación (ICN) debían ser transferidos a las entidades territoriales principalmente a los sectores de salud y educación a través de dos bolsas: el situado fiscal (departamentos) y las participaciones municipales (municipios), aunque sufrió reformas importantes en los últimos años por los altos costos derivados de las cargas laborales y otros elementos que afectaban el buen funcionamiento de las entidades hospitalarias, motivo que llevo al gobierno Nacional en 1993 presentar al Congreso de la Republica la reforma al Sistema de Salud para implementar propósitos como la creación de un mercado de aseguramiento, competencia entre las empresas aseguradoras para mejorar la calidad del servicio, crear competencia entre las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), evitar monopolios o malas prestaciones en los servicios, y finalmente promover solidaridad en el financiamiento. Para que fuera una realidad el 23 de diciembre se da vía libre a la Ley 100 de 1993 para que transformara los hospitales públicos a Empresas Sociales del Estado con el objeto principal de prestar los servicios de salud, como servicio público a cargo del estado.

Este trabajo busca enfocarse en la elevada demanda en los servicios de hospitalización, que en su mayoría es a causa de la falta de educación en enfermedades de salud pública y por ende provoca un déficit financiero en las E.S.E como es en el caso de la institución RED SALUD ARMENIA, donde las I.P.S. como el hospital del sur de Armenia, funcionan por demanda y actualmente no dispone de un presupuesto previo, ya que las E.P.S. realizan un primer pago al inicio de los

procedimientos y el posterior se debita en un determinado tiempo generando de tal manera una cartera elevada con déficit de calidad al prestar los servicios requirentes por el usuario.

Fenómeno expone la desaparición progresiva de la salud pública como responsabilidad del estado a través de la poca adherencia y cumplimiento de las políticas existentes para dar garantía al concepto del servicio asistencial preventivo.

Para lograr el impacto esperado en el reajuste del presupuesto clínico y administrativo de RED SALUD el desarrollo de la investigación tendrá como base las normas técnicas para el cumplimiento y vigilancia de la Promoción y Prevención de enfermedades en la Salud Publica respaldada por la Resolución 412 del 2000 las cuales son herramientas de garantía de la calidad del Sistema general de seguridad social en salud dirigidas a disminuir la variabilidad de las prácticas y obtener los mejores resultados al optimizar el uso de los recursos de la atención al estimular la promoción de la salud y prevención de cada uno de los eventos presentes en la salud pública para que exista una racionalización de los costos del sector.

6.1. REFERENTES TEORICOS

6.1. 1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ADMINISTRACION FINANCIERA: Es una fase de la administración general, que tiene por objeto maximizar el patrimonio de una empresa a largo plazo, mediante la obtención de recursos financieros por aportaciones de capital u obtención de créditos, su correcto manejo y aplicación, así del capital de trabajo, inversiones y resultados, mediante la presentación e interpretación para tomar decisiones acertadas.

CONTRATACION: Es el proceso mediante el cual se realiza una transacción en la que una parte se compromete a transferir recursos económicos a cambio de la recepción de un determinado servicio¹⁴.

CONTRATO POR CAPITACION: (Pago por Capitalización) Ley 1430 del 2011. Art. 52. Es el pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un período de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido¹⁵.

DETECCION TEMPRANA: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico

¹⁴ <https://definicion.mx/contratacion/>(Citado el 12 de Julio de 2017)

¹⁵ <http://es.calameo.com/read/0026001598f6647d239ab> (Citado el 12 de Julio de 2017)

precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

ESTRATEGIAS FINANCIERAS: Son decisiones financieras en planeación y control de alto nivel de suma importancia para la vida de la empresa y determinantes para la consecución de recursos y objetivos a largo plazo.

GLOSA: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud¹⁶.

PAGO POR EVENTO: (Decreto 4747 de 2007) Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud¹⁷.

PLANEACION FINANCIERA: Técnica de la administración financiera con la cual se pretende el estudio, evaluación y proyección de la vida futura de una organización u empresa, visualizando los resultados de manera anticipada¹⁸.

¹⁶ <https://www.minsalud.gov.co/salud/.../Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%20..> Citado el 12 de Julio de 2017)

¹⁷ <http://es.calameo.com/read/0026001598f6647d239ab> Citado el 12 de Julio de 2017)

¹⁸ <https://es.scribd.com/document/301624106/Administracion-Financiera-en-Los-Sistemas-de-Salud>. (Citado el 12 de Julio de 2017)

PROTECCION ESPECIFICA: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de las personas frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

RECOBRO: Se entiende por recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), el procedimiento que se adelanta para presentar cuentas por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), suministradas a un usuario y autorizadas por el Comité Técnico Científico (CTC)¹⁹.

U.P.C.: (Unidad de Pago por Capitación) Es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al SGSSS, para cumplir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado²⁰.

¹⁹ www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=52011

²⁰ <http://es.calameo.com/read/0026001598f6647d239ab>(Citado el 12 de Julio de 2017)

7- SITUACION GEOGRAFICA

El estudio se realizará en el municipio de Armenia capital del departamento del Quindío, específicamente en RED SALUD ARMENIA.

Dentro de los aspectos históricos generales de la ciudad de Armenia se encuentra su inicio sobre el siglo XIX en 1889 donde arribaron las olas colonizadoras precedentes principalmente del departamento de Antioquia y de los departamentos del Tolima y Cundinamarca. Jesús María Ocampo tuvo el sueño de crear una ciudad y reunió a varios colonos como José Joaquín Buitrago, el primer jefe de la junta de acción comunal, que construyó el primer camino hacia Armenia desde Salento. Armenia fue fundada el 14 de Octubre de 1889 por Jesús María Ocampo, alias «Tigreros», Alejandro Arias Suárez, Jesús María Arias, Hipólito Nieto, Enrique Nieto, José Joaquín Buitrago y otros 27 colonos en total. Estos firmaron el acta de fundación en un rancho de platanilla. El 15 de agosto de 1890, Armenia fue corregimiento de Salento, para convertirse en municipio en 1903²¹.

Originalmente Armenia perteneció a la provincia de Popayán luego al departamento del Cauca hasta 1908, cuando se creó el departamento de Cartago, pero en el mismo año este fue suprimido y Armenia pasó a formar parte del departamento de Manizales, que en 1910 volvió a

²¹ [https://es.wikipedia.org/wiki/Armenia_\(Quind%C3%ADo\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Armenia_(Quind%C3%ADo)) (Citado el 12 de Julio de 2017).

tomar el nombre de departamento de Caldas con el que había sido creado en 1905. Finalmente en el año 1966 tras la creación del departamento del Quindío, Armenia se convirtió en su capital²².

La ciudad de Armenia es uno de los principales centros del eje cafetero Colombiano y de la llamada región paisa; es una ciudad de tamaño medio ubicada en el triángulo de oro; se localiza a 290 kilómetros al suroeste de Bogotá a una altura de 1.483 msnm. Limita al norte con los municipios de Circasia y Salento, al oeste con el municipio de Montenegro, al este con el municipio de Calarcá y al sur con el municipio de La Tebaida. Armenia se sitúa cerca de la cordillera central a unos 35 km del alto de La Línea. Su temperatura promedio es de entre 18-28 °C²³.

Las actividades comerciales de Armenia tienen sustento principalmente en el comercio, la agricultura, el turismo, la prestación de bienes y servicios, las comunicaciones y, en menor proporción, la industria y la construcción. La capital quindiana opera como centro de acopio de toda la producción agrícola que se da en los campos aledaños. Se destacan alimentos como el plátano, los frutales y el maíz. Cabe señalar que la comercialización e industrialización del café representa uno de los renglones fundamentales en el desarrollo económico; de igual manera la hotelería y el sector del transporte, por la importancia turística y la localización geográfica de Armenia, que sirve de enlace entre algunas de las grandes ciudades.²⁴

GENERALIDADES DE LA E.S.E RED SALUD ARMENIA: Está ubicada en el municipio de Armenia, Departamento del Quindío, fue creada en el año 1998 mediante el Acuerdo 016

^{22,16 y 17} [https://es.wikipedia.org/wiki/Armenia_\(Quind%C3%ADo\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Armenia_(Quind%C3%ADo)) (Citado el 12 de Julio de 2017).

del Honorable Concejo Municipal, como una entidad pública descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, encargada de prestar servicios de salud de baja complejidad.

El modelo de atención se centra en actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección temprana. La atención secundaria en salud cuenta con un enfoque de riesgo, el cual se despliega mediante el desarrollo de programas integrales de salud por cada etapa del ciclo vital.

Desarrolla un sistema de gestión de calidad orientado al mejoramiento continuo, contamos con clientes internos idóneos y comprometidos con la prestación de servicios con calidad y calidez, contribuyendo de esta manera a dignificar la condición humana.

Cuenta con una amplia infraestructura física que está compuesta por el Hospital del Sur y 13 Centros de Salud, los cuales están distribuidos estratégicamente en todo el Municipio, lo que nos permite tener mayor cobertura y estar más cerca de nuestros usuarios. Estos centros están ubicados en: Alfonso Correa Grillo, CAA del Sur, Nueva Libertad, Paraíso, La Milagrosa, La Patria, El Caimo, Quindos, Piloto Uribe, Santa Rita, La Clarita, Fundadores y Miraflores.

Su Política de Calidad está dirigida al mejoramiento continuo a través de su gestión basada en procesos, tecnología acorde a sus necesidades y la preservación del medio ambiente, ofreciendo servicios de salud cálidos, oportunos, seguros, con buenas prácticas clínicas en investigación para los participantes, apoyados con un talento humano competente que supera las necesidades y expectativas tanto de los usuarios como la de sus familias.

Red Salud Armenia cuenta con la siguiente estructura:

SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	
Medicina General Odontología Higiene oral	Enfermería Psicología (para programas especiales)
Nutrición y dietética (para programas especiales) Trabajo Social (para programas especiales) Procedimientos menores	Toma de Muestras de Laboratorio Toma de Citología Examen Clínico de Seno Vacunación
SERVICIOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA:	
Ginecología Obstetricia Método de planificación quirúrgico (Pomeroy)	Medicina Interna Patología Anestesiología
SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO LAS 24 HORAS DEL DÍA EN:	
PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL
Hematología Química sanguínea Uro análisis Microbiología Lectura de Citologías	Prueba de VIH / SIDA Toxoplasmosis Prueba de Hepatitis Prueba de Sífilis FTA - ABS Electrolitos Hemoglobina glicosilada Micro albuminuria Perfil Tiroideo
Servicio De Atención De Urgencias Con Observación	
<p>El servicio de atención de urgencias se presta sin interrupción las 24 horas del día en el Hospital del Sur, consta de:</p> <p>TRIAGE Consulta Médica Salas de observación (mujeres, hombres y pediatría) Sala de reanimación Sala de atención del trauma Ginecobstetricia Salas AIEPI (EDA y ERA) Farmacia Servicio de Hospitalización Salas de Internación (Mujeres, hombres y niños) Sala de puerperio Sala de Lactancia Materna</p>	

<p>Sala de Reanimación y procedimientos Atención del parto y del recién nacido Sala de partos Consulta de Ginecología Consulta de Obstetricia Atención del parto y del Recién Nacido las 24 horas Monitoreo Fetal Servicio de ambulancia (Traslado Asistencial Básico)</p> <p>Red Salud Armenia E.S.E. tiene dispuesto el servicio de ambulancia tipo Traslado Asistencial Básico (TAB), con vehículos ubicados en diferentes puntos estratégicos de la ciudad con el fin de dar mayor cobertura y una mejor oportunidad de atención, este servicio se presta los 7 días de la semana las 24 horas.</p>	
AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN:	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS:
<p>Rayos X Ecografía obstétrica Electrocardiografía Doppler Fetal Monitoreo Fetal Terapia Respiratoria Terapia física</p>	<p>La ESE tiene dispuestos 6 puntos de dispensación en el municipio de Armenia, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad Intermedia del Sur (Hospital del Sur): Avenida Montecarlo, frente al barrio Guadales de la Villa • Centro de Salud Alfonso Correa Grillo: Frente al Ancianato el Carmen • Centro de Atención Ambulatoria del Sur (C.A.A. del Sur): Ubicado en la Carrera 19 calle 44 esquina • Centro de Salud La Milagrosa: contiguo a la Estación del Cuerpo de Bomberos de Armenia, Sede Norte. • Centro de Salud Piloto Uribe: Ubicado en el barrio Rincón Santo, antigua Estación de la Policía • Centro de Salud La Clarita: Barrio La Clarita Manzana A

La E.S.E se ampara bajo el marco legal:

- Decreto 115 de 1996

Por el cual se establecen normas sobre la elaboración, conformación y ejecución de los presupuestos de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y de las Sociedades de Economía Mixta sujetas al régimen de aquellas, dedicadas a actividades no financieras.

- Decreto 4836 de 2011

Por el cual se reglamentan normas orgánicas del presupuesto y se modifican los Decretos 115 de 1996.

Es necesario fomentar el uso del Sistema Integrado de Información Financiera SIIF Nación y del Sistema Unificado de Inversión Pública; y en tal sentido, orientar la práctica de la administración pública al manejo de la mayor cantidad de trámites presupuestales directamente a través de dichos sistemas.

Artículo 10. Modifícase el artículo 13 del Decreto 115 de 1996, el cual quedará así:

"Artículo 13. El presupuesto de gastos comprende las apropiaciones para gastos de funcionamiento, gastos de operación comercial, servicio de la deuda y gastos de inversión que se causen durante la vigencia fiscal respectiva.

La acusación del gasto debe contar con la apropiación presupuestal correspondiente.

Los compromisos y obligaciones pendientes de pago a 31 de diciembre, deberán incluirse en el presupuesto del año siguiente como una cuenta por pagar y su pago deberá realizarse en dicha vigencia fiscal".

- Ley 100 de 1993

El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

- Ley 1438 de 2011

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Artículo 12. De la atención primaria en salud. Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana²⁵.

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

²⁵ Congreso de Colombia: Ley 1438 de 2011

8- CARACTERIZACION DEL SERVICIO OBJETO DE INTERVENCION

En Red Salud Armenia se cuenta con pilares fundamentales:

AREA DE FACTURACION: Es uno de los campos claves y estratégicos para el desarrollo y sostenimiento de la E.S.E, puesto que es el encargado de generar, examinar y aceptar por medio de una normatividad los cobros respectivos a través de una factura que es un documento donde especifica detalladamente el servicio y el precio generada entre médico y paciente.

Otros de las importantes labores de esta área son la expedición, materialización y documentación de las facturas las cuales reflejaran tanto los ingresos de la institución como los errores en la facturación que a largo plazo son evidenciadas en las IPS con las que se tiene contrato y las cuales devuelven con la objeción de no cobrarse ese servicio convirtiéndose así en una glosa y generador de pérdidas para la institución.

El aérea de facturación maneja las facturas de todas los centros asistenciales que están ubicados en la ciudad junto a la del hospital y presta su servicios de lunes a viernes en horarios de 8 a 12 am - 2 a 6 pm.

9- DISEÑO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de esta investigación, se tomó información financiera de la E.S.E Red Salud de Armenia, la cual se utilizara para hacer un análisis y exploración de los fenómenos y cambios de la administración de los recursos financieros.

Las herramientas para realizar este proceso es a través de:

Tipo Analítico: Establece las causas determinantes que conllevan a que no se esté implementando los programas de Promoción y Prevención en la institución.

Tipo prospectivo: Pretende obtener las causas que se están presentando internamente en la institución para dar como resultado la disminución de gastos y favorecer la salud pública en la población en estudio.

Tipo cuantitativo: Brinda información medible, su centro de estudio es la estadística, proporciona conclusiones y respuestas objetivas.

10- ASPECTO ETICO

El estudio fue ejecutado teniendo en cuenta los principios éticos propios de los procesos investigativos, buscando el beneficio y la justicia en la información para las instituciones. Para la E.S.E Red Salud Armenia se diseñó una solicitud al Gerente de la ESE, con el fin de obtener autorización sobre información de cada uno de los sujetos aplicando principios de confidencialidad y respeto.

12- RESULTADOS Y ANALISIS

12.1 Evaluar el comportamiento de la contratación en el año 2016.

EPS	ASMETSALUD	NUEVA EPS	SALUD VIDA	CAFESALUD
Valor	\$ 2.088.466.296	\$ 1.850.904.000	\$ 109.519.200	\$ 1.639.070.400
Valor UPC \$ SS BAJA COMPLEJIDAD	\$ 11.300	\$ 12.029	\$ 16.400	\$ 13.125
Valor UPC \$ SS DECTECIÓN TEMPRANA Y PROTECCION	\$ 4.725	\$ 4.471	\$ -	\$ 3.500
NUMERO DE USUARIOS DE LA EPS	39958	9348	7310	0

De acuerdo al análisis realizado a la contratación entre Red Salud Armenia E.S.E y las EP'S relacionadas en el cuadro anterior, se puede evidenciar que el mayor número de usuarios lo tiene la EPS Asmet Salud con un porcentaje total del 71% respecto de las demás EPS, así mismo se puede notar que la EPS Cafesalud maneja un tipo de contratación con la E.S.E por concepto de evento por lo tanto, no cuenta con usuarios caracterizados ni permanentes para Red Salud, es por ello que no se puede determinar un número de usuarios específico para dicha EPS.

Por lo anterior es factible discernir, que la EPS que más usuarios mueve a nivel de servicios para la E.S.E, es Asmet Salud, pues el contrato con dicha entidad representa 37% de los ingresos de la E.S.E, seguido de la Nueva EPS con un 32%, Cafesalud, con un 29% y Salud Vida con el 2%. Sin embargo dentro de este análisis se puede notar que el valor del contrato no es garantía del ingreso de recursos a la E.S.E; puesto que los ingresos obtenidos dependen del número de usuarios que sean atendidos por Red Salud. Ejemplo claro de ello es lo siguiente:

Cafesalud proyecta un contrato por valor de \$ 1.639.070.400, el cual representa el 29% del posible ingreso de la E.S.E, pero en cuanto a la población se queda corto, debido a que no tiene la población caracterizada y no hay información confiable y absoluta de los usuarios que la entidad, en este caso Red Salud le ha de prestar los servicios; tan es así que en la gráfica de usuarios su porcentaje es de 0%.

Por lo anterior es de suma importancia que la Entidad se plantee la forma correcta de ofertar servicios acordes a la población, para ello es indispensable la caracterización de los usuarios, determinar las necesidades de dicha población y ofertar programas para necesidades sentidas y

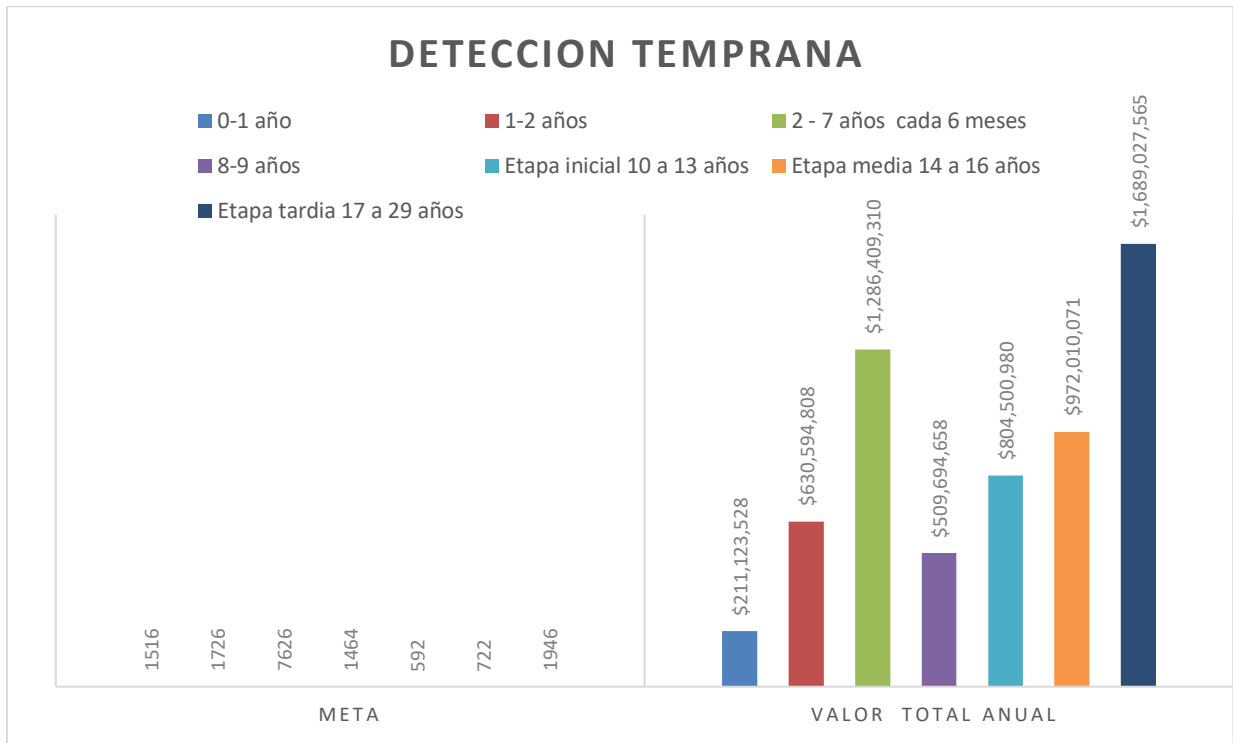
reales. Además se debe tener en cuenta que no es viable ejecutar presupuestos basados en el valor del contrato, lo más recomendable sería basarse en la demanda que ejerce la población ante los servicios que presta la E.S.E.

12.2 Correlacionar las inversiones en materia de Recuperación de la Salud, Detección Temprana y Protección Específica.

PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION PARA EL ADULTO				
RANGO DE EDAD	PROCEDIMIENTO	VALOR UNITARIO	META	VALOR TOTAL ANUAL
LABORATORIO	Parcial de orina en adultos	\$10.459	2118	\$22.152.692
	Creatinina adultos	\$9.996	2118	\$21.170.795
	Glicemia basal en adultos	\$21.282	2118	\$45.075.911
	Colesterol de alta densidad en adultos	\$20.737	2118	\$43.920.119
	Colesterol de baja densidad en adultos	\$17.553	2118	\$37.177.995
	Colesterol total en adultos	\$11.096	2118	\$23.501.116
	Triglicéridos en adultos	\$12.500	2118	\$26.475.000

CRECIMIENTO Y DESARROLLO		
RANGO DE EDAD	META	VALOR TOTAL ANUAL
0-1 año	1516	\$211.123.528
1-2 años	1726	\$630.594.808
2 - 7 años cada 6 meses	7626	\$1.286.409.310
8-9 años	1464	\$509.694.658
Etapa inicial 10 a 13 años	592	\$804.500.980
Etapa media 14 a 16 años	722	\$972.010.071
Etapa tardía 17 a 29 años	1946	\$1.689.027.565

PROTECCION ESPECIFICA PARA MUJERES DE 30 AÑOS EN ADELANTE				
RANGO DE EDAD	PROCEDIMIENTO	VALOR UNITARIO	META	VALOR FINAL
Mujeres de los 30 en adelante	Implante dérmico Su	\$195.987	50	\$9.799.353
	DIU (Dispositivo Intrauterino)	\$64.949	74	\$4.806.252
	DIU Intracésarea o Posparto inmediato	\$57.401	50	\$2.870.025
	Esterilización Quirúrgica (Oclusión tubarica Bilateral Pomeroy)	\$125.420	65	\$8.152.303
	Cambio de método	\$40.827	150	\$6.124.080



Observando la información relacionada en los cuadros anteriores y de acuerdo a la investigación realizada, se encuentra que existe una proyección de potenciales usuarios por cada programa con el cual se pretende determinar los posibles ingresos y/o recursos que ingresarían a la E.S.E. además si se llegase a cumplir las proyecciones respecto de las metas planteadas en el programa de Crecimiento y Desarrollo se obtendrían unos recursos aproximados de \$ 6.103.360.920, en cuanto al programa de Protección Específica enfocado al adulto, los ingresos que alcanzaría serían de \$219.473.628 adicionalmente con el programa para mujeres mayores de 30 años, enfocado a la planificación familiar se obtendrían recursos por \$31.752.013.

Ahora bien se tendría que tener un análisis más profundo relacionado con la caracterización del usuario; falencia que ya ha sido detectada mediante esta investigación, por lo tanto las cifras en cuanto a las metas y posibles ingresos podrían no estar ajustadas a la realidad demográfica del municipio, por ello se hace imposible determinar la inversión a dichos programas, cabe notar que la entidad no cuenta con un sistema de costos y por lo tanto a parte del posible ingreso no se puede determinar una utilidad.

En este aspecto se encuentra un cuello de botella, y es el siguiente; si el contrato que ejecuta la E.S.E esta dado en un monto específico de dinero y unas metas a cumplir, metas que condicionan el pago del mismo. El cuello de botella radica en la caracterización de la población pues sucede que se contrata x servicio enfocado a x población y la meta supera el número de usuarios que requieren el servicio. Al no dar cumplimiento con las metas establecidas se genera el no pago del contrato.

12.3 Identificar motivos de glosa de los recursos financieros y recobros

Según la información consultada se evidencia que los errores que generan las glosas son relacionados al personal que presta la primera atención, seguida de los médicos al momento de diligenciar la historia clínica y por último el sistema cuando no cuenta con los parámetros correspondientes. Los errores que allí se reflejan son de carácter humano y lamentablemente hay que decirlo no se debe a la falta de capacitación, sino a la rotación de personal que agobia a la Entidad.

MOTIVOS DE GLOSA
Ø Error en tarifa
Ø Error en código de Facturación
Ø Error en usuarios (no pertenece a la EPS, a la cual se le está facturando, el documento no concuerda con el paciente, entre otros)
Ø La edad para las actividades (fuera de rango establecido)
Ø La frecuencia de las actividades
Ø Se evidencia que no se tiene la parametrización respectiva en el sistema (DINAMICA.NET)



En cuanto a los porcentajes reflejados en la gráfica relacionada a las glosas, es preocupante ver como de un 50% (color azul posible ingreso para la E.S.E \$1.397.931.247) el 32% (color naranja descuentos, recobros y glosas \$901.984.521) sea glosado por errores que pueden ser mitigados si se toman las medidas pertinentes, pues los motivos de dichas glosas no son de fondo, se requiere concentración y esmero por lo que se hace frente a la entidad, es decir se requiere personal además de capacitado con sentido de pertenencia y deseos de cumplir las funciones asignadas.

12.4 estrategias financieras encaminadas a la recuperación de la salud de los usuarios de Red Salud Armenia.

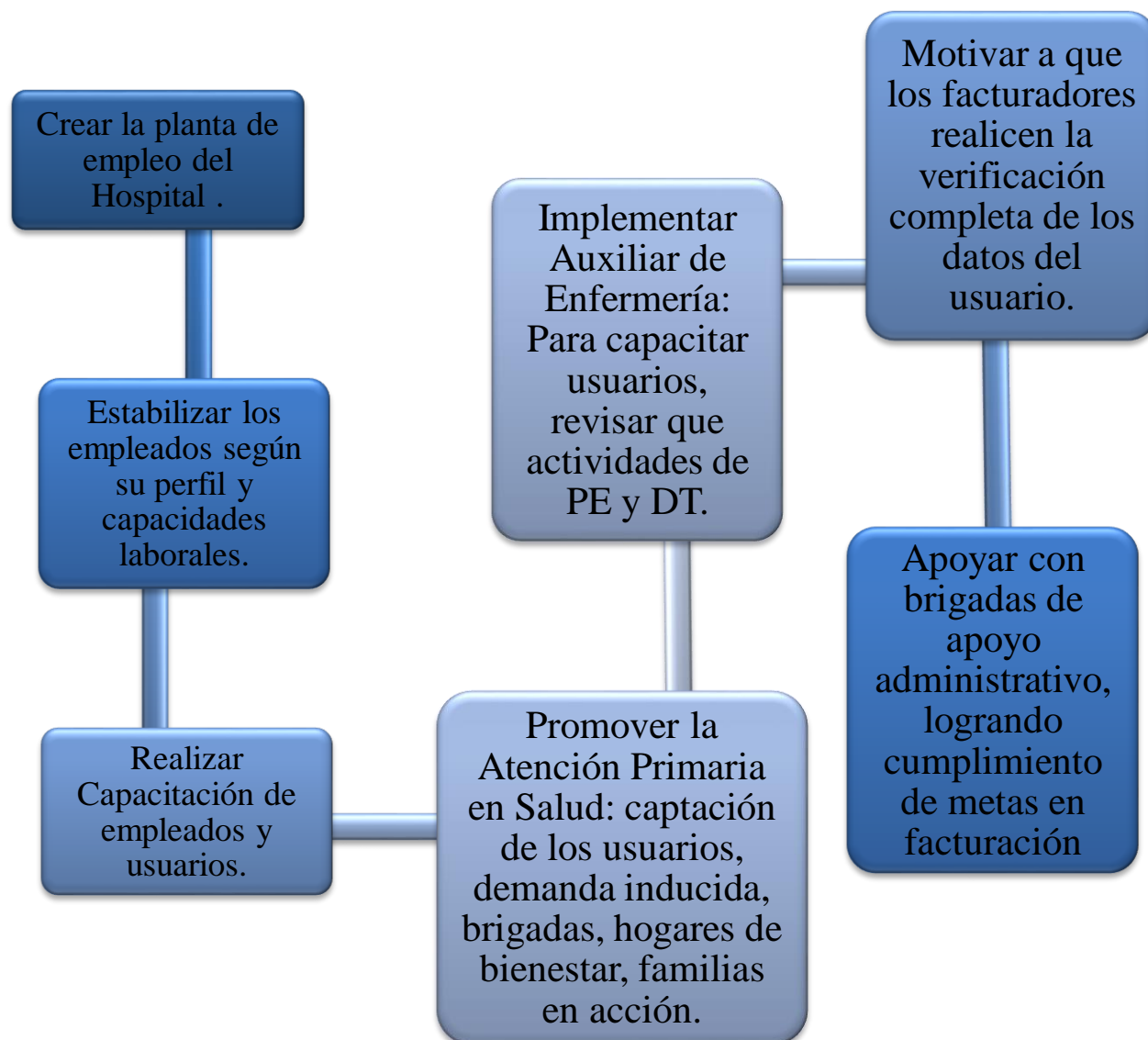


A través de la DOFA se pueden determinar las fortalezas y oportunidades de la Entidad, teniendo en cuenta las fortalezas detectadas tales como la infraestructura, centros de salud ubicados estratégicamente con el fin de atender y captar un mayor número de usuarios permiten, que la Entidad subsista ante las dificultades financieras que ha afrontado, y a su vez dentro de las oportunidades se pretende trabajar en el tema de mercadeo, afianzar el recurso humano pertinente y suficiente para el desempeño misional de dicha Entidad, así mismo hacer frente a la situación financiera y emprender una estrategia de recuperación de cartea como también, el fortalecimiento de los programas.

En cuanto a las debilidades de la entidad se encuentran en primer lugar la no caracterización de los usuarios población objeto, constantes cambios de personal, no se cuenta con un sistema de

costos, el cual es fundamental en cualquier entidad que oferte servicios u otro, deficiente gestión de cartera; esto sumado a las amenazas que consisten en: falta de recursos, población usuaria desprotegida, alto índice de desempleo y normas y leyes para el sector salud.

ESTRATEGIAS:



13- CONCLUSIONES

- El punto más neurálgico que presenta la empresa es en el área de facturación, se evidenció que las mayores alteraciones las presenta este departamento debido a la deficiente inducción que tiene el personal que labora en dicho departamento.
- Los continuos movimientos en el personal de facturación, hace que no exista un trabajo articulado con respecto a todo lo relacionado con procesos relacionados a este nivel.
- No existe un control claro de auditoría hacia el área de facturación.
- Los profesionales asistenciales no diligencian correctamente los protocolos de procedimientos realizados, lo que está generando glosas.
- La falta de estudio por parte de la administración frente a las contrataciones con las diferentes E.P.S.s está trayendo pérdidas considerables a la empresa; no compensando el valor del servicio con los procedimientos realizados.
- El monto económico destinado a detección temprana y protección específica está siendo utilizado para otros fines administrativos.

14- RECOMENDACIONES

- Consideramos prioritario que por parte de las directivas del hospital hagan negociaciones más claras y de mayor proyección frente a la venta de servicios.
- Es importante que se realicen auditorías constantes en el área de facturación por parte del departamento de control interno.
- Capacitación y actualizaciones al personal de facturación con temas relacionados en su rama, además mantener dicho personal fijo en sus cargos, esto da como resultado un eficiente y eficaz producto.
- Verificación constante a los profesionales asistenciales en cuanto al manejo de diligenciamientos de protocolos.

15- BIBLIOGRAFIA

Alcaldía mayor de Bogotá, Secretaría distrital de hacienda: Definición rubros de ingresos y gastos empresas sociales del estado. Dirección distrital de presupuesto. Bogotá 2010 [Citado el 2 de Febrero de 2017]. Disponible en:
http://www.shd.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/definicionrubros_ese_pppto2010.pdf

Arango Quintero María Cecilia, Fernández López Alexander: Modelo de administración de glosas en la IPS universitaria de la ciudad de Medellín. Universidad CES y Universidad del Rosario. Facultad de medicina. Medellín 2011 [Citado el 12 de Marzo de 2017]. Disponible en:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1506/2/Modelo_Admon_Glosas_%20IPS_Universitaria..pdf.

Barón Leguizamón Gilberto: Gasto nacional en salud de Colombia 1993-2003: composición y tendencias. Revista de salud pública. 2007 [citado el 18 de mayo de 2017]: 9 (2):167 – 179. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CUENTAS%20DE%20SALUD.pdf>

Bonet Jaime; Pérez Gerson Javier, Ayala Jhorland: Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia. Banco de la república. Número 205 julio, 2014. [Citado el 5 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/es/dtser-205>.

Colombia, leyes, decretos. Constitución política de Colombia. Santafé de Bogotá: Impreandes s.a. 1994. p 22, 23.

Colombia, leyes, decretos: Ley 100 de seguridad social integral. Libro II, capítulo III, artículo 165. Santafé de Bogotá. 1993.

Fernández Díez Ángel: Presupuestos clínicos. Caso de presupuestación de un servicio clínico. Caso de presupuestación de un servicio clínico. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [Citado el 16 de Mayo de 2017]. Tema 11.5. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500848/n11.5_Presupuestos_cl__nicos.pdf

Gaviria Uribe Alejandro, Dávila Guerreño Carmen Eugenia, Guaje Miranda Omar: Fuente y los usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Ministerio de la Protección Social. Junio 2016 [Citado el 4 de Abril de 2017]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

Gaviria Uribe Alejandro, Dávila Guerreo Carmen Eugenia, Guaje Miranda Omar, Ruiz Gómez Fernando, Burgos Bernal Bernardo: Notas conceptuales y metodológicas sobre la medición del gasto de bolsillo en salud. Ministerio de la Protección Social. Boletín bimestral Número 9. Marzo – abril 2015 [Citado el 4 de Abril de 2017]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-sector-salud-No.9.pdf>

Gaviria Uribe Alejandro, Muñoz Norma Julio, Dávila Guerreo Carmen Eugenia: Gasto en salud de Colombia: 2004-2011. Ministerio de la Protección Social. Boletín bimestral Número 2. Enero – febrero 2014 [Citado el 4 de Abril de 2017]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-20Bolet%20C3%ADn%20No%202.pdf>

Gaviria Uribe Alejandro, Muñoz Norma Julio, Dávila Guerreo Carmen Eugenia: Flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud 2013 - 2014. Ministerio de la Protección Social. Boletín bimestral Número 4. Mayo – junio 2014 [Citado el 4 de Abril de 2017]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

http://es.calameo.com/read/0026001598f6647d239ab_(Citado el 12 de Julio de 2017).

http://es.calameo.com/read/0026001598f6647d239ab_(Citado el 12 de Julio de 2017)

http://es.calameo.com/read/0026001598f6647d239ab_(Citado el 12 de Julio de 2017).

<http://hospitaldeconcordia.gov.co/proteccion-especifica-y-deteccion-temprana/>(Citado el 12 de Julio de 2017).

<https://es.scribd.com/document/301624106/Administracion-Financiera-en-Los-Sistemas-de-Salud>. (Citado el 12 de Julio de 2017).

[https://es.wikipedia.org/wiki/Armenia_\(Quind%C3%ADo\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Armenia_(Quind%C3%ADo)) (Citado el 12 de Julio de 2017).

<https://www.minsalud.gov.co/salud/.../Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%20>
(Citado el 12 de Julio de 2017).

Instituto para el desarrollo de antioquia – idea: Guía práctica para la elaboración, presentación y ejecución del presupuesto MUNICIPAL. Edición Número 17, mayo de 2014 [Citado el 18 de Mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.idea.gov.co/es-co/SalaDePrensa/Publicaciones/Gu%C3%ADa%20pr%C3%A1ctica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n,%20presentaci%C3%B3n%20y%20ejecuci%C3%B3n%20del%20presupuesto%20municipal.pdf>

Melo Ligia Alba, Ramos Jorge Enrique: Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia. Número 624. Octubre de 2010. [Citado el 13 de Abril de 2017]. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/es/borrador-624>.

Ministerio de la Protección Social Programa de Apoyo a la Reforma de Salud Universidad Nacional de Colombia Instituto de Investigaciones Públicas: guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública maría alexandra matallana. Tomo II. 2007 Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS Ministerio de la Protección Social – MPS.

Ministerio de salud. Resolución 04288. Plan de atención básica del SGSSS. Santafé de Bogotá 1996. [Citado el 13 de Abril de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%204288%20DE%201996.pdf

Ministerio de salud: Acuerdo 117 del consejo nacional de seguridad social en salud. Santafé de Bogotá 1998. [Citado el 23 de Mayo de 2016]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/normatividad/Acuerdos/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf?Mobile=1&Source=%2Fnormatividad%2F_layouts%2Fmobile%2Fview%2Easpx%3FList%3Dbbd5d0e6%252D696c%252D4a26%252D90a3%252D7748fd5ce807%26View%3De0c9b1eb%252D51af%252D4d9a%252Db12c%252D4a0ce987c922%26CurrentPage%3D1

Ministerio de salud: Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el sistema general de Seguridad Social, Santafé de Bogotá: 1996 [Citado el 23 de Mayo de 2016] p. 18. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf

Ministerio de salud: resolución 412 de 2000. Febrero 25 de 2000. [Citado el 13 de Abril de 2017]. p. 370. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCIÓN%20-TOMO%20DOS.pdf>

Mora Ortega Martha Cecilia: Dificultades financieras en las empresas sociales del estado de Bogotá. Universidad militar nueva granada. Bogotá 2013. [Citado el 18 de Mayo de 2017]. Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/11472/1/Dificultades%20Financieras%20en%20las%20Empresas%20Sociales%20del%20Estado%20de%20Bogota.pdf>

Morales Sánchez Luis Gonzalo: El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia. Santiago de Chile, julio de 1997. [Citado el 27 de Mayo de 2017]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5263/S9700142_es.pdf;jsessionid=11F4514339B2198683C055F2430A48FF?sequence=1

Moreno Mosquera Carlos Mario: Análisis del cumplimiento de la resolución 412 de 2000 en las eps (compensar, saludcoop y coomeva). Universidad de la salle, facultad optometría. Bogotá 2013. [Citado el 25 de Junio de 2017]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5263/S9700142_es.pdf;jsessionid=11F4514339B2198683C055F2430A48FF?sequence=1

Muñoz Norma Julio, Dávila Guerreo Carmen Eugenia: Fuente y los usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Ministerio de la Protección Social. Boletín bimestral Número 1. Noviembre – Diciembre 2013 [Citado el 4 de Abril de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Boletin%20Cifras%20financieras%20del%20Sector.pdf>

OMS/OPS Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuatrenio 1991 - 1994. Resolución XIII de XXIII conferencia sanitaria panamericana ops/csp. 23/14, 1990.

OMS/OPS Promoción de la Salud: Una Antología. op cit [Citado el 2 de Junio de 2017]. p. 370. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n3/recension.pdf>

OMS/OPS. Promoción de la salud: Una antología. Washington: Publicación Científica Número 557. 1996. [Citado el 25 de Junio de 2017] p. 8. Disponible en: <file:///C:/Users/terminal4/Downloads/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf>

OPS. Conferencia Internacional de Yakarta sobre Promoción de la Salud: Nuevos actores para una nueva era. Yakarta, Indonesia. 1997. P. 2

OPS. Conferencia internacional de yakarta, Op clt. p.2—3. [Citado el 22 de Abril de 2017]. p. 370. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

Ordóñez Maldonado Alejandro, Castañeda Cúvelo Martha Isabel, Ojeda Visbal Diana Margarita, Mejía Rodríguez Piedad: Financiamiento del sistema general de seguridad social en salud seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. Procuraduría general de la nación. [Citado el 18 de Mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud.pdf>

Restrepo Helena, Málaga Hernan: Promoción de la salud: como construir vida saludable. Editorial médica internacional panamericana, 2001. p. 15- 23

Riveros Pérez Efraín, Amado González Laura Natalia: Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? Revista gerenc. polít. Salud, Bogotá, 11 (23): 111-120, julio-diciembre de 2012. [Citado el 8 de Mayo de 2017]. p. 370. Disponible en: <file:///C:/Users/terminal4/Downloads/4466-16178-1-PB.pdf>

Rojas Rojas Sonia Esmeralda: La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, un análisis macroorganizacional. Escuela superior de administración pública (esap), facultad de postgrados. Bogotá 2008. [Citado el 21 de Junio de 2017]. Disponible en: [http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/a6639%20%20la%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20y%20la%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20enfermedad,%20un%20an%C3%A1lisis%20macroorganizacional%20\(pag%2095%20-%202,26%20mb\).pdf](http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/a6639%20%20la%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20y%20la%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20enfermedad,%20un%20an%C3%A1lisis%20macroorganizacional%20(pag%2095%20-%202,26%20mb).pdf)

Ruiz Gómez Fernando, Amaya Lara Liliana, Garavito Beltrán Liz; Ramírez Moreno, Jaime: Precios y contratos en salud estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. Ministerio de la protección social. Programa de apoyo a la reforma de salud – pars. Departamento nacional de planeación. Pontificia universidad javeriana. 2008. [Citado el 21 de Junio de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PRECIOS%20Y%20CONTRATOS%20EN%20SALUD.pdf>