

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN  
CARTERA PARA LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, ESE,  
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

IVÁN DARÍO LÓPEZ LÓPEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE CIENCIAS Y ADMINISTRACIÓN  
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN

MANIZALES

2004

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN  
CARTERA PARA LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, ESE,  
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

IVÁN DARÍO LÓPEZ LÓPEZ

Tesis para optar el título de  
Magíster en Administración

Director

JOAQUÍN URREA ARBELÁEZ (Ph. D.)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE CIENCIAS Y ADMINISTRACIÓN

MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN

MANIZALES

2004

Nota de aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Manizales, 11 octubre de 2004

## CONTENIDO

	Pág.
<b>PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN</b>	
1. INTRODUCCIÓN	10
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
4. OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GENERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
<b>SEGUNDA PARTE: REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	
5. MARCO TEÓRICO	21
5.1 LA TEORÍA DE SISTEMAS	21
5.1.1 Antecedentes conceptuales	21
5.2 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN CARTERA	24
5.2.1 Análisis crítico del enfoque tradicional de administración de cartera	27
5.3 SISTEMAS DE GESTIÓN	28
6. MARCO CONCEPTUAL	31
6.1 EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)	31
6.2 LA TEORÍA DE RESTRICCIONES (TOC)	34
7. ESTADO DEL ARTE	38
7.1 APLICACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN EL SECTOR	

PÚBLICO	38
7.2 APLICACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN EL SECTOR SALUD	39
7.3 APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE RESTRICCIONES EN ORGANIZACIONES DE SALUD	41
8. DISEÑO METODOLÓGICO DE CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	45
8.1 CONSTRUCCIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL	45
8.2 PROCESO DE PENSAMIENTO DE LA TEORÍA DE RESTRICCIONES	47
8.2.1 ¿Qué cambiar?: diagnóstico de la situación actual	47
8.2.2 ¿Hacia qué cambiar?: solución al problema raíz	50
8.2.3 ¿Cómo inducir el cambio?: la implementación del cambio	50
8.3 ARTICULACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL Y LA TEORÍA DE RESTRICCIONES	51

### **TERCERA PARTE: PROPUESTA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**

9. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN CARTERA	55
9.1 ¿QUÉ CAMBIAR?: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	55
9.1.1 Diagnóstico de los procesos de facturación y cartera	55
9.1.2 Resumen de efectos indeseables, EIDES	57
9.1.3 Árbol de comunicación de la realidad actual	58
9.2 ¿HACIA QUÉ CAMBIAR?: SOLUCIÓN AL PROBLEMA RAÍZ	62
9.2.1 Árbol de comunicación de la realidad futura	63
9.2.2 Mapa Estratégico	66
9.3 ¿CÓMO INDUCIR EL CAMBIO?: LA IMPLEMENTACIÓN DEL CAMBIO	67
9.3.1 Cuadro de objetivos estratégicos	68
9.3.2 Iniciativas estratégicas	69
9.3.3 Cuadro de indicadores	72

9.3.4 Perspectivas del Cuadro de Mando Integral	74
9.3.5 Cuadro de Mando Integral	78

## **CUARTA PARTE: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

10. CONCLUSIONES	79
11. RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS	93
ANEXO A: DIAGNÓSTICO DE PROCESOS DE FACTURACIÓN Y CARTERA	93
ANEXO B: FORMATO DE ENTREVISTA	96
ANEXO C: MÉTODOS CUALITATIVOS DE INVESTIGACIÓN	97
ANEXO D: RESULTADO DE ENTREVISTA EN EL HOSPITAL DE CALDAS	105
ANEXO E: EXPERTOS VINCULADOS A LA INVESTIGACIÓN	111
ANEXO F: EFECTO DE LA ACTUACION DE LAS EPS, IPS, ARS	113
ANEXO G: NORMATIVIDAD	115

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Cuadro de Mando Integral, CMI	32
Figura 2. Encadenamiento de las cuatro perspectivas del CMI	33
Figura 3. Proceso de mejoramiento continuo basado en los lineamientos de TOC	36
Figura 4. Construcción de un <i>árbol de realidad actual</i>	49
Figura 5. Integración de la Teoría de Restricciones y el Cuadro de Mando Integral	52
Figura 6. Mapa Estratégico	54
Figura 7. Árbol de realidad actual	59
Figura 8. Flujo de información del proceso de cartera de una Empresa Social del Estado	61
Figura 9. Árbol de realidad futura	64
Figura 10. Mapa Estratégico	67

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. <i>Ranking</i> de los mayores deudores del Sistema de Salud	15
Tabla 2. Composición de cartera por edad a diciembre 31 de 2003	17
Tabla 3. Composición de cartera por edad y nivel de atención	17



## LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Objetivos estratégicos	68
Cuadro 2. Iniciativas estratégicas por perspectiva	69
Cuadro 3. Indicadores estratégicos	72



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE COLOMBIA  
SEDE MANIZALES

BIBLIOTECA ALFONSO CARVAJAL ESCOBAR  
Resumen trabajo de Grado

<b>CARRERA:</b> Maestría en Administración		
<b>1er Apellido</b> LOPEZ	<b>2º Apellido</b> LOPEZ	<b>Nombre</b> IVAN DARIO
<b>TITULO DEL TRABAJO:</b> Sistema integrado de gestión de recursos financieros en cartera para las Empresas Sociales del Estado, ESE.		
<b>NOMBRE DEL DIRECTOR DEL TRABAJO:</b> Joaquín Urrea Arbeláez.		
<b>RESUMEN DEL CONTENIDO (ESPAÑOL)</b>		
<p>Las Empresas Sociales del Estado pertenecientes al sector salud de Colombia, mantienen conflictos con las Entidades Prestadoras de Salud –EPS– y las Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS–, debido a las facturas de cobro que las entidades hospitalarias envían a estas instituciones y que son devueltas a la institución hospitalaria por inconsistencias en su diligenciamiento, acarreando demoras en el pago por servicios médicos prestados. Esta investigación describe la situación actual de los hospitales públicos en esta materia, se enuncia la estrategia de solución al problema detectado y se formula una aplicación práctica y sistemática para corregirlo.</p>		
<b>ABSTRACT</b>		
<p>The hospital entities of the health sector in Colombia called State Social Companies, maintain conflicts with the Health Lender Entities - EPS - and the Subsidized System Administrators - ARS -, due to the receivable that they send to these institutions and that are returned to the hospital entities because weren't well made. This process produces delays in the payment of borrowed medical services. This research describes the current situation in public hospitals for the matter of that, the solution strategy is enunciated to the detected problem and a practical and systematic application is formulated to correct it.</p>		
<b>PALABRAS CLAVES</b>		
<b>IPS, EPS, ARS, CUADRO DE MANDO INTEGRAL, TEORIA DE RESTRICCIONES, CARTERA, HOSPITALES PUBLICOS.</b>		

## 1. INTRODUCCIÓN

¿Estaría un hospital en capacidad de vender a crédito sus servicios y atender los pacientes como si el pago fuera de contado? ¿Cómo se vería afectado su flujo de caja cuando la cartera supera los 180 días? ¿Cómo podría éste pagar la nómina, proveedores, infraestructura médica y dar mayor cobertura?

Situaciones como aquéllas han llevado a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)<sup>1</sup> considerar que la demora en el pago por servicios médicos sea la principal causa de sus problemas financieros. (Giraldo, 2002).

El problema del incumplimiento en el pago por el Estado, las EPS<sup>2</sup> y ARS<sup>3</sup> a las IPS, (Ver Anexo F) ha ocasionado que en éstas últimas se acreciente el riesgo de inviabilidad financiera por la presencia de mayores niveles de endeudamiento e incumplimientos con las entidades financieras, el Estado, proveedores, empleados y contratistas.

Por ello, para identificar las causas y proponer posibles soluciones a dicha problemática, se presenta esta investigación con el ánimo de contribuir a solucionar esta dificultad que cada día deja a más entidades hospitalarias *ad portas* de su cierre definitivo.

Esta investigación es la continuación de la investigación realizada por (López y Duque, 2002), en la cual se evidenció que la demora de los hospitales en el recaudo de la cartera por servicios prestados obedece a ineficiencias internas relacionadas con el proceso de facturación. Por tal motivo, se proponen soluciones que permiten gestionar adecuadamente

---

<sup>1</sup>Las IPS son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias organizadas para las prestación de servicios de salud. Ley 100 de 1993. Edición actualizada año 2000. p.100.

<sup>2</sup>Empresas Promotoras de Salud. Ley 100 de 1993. Art. 202. Edición actualizada año 2000. p.138.

<sup>3</sup>Administradoras Régimen Subsidiado. Ley 100 de 1993. Art. 211. Edición actualizada año 2000. p.142

los procesos de facturación y cartera de las Empresas Sociales del Estado (ESE)<sup>4</sup> prestadoras de servicios de salud.

Se describe la problemática de cartera de las ESE como un efecto del comportamiento de los actores del sistema: el Gobierno, por su incompetencia en las funciones de control del flujo de recursos, los aseguradores (EPS y ARS) por dilatar el pago a los hospitales y los prestadores (IPS) por ser ineficientes en la facturación y en el cobro del servicio prestado.

La revisión de la literatura gira en torno a dos ejes teóricos: *La Teoría de Sistemas* y la *Teoría de Gestión de Cartera*. El primero permite comprender las relaciones que se suscitan al interior del sistema hospitalario, específicamente, el estado actual del proceso de facturación; el segundo, explicar el comportamiento de los hospitales y dilucidar sobre las falencias del modelo tradicional de gestión de cartera frente al caso particular de las ESE.

Se presenta la Teoría de Restricciones (TOC) y el Cuadro de Mando Integral (CMI) como marco conceptual de la investigación; se enuncian asimismo los resultados logrados en organizaciones del sector salud y se integran ambas metodologías en el sistema de gestión de recursos financieros en cartera.

El sistema integrado de gestión de cartera, resultado final de la investigación, ostenta tres logros importantes: primero, se identifica la causa fundamental del problema de cartera, producto de, por un lado, los procesos de entrevista llevados a cabo en el hospital de Caldas y en el hospital Santa Sofía, y por el otro, la fase de comprobación empírica realizada en el hospital San Jorge de Pereira, el hospital San Juan de Dios de Armenia y la Comisión Séptima del Senado de la República; segundo, - partiendo de estos hallazgos - se propone una estrategia genérica para las ESE; tercero, se formula un plan de implementación y control de la estrategia de solución.

---

<sup>4</sup> Empresa Social del Estado, ESE, es una institución hospitalaria de carácter oficial que presta servicios de salud. Se diferencia de las IPS, en que ésta última hace alusión a todas las instituciones hospitalarias tanto privadas, públicas, solidarias, etc.

## 2. JUSTIFICACION

Las EPS públicas y privadas, entidades territoriales, ARS y el Estado, deben a 103 IPS, un billón ciento quince mil millones de pesos (\$1.115,4 mil millones)<sup>5</sup>, cartera morosa que, en su mayoría, sobrepasa los 90 días de vencimiento; según datos del último estudio de cartera realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

En este mismo estudio, se revela que para hospitales con un nivel de atención de alta complejidad la deuda asciende a un billón de pesos (1.000 mil millones), un 90.31% del total de cartera reportada a dicha asociación.

Las consecuencias de la cartera morosa, los altos niveles de endeudamiento y el incumplimiento con proveedores y acreedores financieros ponen en serio peligro la viabilidad financiera de las entidades hospitalarias. (Cardona, 2001).

Con la realización de la presente investigación se pretende que los hospitales del país, clasificados en el tercero y cuarto nivel de complejidad, puedan contar con un sistema integrado de gestión eficaz para la administración de los recursos financieros en cartera y de esta forma, hacerle frente a la actual crisis financiera que atraviesan estas instituciones.

Los méritos de esta propuesta se revelan en los siguientes cuatro frentes de mejoramiento para las entidades hospitalarias:

- 1) **Fortalecimiento administrativo.** Los hospitales podrán ser más eficaces y eficientes en su cartera al reducir los niveles de error en la elaboración de facturas y los tiempos de respuesta para sus devoluciones respectivas.

---

<sup>5</sup> Giraldo, J. (2004). Informe de seguimiento de cartera a diciembre 31 de 2003. En: *Revista Hospitalaria*. No. 35. p.43.

- 2) **Fortalecimiento económico.** Al mejorar la administración de los procesos críticos, las entidades hospitalarias agilizarán el recaudo de su cartera y aumentarán el flujo de caja por servicios prestados, pudiendo atender oportunamente el servicio de la deuda con sus proveedores y empleados e incrementando sus estándares patrimoniales.
  
- 3) **Fortalecimiento en la calidad del servicio.** Al contar con recursos frescos y con procesos efectivos, se mejorará la prestación del servicio médico y administrativo y se recuperará la confianza institucional, cumpliendo con lo estipulado en el Sistema de Garantía de Calidad<sup>6</sup> reglamentado según Decreto 2174 de 1997.
  
- 4) **Fortalecimiento del capital humano.** La propuesta aquí presentada intenta coadyuvar en el fortalecimiento de espacios de aprendizaje y crecimiento para el capital humano de las entidades hospitalarias.

Se espera que el producto de esta investigación se revierta en la recuperación financiera de los hospitales de cuarto nivel de atención y más allá de este ámbito, se pueda en un futuro alcanzar resultados loables en otras Empresas Sociales del Estado prestadoras de servicios de salud del país.

---

<sup>6</sup> El Sistema de Garantía de Calidad busca que las IPS mejoren los procesos asistenciales y administrativos en pro de un mejor servicio de salud

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El principal problema que enfrentan las clínicas y los hospitales del país desde la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 ha sido el financiero. Tal razón explica el hecho de que una de las metas consignadas en el Plan de Desarrollo del sector salud sea garantizar la viabilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Londoño, 2002).

Según Londoño (2002), en el sector salud se observan modelos de atención poco eficientes y costosos. Por ejemplo, las graves deficiencias presentadas por el sistema de información de los hospitales. Existe además gran obsolescencia y desactualización tecnológica por parte de las ESE, que obligan a los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), a ajustarse y simplificarse con urgencia.

Como lo afirman varios directores de hospitales del departamento de Caldas, la situación financiera por la que atraviesan sus instituciones se debe en parte a fenómenos como el pasivo pensional y los gastos de funcionamiento, aunque el aspecto señalado como el más importante sea la demora con que el Estado, EPS y ARS les pagan a los centros asistenciales los servicios prestados<sup>7</sup>. La elevada morosidad es la causa del deterioro en las relaciones entre los actores del sistema y del debilitamiento en la prestación del servicio médico. (Londoño, 2002).

Para el director del hospital La Samaritana de Bogotá, Edgar Pabón, la situación es cada vez más insostenible pues, según él, tales entes del sistema de salud “nos van a acabar

---

<sup>7</sup> Diario La Patria (2003). “Hospitales un solo dolor”. Marzo 5. p.6A

porque nos obligan a vender a crédito, pero los pacientes hay que atenderlos como si el pago fuera de contado<sup>8</sup>.

Según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC, los peores pagadores del sistema son el Seguro Social, las EPS públicas Caprecom y Cajanal y el encargo fiduciario FISALUD. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. *Ranking* de los mayores deudores del Sistema de Salud

Tabla 7. Recopilación del ranking de los mayores deudores							
Diciembre 2001				Marzo 2002			
N°	Entidad deudora	Total cartera	Concentración %	N°	Entidad deudora	Suma de total	Concentración %
1	Instituto de Seguros Sociales E.P.S	50.845.157.743	83,50%	1	Instituto de Seguros Sociales E.P.S	89.061.322.468	71,40%
2	DSSA	20.033.824.632	46,90%	2	CAPRECOM	20.318.074.702	87,30%
3	CAJANAL	9.176.215.351	89,90%	3	CAJANAL	19.499.778.537	81,60%
4	CAPRECOM	11.528.512.843	65,20%	4	Otros deudores	27.927.487.098	54,40%
5	FISALUD	10.047.590.702	67,90%	5	Particulares	16.518.141.856	88,90%
Total		101.631.301.271	73,20%	Total		173.324.804.661	73,30%
Junio 2002				Septiembre 2002			
N°	Entidad deudora	Total cartera	Concentración %	N°	Entidad deudora	Suma de total	Concentración %
1	Instituto de Seguros Sociales E.P.S	63.112.801	71,50%	1	Instituto de Seguros Sociales E.P.S	50.606.664	81,10%
2	Operador Fiduciario del FOSYGA	20.119.187	67,40%	2	Caprecom E.P.S.	22.101.525	77,50%
3	CAJANAL E.P.S	14.283.777	79,60%	3	S.S.S.A.	28.559.348	59,60%
4	CAPRECOM E.P.S	14.655.443	76,30%	4	FISALUD	23.645.462	66,60%
5	Secretaria Distrital de Salud	9.322.231	87,60%	5	CAJANAL E.P.S.	14.821.744	87,10%
Total		121.493.438	73,60%	Total		139.734.743	69,40%

Fuente: Giraldo J. (2003b). "El ISS incumple el Acuerdo Marco con las instituciones afiliadas a la ACHC". En: *Revista Hospitalaria*. No. 27. p. 23.

Muy ligado a lo anterior está el incumplimiento por parte del Seguro Social al Convenio suscrito con la ACHC en agosto de 2001 (Giraldo, 2003b, 16). Al respecto, Juan Carlos Giraldo, presidente de la ACHC sostiene que se logró llegar a un acuerdo de pago de más de 150 mil millones de pesos adeudados desde 1998 por el Seguro Social a las IPS públicas

<sup>8</sup> CID – MED. (2003). "La Debacle de la Red Hospitalaria". Diario El Tiempo – Especial de Salud. Bogotá. [www.medicentro.com.co/](http://www.medicentro.com.co/) (10 oct. 2003).



y privadas del país; pero que los términos de contratación se han incumplido, ya que la actual política de contratación de servicios del Seguro Social es totalmente desfavorable para las IPS.

Dicho problema reside en que el Seguro Social invita a los gerentes de los hospitales a que presenten sus cotizaciones de prestación de servicios médicos a una tarifa del 20% por debajo del manual tarifario ISS, siendo el descuento lo que define con quién se contrata y una de las causas de los males en los presupuestos de las IPS. (Giraldo, 2003b, 18).

Al problema del incumplimiento de acuerdos se suma la polarización de la problemática financiera de los hospitales emprendida por la discusión de los tres actores del sistema: gobierno (nacional, departamental y municipal), aseguradores (EPS, ARS) y prestadores (IPS). Por una parte, el gobierno nacional fundamenta el problema financiero en los altos niveles de gastos administrativos - especialmente nómina - de los entes hospitalarios; de la otra, los aseguradores se quejan de las deudas que el Gobierno ha contraído con ellos y que les impide pagar a tiempo sus obligaciones; los prestadores, igualmente aducen su problema a que el Gobierno y los aseguradores les deben cuantiosas sumas por servicios médicos prestados. (Vargas, 2004).

Debido a lo anterior, las IPS tienen que asumir el costo del dinero por los subsiguientes intereses que las EPS y el Estado no pagan, y enfrentarse a un proceso de "desfinanciación". (Giraldo, 2002, 6).

En la tabla 2 se presenta la composición de cartera a diciembre 31 de 2003. El total de cartera reportada por 103 instituciones a la ACHC ascendió a un billón ciento quince mil millones de pesos (\$ 1.115.4 mil millones), o sea, un promedio de deuda por institución de \$ 10.825.6 millones; de este total un 54.4% es cartera de vencimiento superior a los 90 días. (Giraldo, 2004, 43).

Tabla 2. Composición de cartera a diciembre 31 de 2003

<b>ESTADO DE LA CARTERA</b>	<b>Miles de pesos</b>	<b>PARTICIPACION %</b>
A 30 días	314.284.055	28.2 %
Entre 31 y 60 días	117.343.222	10.5 %
Entre 61 y 90 días	76.577.747	6.9 %
Más de 91 días	606.932.362	54.4 %
<b>TOTAL CARTERA</b>	<b>1.115.137.386</b>	<b>100%</b>

Fuente: Giraldo, J. (2004). "Informe de seguimiento de cartera a diciembre 31 de 2003". En: *Revista Hospitalaria*. No. 35. p.43.

Como se puede apreciar en la tabla 2, el nivel de cartera se concentra por encima de los 90 días. Además, como se ilustra en la tabla 3, la cartera morosa de los hospitales de alto nivel de complejidad (tercero y cuarto nivel de atención), asciende a un poco más de un billón de pesos.

Tabla 3. Composición de Cartera por nivel de atención  
Diciembre 31 de 2003.  
Cifras en millones de pesos

<b>NIVEL</b>	<b>A 30 días</b>	<b>De 31 a 60 días</b>	<b>De 61 a 90 días</b>	<b>Más de 91 días</b>	<b>TOTAL</b>
BAJA	2.072	879	517	3.046	6.515
MEDIA	18.044	16.391	10.985	55.110	100.490
<b>ALTA</b>	<b>294.208</b>	<b>100.073</b>	<b>65.075</b>	<b>548.776</b>	<b>1.008.132</b>
<b>TOTAL</b>	<b>314.284</b>	<b>117.343</b>	<b>76.578</b>	<b>606.932</b>	<b>1.115.137</b>

Fuente: Giraldo, J. (2004). "Informe de Seguimiento de cartera a diciembre 31 de 2003". En: *Revista Hospitalaria*. No. 35. p.44.

En el caso local del Hospital de Caldas, Gallego (2003) expresa su preocupación por la cartera morosa que presenta el hospital, la cual ascendía el 18 de noviembre de 2003 a 16.430 millones de pesos<sup>9</sup>, situación similar a la presentada por el hospital departamental

<sup>9</sup> Fuente: División de Hacienda. Hospital de Caldas. Martes 18 de Noviembre de 2003.

Santa Sofía de Caldas, que hasta el 30 de octubre de 2003 presentaba una cartera morosa de 2.603 millones de pesos<sup>10</sup>.

La situación de cartera del hospital Santa Sofía<sup>11</sup> y el hospital de Caldas no representa un caso aislado; al contrario, esta situación se origina en la devolución de cuentas de cobro por errores cometidos en el diligenciamiento de la facturación y la inoportunidad en la respuesta a esas devoluciones. (López y Duque, 2002, 165).

Toda esta situación de cartera está íntimamente relacionada con eventualidades del proceso de facturación, el cual es considerado por Ordóñez (2001), Toro (2001), Girardo, (2003a) y Núñez (2003) como la restricción interna más significativa para la mayoría de las Empresas Sociales del Estado que, al ser ineficaces e ineficientes en el proceso de facturación, no tendrán el soporte legal para exigir el pago por dicho servicio, lo que implica el estancamiento de flujo de efectivo, la imposibilidad de la adquisición de insumos operativos, el aumento de las deudas con proveedores y acreedores en general y el deterioro de su situación patrimonial y de liquidez.

De todo lo expuesto hasta este punto se puede concluir que la problemática de cartera obedece a dos razones fundamentales: el fenómeno externo, basado en la demora en el tránsito de los recursos del gobierno nacional hasta llegar a las IPS; el fenómeno interno, basado en la ineficiencia administrativa de los hospitales que no cuentan con *sistemas de gestión* que les permita tener información de calidad para así exigir el pago oportuno de los servicios médicos prestados.

Aunque la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) le ha propuesto al gobierno nacional estrategias de solución al problema externo – como por ejemplo, disminuir el tiempo de pago de 30 a 25 días, ello puede implicar que si la factura posee errores y es devuelta a la IPS para su corrección, el pago de la factura de cobro puede

---

<sup>10</sup> Fuente: Área de Cartera. Hospital Santa Sofía. Martes 18 de Noviembre de 2003.

<sup>11</sup> Universidad Nacional de Colombia (2002). “Efectivo en la Salud”. En: *UN Programa*. No. 149. p. 2.

demorarse dos, tres o incluso más años<sup>12</sup>. En este sentido, es prioritario proponer alternativas de solución a la álgida situación interna de facturación y cobro de las ESE.

Por tal motivo, con la construcción del *sistema integrado de gestión de recursos financieros en cartera* se sugieren soluciones al problema de inexactitud e inoportunidad en la elaboración de la factura y el cobro efectivo de los servicios de salud prestados por las instituciones hospitalarias de cuarto nivel de complejidad.

De acuerdo a lo descrito en este acápite, la investigación dará respuesta a la siguiente pregunta.

### **3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Qué sistema integrado de gestión podría aplicarse a la administración de recursos financieros en cartera de las Empresas Sociales del Estado de cuarto nivel de complejidad en el departamento de Caldas?

---

<sup>12</sup> Diario La República. (2002). "Lanzan Salvavidas Financiero a las IPS". Marzo 8. p. 8A

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Constituir un sistema integrado de gestión de recursos financieros en cartera para las Empresas Sociales del Estado de cuarto nivel de complejidad del departamento de Caldas.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar el estado actual de la problemática de cartera de las Empresas Sociales del Estado de cuarto nivel de complejidad del departamento de Caldas

Definir la estrategia de solución para la problemática de cartera de las Empresas Sociales del Estado de cuarto nivel de complejidad del departamento de Caldas.

Formular un proceso de implementación de la estrategia de gestión de recursos financieros en cartera para las Empresas Sociales del Estado de cuarto nivel de complejidad del departamento de Caldas.

## 5. MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de este marco teórico se ilustra la *Teoría de Sistemas* como paradigma del pensamiento científico, se realiza un análisis crítico a la teoría de *gestión de recursos financieros en cartera*, se describen algunos modelos de *sistemas de gestión* y su aplicación en sectores como el de salud y se define el marco conceptual de la *Teoría de Restricciones* y el *Cuadro de Mando Integral*, ambas, metodologías utilizadas en la construcción del sistema integrado de gestión de recursos financieros en cartera para las ESE.

### 5.1 LA TEORÍA DE SISTEMAS

Un sistema es “un todo unitario organizado, compuesto por dos o más partes, componentes o subsistemas interdependientes, delineado por límites identificables de su ambiente o suprasistema” (Dávila, 1985, 206). En otras palabras, es un conjunto de partes que funcionan como una sola entidad. Puede estar compuesto de muchas partes más pequeñas o ser él mismo parte de un sistema mayor. (O’Connor y McDermott, 1998, 30).

#### 5.1.1 Antecedentes conceptuales

La objetividad científica reinante hasta mediados del siglo XIX debe dar paso al campo de la subjetividad. La certitud del conocimiento científico, propuesta por la física, encuentra sus límites en los fenómenos de los sistemas vivos. En este tipo de sistemas, la lógica lineal (cartesiana) no funciona porque se está al frente de una totalidad compleja, resultado de una red de relaciones dinámicas entre sus partes radicadas en distintos niveles de complejidad.

La teoría de sistemas irrumpe en el mundo científico al proponer un paradigma de conocimiento aproximado, donde ya la razón de ser de la investigación científica deja de centrarse en los objetos para ocuparse de las relaciones entre ellos mismos y su contexto. Es así como se evoluciona desde un pensamiento lineal y mecanicista – producto de la ciencia cartesiana donde los sistemas complejos se pueden analizar a partir de la separación de sus partes - hasta un pensamiento sistémico, es decir, donde se estudian los sistemas a partir de los conceptos de complejidad y totalidad. (Kapra, 2000, 57).

Es la totalidad lo que distancia más las partes encontradas, ya que la suma de las partes no es igual al todo y las propiedades esenciales o “sistémicas” de los sistemas vivos no pueden reducirse a sus partes, sino a las relaciones organizadoras que se dan entre ellas. Por ende, al constituirse el sistema como un todo, emergen sus propiedades fundamentales o sistémicas únicas en cada nivel de complejidad.

Tal como lo afirma O’Connor y Mcdermott (1998) Los sistemas tienen propiedades emergentes que no se encuentran en las partes que los componen. No se pueden predecir las propiedades de un sistema dividiéndolo y analizando sus partes. Muy seguramente, se necesita conocer la existencia de estas propiedades para poder identificarlas.

De esta manera, Kapra (2000, 57) sostiene que “Lo que se denomina partes, es meramente un patrón dentro de una inseparable red de relaciones”. Esto implica dejar de ver al objeto y al sujeto como seres aislados e independientes, y más bien, interpretar las relaciones entre ellos, ya que “en la visión sistémica, los objetos en sí mismos son redes de relaciones inmersas en redes mayores”. (Kapra, 2000, 57).

Una organización, puede ilustrarse como un sistema vivo en abierta comunicación con un entorno cambiante, formado e insertado en otros sistemas; en definitiva, la organización se concibe como un todo complejo. Hablar de complejidad es referirnos por ejemplo al cerebro, el sistema más complejo que se conoce. El poder que emana este gran órgano no puede ser comprendido si se disecciona en pequeños trozos, porque las conexiones de cada

célula con sus semejantes son las que permiten estructurar lo que conocemos como cuerpo y las propiedades que surgen de él.

Al hablar de complejidad se deben hacer las siguientes distinciones: *complejidad de detalle*, para referirse a la composición de muchas partes, y *complejidad dinámica*, para dar a entender las relaciones que se dan entre las partes que integran el sistema. Es así como aspectos indeseables que aparentemente se consideran como simples, pueden encerrar un alto grado de complejidad. (O'Connor y Mcdermott, 1998).

Otro aspecto de la complejidad es la conectividad existente entre las partes integrantes del sistema. Si se separa una parte de éste, se afectan las otras restantes, aquí se incluye la metáfora de la *Tela de Araña*: al halar un segmento de la telaraña no es la parte la que opone resistencia, sino todo el sistema en su conjunto. (Kapra, 2000).

La resistencia de un sistema se puede apreciar en la situación de cambio. Por definición, todo cambio genera un conflicto, una resistencia a una nueva realidad. La importancia radica entonces en encontrar esa parte conflictiva y saberla deslindar de los demás componentes para superar el obstáculo. Es decir, **como todos las partes del sistema están intercomunicadas, la focalización de un proceso de mejora en una parte conllevará al mejoramiento de todo el sistema.**

Se observa entonces, cómo la percepción del mundo cambia con la *Teoría de Sistemas*, hacia una visión de contexto, de procesos iterativos, que conforman una gran red de relaciones e interrelaciones. Se concibe el todo a partir de la complejidad y así se emprenden mejoras globales para los sistemas organizacionales. Tal como lo plantea O'Connor y Mcdermott (1998, 40) “cuántas más conexiones proporcione un sistema, mayor será la influencia potencial sobre él”.

Un aporte relevante de la teoría de sistemas se da en las organizaciones sociales, políticas y económicas, al igual que en los organismos vivos. Todos ellos son sistemas abiertos que necesitan ser alimentados por un flujo continuo de materia y energía para poder existir.



En este sentido, la información es el resultado del procesamiento de un conjunto de datos, los cuales pasan por una *caja negra* y experimentan el efecto de ciertas fuerzas entrópicas que se presentan en el proceso y que pueden conducir a la organización al caos, al desorden, al agotamiento, al final de su existencia.

Por tal motivo, para abordar el tema primordial de esta investigación se debe partir del concepto de la *Teoría de Sistemas* para comprender e influir en la gran red de interrelaciones complejas y que tienen que ver con los fenómenos financieros concomitantes que se suscitan al interior de las organizaciones hospitalarias.

Después de revisar los elementos básicos de la *Teoría de Sistemas*, a continuación se presentan los elementos financieros de la teoría de administración de recursos financieros en cartera.

## **5.2 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN CARTERA**

En este acápite se presentan los aportes de diversos autores (Ross, Westerfield y Jordan, 2000; Gitman, 2003; Van Horne y Wachowicz, 2002; Gallager, 2001; García, 1999) quienes han contribuido en la construcción de teoría sobre administración de recursos financieros en cartera. Se identifican los elementos comunes de los diversos enfoques y, finalmente, se asume una posición crítica frente a la funcionalidad y aplicabilidad de estos elementos teóricos en el contexto actual de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Cuando una empresa decide conceder crédito a sus clientes debe definir claramente su *política de crédito*<sup>13</sup>. Según Ross, Westerfield y Jordan (2000, 683) la política de crédito está compuesta por los siguientes elementos:

- **Términos de venta:** se refiere a las condiciones bajo las cuales la empresa venderá sus bienes y servicios. La decisión girará en torno a vender de contado y/o vender a crédito; si se decide por la última opción, entonces se deberá determinar el período de crédito, los tipos de descuentos y los instrumentos de crédito respectivos.
- **Análisis de crédito:** es el proceso que permite determinar la probabilidad de que los clientes no paguen sus cuentas.
- **Política de cobranza:** son los procedimientos seguidos por la empresa para cobrar sus cuentas. Implica el control y la vigilancia de las cuentas por cobrar para finalmente recaudar los dineros en tránsito.

Gitman (2003, 496) vincula el tema de la administración de cartera con el concepto de *Ciclo de Conversión de efectivo*<sup>14</sup>, mas conocido como *Ciclo de Caja*. Para Gitman (2003) la aplicación de este concepto es de suma importancia para administrar financieramente una empresa en el corto plazo, ya que los recursos invertidos en las cuentas por cobrar son rubros considerables frente a los demás bienes de la empresa. Por tal razón, el estudio de la administración de las cuentas por cobrar debe propender por recaudar los dineros lo antes posible, sin perder ventas al aplicar técnicas de cobro de alta presión.

Para alcanzar este objetivo, se deben comprender tres temas fundamentales: (Gitman, 2003, 505)

<sup>13</sup> La Política de Crédito es el conjunto de procedimientos que establece una firma para conceder crédito y para realizar los cobros (Ross, Westerfield y Jordan, 2000, 683).

<sup>14</sup> Ciclo de Conversión de efectivo es la cantidad de tiempo que los recursos de una empresa se mantienen invertidos.

- **Selección y normas de crédito:** se basa en la elección de la persona a quien se le concederá el crédito y los requisitos mínimos que exige la empresa para aprobarlo.
- **Términos y condiciones de crédito:** está relacionado con los plazos del crédito y los tipos de descuentos en efectivo y por pronto pago que dará la empresa para recaudar su cartera.
- **Supervisión de crédito:** es una revisión de las cuentas por cobrar con el propósito de determinar si los clientes están pagando de acuerdo con las condiciones establecidas.

En otras palabras, Gitman aborda la problemática de cartera como un elemento que forma parte esencial de la administración a corto plazo del activo circulante y su interacción con el pasivo circulante.

Para Gallaguer (2001, 497) la política de crédito esta constituida por los términos y estándares de crédito. Los *términos de crédito* tienen que ver con los plazos y tipos de descuentos otorgados por la empresa a sus clientes. Los *estándares de crédito* son ciertos factores ponderados por la empresa como señales de buen crédito, conocidas en la literatura financiera como las “Cinco C de crédito”: credibilidad, capacidad de pago, capital que posee para respaldar la deuda, garantía colateral y condiciones de negocio que asume el prestatario.

La política de crédito de la empresa tiene como objeto mantener un equilibrio entre el riesgo del crédito y la rentabilidad sobre la inversión comprometida en el rubro de cartera (García 1999, 530; Van Horne y Wachowicz, 2002, 254). Según García (1999, 530), la política de crédito, debe ser analizada a partir de dos elementos: cualitativos y cuantitativos.

Los *elementos cualitativos* permiten determinar si se concede o no crédito al cliente, la forma de controlar y vigilar el curso del mismo y los mecanismos de recuperación de cartera. Los *elementos cuantitativos* se basan en la evaluación financiera para definir los plazos de crédito y los descuentos por pronto pago a efectuar por la empresa.

Todos los autores citados coinciden en que la política de crédito es la posición que debe tomar la empresa frente al cliente, en cuanto a si concede el crédito y la forma de cobrarlo.

En lo referente a conceder crédito, la empresa debe tener presente los *elementos cuantitativos*, que demuestren el impacto financiero en la rentabilidad del negocio y en la liquidez, y los *elementos cualitativos* del cliente, por ejemplo las “Cinco C”. (García, 1999, 530; Ross, Westerfield & Jordan, 2000, 697; Gallaguer, 2001, 510).

En cuanto a la forma de cobrar las cuentas, las estrategias son todas las mismas: los descuentos financieros y las estrategias coercitivas (llamadas, envío de cartas, visitas del agente de cartera, cierre de servicios y de ventas y el cobro jurídico). Todas estas formas de recuperación de cartera son alternativas que tienen como fin persuadir al cliente sobre la conveniencia del pago oportuno.

En definitiva, ninguna política de recaudo será la mejor para todas las firmas y para todos los clientes, pues “la mejor política depende de la situación del negocio, la tolerancia frente al abuso por parte de la empresa y la relación que tenga con los clientes”. (Gallaguer, 2001, 511).

### **5.2.1 Análisis crítico del enfoque tradicional de administración de cartera**

Con base en los elementos teóricos presentados, se puede afirmar que la literatura financiera tradicional sobre la administración de recursos financieros en cartera ofrece una variedad de conceptos útiles para gestionar el cobro de cuentas. Pero muchos de los aspectos presentados son sólo procedentes para aquellas empresas que tienen margen de maniobra con respecto al mercado; es decir, aquéllas que pueden manipular sus precios, decidir a quién o no le venden y que pueden utilizar el indicador de valor presente neto para analizar sus créditos.

La realidad de un hospital es un caso *sui generis* porque al tratarse de un derecho de por sí inalienable como la salud, la institución prestadora de salud no puede negarle el servicio

médico a ningún paciente que lo solicite. Por tanto, la cartera es resultado de la gestión posterior que realice el hospital frente al asegurador, sea una EPS, ARS o el mismo Estado. Además, los hospitales no pueden cambiar unilateralmente sus tarifas porque a ellos se les impone legalmente los dos únicos regímenes tarifarios existentes: Manual SOAT y Manual ISS.

Particularmente, los hospitales públicos de cuarto nivel de complejidad, más que estrategias de cartera, necesitan contar con un sistema de gestión que les permita reducir su período de crédito en cartera y así, aumentar su viabilidad financiera a futuro. Como respuesta a esta necesidad, a continuación se expondrán algunos modelos de gestión encontrados en la literatura que pueden contribuir a la constitución del sistema integrado de gestión.

### 5.3 SISTEMAS DE GESTIÓN

En las últimas décadas, el concepto de *sistema de gestión* como elemento de control e información de gestión se ha generalizado en organizaciones con ánimo de lucro (Sveiby, 1986; López y Hernández, 1999; Olve, Roy y Wetter, 2000; Kaplan y Norton, 2000, 2001; Martínez, 2001, 2002; Nils-göran y Magnus, 2000; López, 2003).

Desde ese entonces, se han creado un sinnúmero de modelos de sistemas de gestión, de los cuales se hará una breve reseña de los más importantes en la literatura:

- *El modelo propuesto por MacNair, Lynch y Cross (1990)*, que se configura en una pirámide de tres escalones: un nivel inferior representa las actividades y procesos; otro intermedio donde se ubica el área operativa; y el superior, en donde se encuentra la unidad del negocio.
- *El modelo EP<sup>2</sup>M propuesto por Adams y Roberts (1993)* el cual se basa en el análisis de la evolución de los indicadores propuesto por Olve, Roy y Wetter (2000). Este modelo

se caracteriza por la existencia de retroalimentación informativa en todos los niveles de responsabilidad y estrategia como punto de partida de la dirección.

Este modelo ostenta cuatro propósitos por cumplir en la organización.

- Mejorar la eficacia y eficiencia.
  - Generar valor para los accionistas
  - Dirigir el cambio
  - Ofrecer buen servicio al cliente.
- 
- El modelo expuesto por Sveiby, (2001) conocido con el nombre de Intangible Assets Monitor (IAM). Este modelo enfoca la medición en la estructura tanto externa como interna y en la capacidad de los recursos humanos, teniendo como aspectos relevantes el crecimiento y la renovación de la organización, la eficacia de los procesos internos y la estabilidad del personal
  - Un cuarto modelo encontrado es el de *Maisel*. El autor insiste en la necesidad de analizar la gestión de recursos humanos en su eficacia y eficiencia guiadas por la estrategia y los valores de la organización. (Maisel, 1992).
  - López y Hernández (1999) propone el *modelo SIGER* que significa Sistema Integrado de Gestión de la Estrategia y de Resultados. La importancia de este modelo es que incorpora la definición de la estrategia, su efectiva comunicación a toda la organización y la alineación de los objetivos departamentales con los objetivos estratégicos.
  - Otro modelo es el *European Foundation for Quality Management, EFQM (1995)*<sup>15</sup> que presenta una visión integrada y enfocada en el cliente, la cual se apoya en principios de calidad total. El modelo subraya tres aspectos claves: el liderazgo, los procesos y los resultados. El liderazgo lo aportan los agentes (personas, política, estrategia, alianzas y

---

<sup>15</sup> <http://ciberconta.unizar.es/leccion/CMI/104.HTM/> (1 jun. 2004).

recursos), quienes, a través de diversos procesos, logran resultados en las personas, los clientes y la sociedad. Transversal a todo el modelo se encuentra la innovación y el aprendizaje como elemento de éxito que propicia en los agentes la producción del resultado previsto en la estrategia corporativa.

En la presentación de los modelos, se prevé la existencia de ciertos elementos que, antes de ser excluyentes, resultan ser complementarios y muy importantes para la implementación de un *sistema integrado de gestión*; tal es el caso de la comunicación y el consenso. La comunicación contribuye a que el mensaje estratégico llegue a todos los niveles de la organización sin distorsión alguna; el consenso permite superar la resistencia al cambio en el proceso de mejoramiento y transformación permanente.

Un *sistema integrado de gestión* sirve para comunicar a toda la organización su *Visión* y lograr que los empleados se comprometan a llevarla a cabo por medio de acciones concretas que se pueden monitorear (Kaplan y Norton, 2000; Nils-göran y Magnus, 2000; López, 2003). Con este sistema, se consigue mucho más que comunicar la visión; se logra integrar de manera magistral la estrategia, la evaluación del desempeño, las técnicas de la gerencia financiera, el mercadeo y las metodologías para el mejoramiento de los procesos. (Jaramillo, 2003; Martínez, 2002; Nils-Göran, y Magnus, 2000; Esteban, 2003).

Después de revisar la literatura sobre los modelos de gestión, se propone en esta investigación, el Cuadro de Mando Integral CMI<sup>16</sup>, integrado a una propuesta de mejoramiento continuo llamada la Teoría de Restricciones, TOC, ya que según Kaplan en una entrevista con André de Waal (2003, 4) el CMI se mejora con una buena herramienta de causa efecto para determinar “los blancos hacia los cuales apuntar”, por tanto, se adoptan los procesos de pensamiento de la Teoría de Restricciones, para enriquecer el trabajo de construcción del *sistema integrado de gestión*. De la unión de CMI y TOC se espera generar una sinergia teórica que permita dilucidar la dificultad de las Empresas Sociales del Estado prestadoras de servicios de salud.

---

<sup>16</sup> El Balanced Scorecard (CMI) como un sistema integrado de medición y de gestión fue propuesto por Kaplan y Norton (1992)

## **6. MARCO CONCEPTUAL**

### **6.1 EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)**

El Cuadro de Mando Integral (del inglés Balanced Scorecard, [BSC]) es una herramienta de medición para los altos ejecutivos que desean tener una idea sobre la salud global de sus compañías (Rolph, 1999; Chow, Ganulin, Haddad y Williamson, 1998). Tal como lo afirman Kaplan y Norton (2000, 38) “el cuadro de mando integral proporciona un marco, una estructura y un lenguaje para comunicar la misión y la estrategia”.

Según la anterior definición el CMI, más que un sistema de control, se presenta como una técnica de gestión estratégica que expande los objetivos empresariales. Representa un equilibrio entre objetivos a corto y largo plazo, indicadores financieros y no financieros, medidores provisionales e históricos, y entre perspectivas internas y externas.

En términos concisos, el CMI puede utilizarse para:

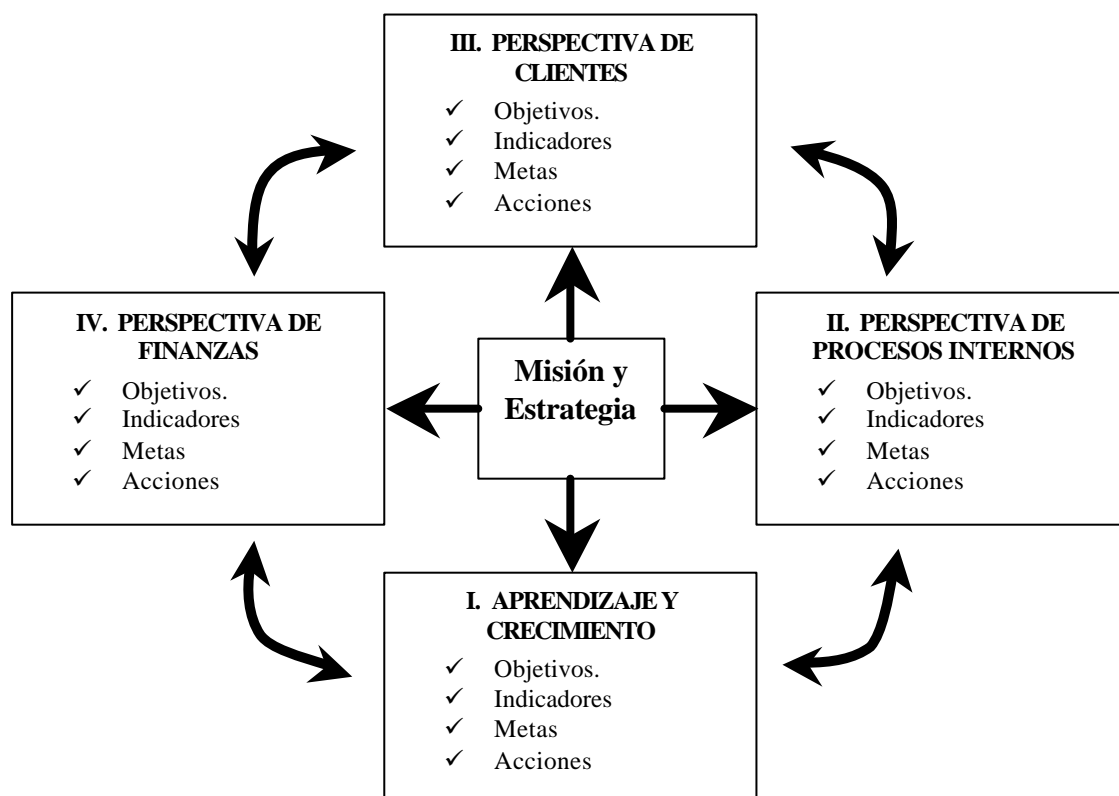
- Clarificar la estrategia y conseguir el consenso sobre ella.
- Comunicar la estrategia a toda la organización.
- Alinear los objetivos personales y departamentales con la estrategia.
- Vincular los objetivos estratégicos con los objetivos a largo plazo y los presupuestos anuales.

En síntesis, la importancia de la implementación del CMI se basa en alinear los intereses de los dueños con los intereses de los clientes y empleados.



El CMI es un sistema de gestión que traduce la estrategia de la empresa en objetivos específicos concentrados en cuatro perspectivas (financiera, cliente, procesos internos y aprendizaje y crecimiento). La figura 1 expone las relaciones entre cada una de ellas y su estrategia.

Figura 1. Cuadro de Mando Integral, CMI



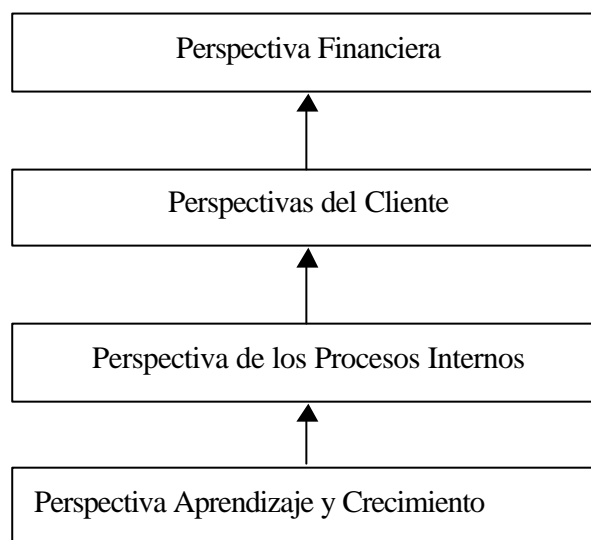
Fuente: Adaptado de Kaplan, R. y Norton, D. (2000). Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard). Barcelona: Editorial Gestión 2000. p. 22

Las cuatro perspectivas del CMI hacen posible el monitoreo de la gestión de cada uno de los cuatro eslabones de la cadena productiva (mercadeo, producción, recursos humanos y finanzas) hacia el cumplimiento de la razón de ser de la organización.

Tal como se muestra en la figura 2, las perspectivas están relacionadas entre sí de forma sistemática y lineal, o sea, el aprendizaje y crecimiento es la primera de ellas, seguida por

la perspectiva de los procesos internos, perspectiva del cliente y perspectiva financiera. El supuesto detrás de esta concepción radica en que personas más formadas y capacitadas tendrán las aptitudes y actitudes necesarias para realizar debidamente sus funciones en los procesos críticos y, a su vez, se mejorará la gestión de los clientes y los resultados financieros.

Figura 2. Encadenamiento de las cuatro perspectivas del CMI



El proceso de construcción del CMI pretende que a través de un proceso sistemático se pueda traducir la misión y la estrategia de una parte o de toda la organización en objetivos e indicadores operativos, todo bajo principios de claridad y consenso, el cual debe partir del involucramiento y compromiso tanto de los directivos como del personal táctico y operativo del área de mejora. Sin un verdadero entendimiento de los cambios fundamentales que se deben dar, el proceso no arrojará los resultados esperados.

## 6.2 LA TEORÍA DE RESTRICCIONES (TOC)

La Teoría de Restricciones, TOC<sup>17</sup> es una metodología administrativa encaminada a mejorar el funcionamiento de los sistemas de gestión de las organizaciones (Fernández, 2000). Esta teoría fue creada por el físico israelí Eliyahu Goldratt (1993, 1995, 1995a, 1997, 1998, 1998a), quién aplicó la lógica de la física al ámbito organizacional y empresarial.

Aunque su desarrollo inicial estuvo íntimamente relacionado con el mejoramiento de procesos de manufactura (APICS, 1996), sus preceptos han sido aplicados a otros tipos de empresas<sup>18</sup>. Al respecto Goldratt (1995a) en su libro *The Goal* dice: “Yo también espero que los lectores vean la validez y valor de estas directivas o reglas en otras organizaciones como bancos, hospitales, compañías de seguros, y nuestra familia”.

La Teoría de Restricciones representa un cambio de paradigma, una manera diferente de pensar sobre los problemas, metas, objetivos y comportamientos (Mabin y Balderstone, 2000; Breunlin, 1995); en lugar de atacar los problemas (síntomas), se concentra en la restricción del sistema, esto es, en la causa fundamental de donde provienen todas sus fallas.

Como su nombre lo indica, la Teoría de Restricciones busca superar la restricción del sistema. El concepto «restricción» es concebido como el factor que impide a las empresas alcanzar su meta<sup>19</sup>. Para empresas con fines de lucro la meta es ganar dinero de forma sostenida. Para empresas sin ánimo de lucro, como un hospital, la meta será generar más salud ahora y en el futuro.

Según TOC, las restricciones en una empresa se clasifican en *restricciones físicas* y *restricciones de políticas*. Las *restricciones físicas* pueden ser, por ejemplo, problemas de

<sup>17</sup> Sigla del Inglés *Theory of Constraints*

<sup>18</sup> Véase (Avraham Goldratt Institute, (AGI) [www.goldratt.com](http://www.goldratt.com)).

<sup>19</sup> Meta significa la razón de ser del sistema. La meta de una empresa es trascender el propósito por el cual se creó esta. Tomado de: Goldratt, E. (1998). El Síndrome del Pajar. Capítulo II.

capacidad de una máquina o de una sala de quirófanos, escasez de materias primas o de capital; las *restricciones políticas*, en cambio, son comportamientos inadecuados provocados por la aplicación de supuestos equivocados, como las dificultades en los procesos de facturación y cobro en el caso de los hospitales.

### **Restricciones físicas**

Para superarlas se sigue un proceso denominado *proceso de focalización* (Goldratt, 1998), que consta de cinco pasos:

1. Identificar la restricción: observar la causa por la cual existen fallas en el sistema.
2. Explotar la restricción: es poner en marcha el recurso restricción la mayor cantidad posible de tiempo. Cualquier minuto que pierda este recurso, será un minuto que pierda todo el sistema.
3. Subordinar la restricción: la restricción determina y condiciona la productividad. Por tal motivo, cualquier producción por encima de la capacidad del recurso restricción, sólo arrojará desperdicios.
4. Elevar la restricción: consiste en liberar parte del trabajo encargado al recurso restricción, o hacer más liviana la carga para el mismo.
5. Regresar al paso 1: con éste se configura un ciclo que da continuidad al proceso de mejoramiento y se propicia un manejo adecuado para la nueva restricción y, de esta manera, se controla la *entropía* del sistema.

### **Restricciones de políticas**

De manera análoga, se desarrolla la propuesta de mejoramiento para restricciones de políticas denominada *proceso de pensamiento*, que consiste en dar respuesta a las tres preguntas siguientes: *¿qué cambiar?*, *¿hacia qué cambiar?*, y *¿cómo inducir al cambio?*, con miras a convertir los efectos indeseables en deseables. (Morales, 1994; Dettmer, 1997; Fernández, 2000).

### ¿Qué cambiar?

Esta fase indica la identificación de la *restricción de la organización*, la raíz del problema o la causa fundamental de todos los efectos indeseables encontrados en el diagnóstico de la situación actual de los procesos críticos.

#### ▪ ¿Hacia qué cambiar?

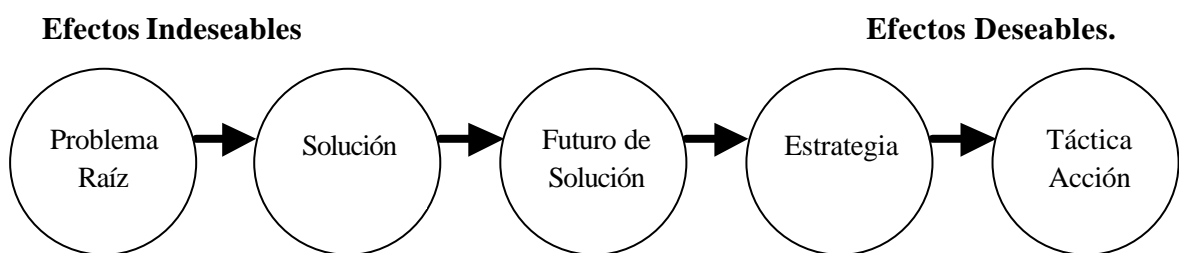
Consiste en plantear la solución definitiva al problema detectado, lo que permitirá superar el obstáculo identificado como *restricción*. Además, TOC va más allá de las metodologías tradicionales de planeación estratégica, ya que se aproxima al futuro de la solución; es decir a los efectos deseables que desencadenará la implementación.

#### ▪ ¿Cómo inducir el Cambio?

Hace alusión a la operatividad del cambio, dicho en otras palabras, es llevar a la práctica la estrategia, a través de las acciones estratégicas.

El proceso de convertir efectos indeseables en deseables, esto es, el proceso de mejoramiento basado en los lineamientos de TOC se ilustra en la figura 3.

Figura 3. Proceso de Mejoramiento Continuo basado en los lineamientos de TOC.



**Fuente:** Modelo adaptado de Fernández, A. (2000). Seminario de Habilidades Gerenciales. Bogotá: Instituto Piénsalo.

El proceso de mejoramiento parte de la identificación del problema raíz o fundamental, aquel factor denominado restricción, luego, se plantea la solución y el futuro esperado para la organización y, finalmente, se definen los objetivos estratégicos y las acciones que darán cumplimiento a los propósitos institucionales.

En el capítulo siguiente se describen las aplicaciones del Cuadro de Mando Integral, CMI, y de la Teoría de Restricciones, TOC, en el sector público y específicamente en el sector de la salud.

## 7. ESTADO DEL ARTE

### 7.1 APLICACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN EL SECTOR PÚBLICO

El *Cuadro de Mando Integral* ha sido estudiado y aplicado con éxito en el sector público (Espitia, 1984; Barrera, 1999; Abad, 1997; Cortes, 1997; Kaplan y Norton, 2001; Abbott, 1999; Puentes, 1993; Gómez, 2004; Escobar y Jiménez, 2002). Según Martínez (2002a), la mitad de los seminarios sobre CMI que se han realizado en los Estados Unidos y Canadá han consistido en organizaciones del sector público. El CMI es aplicado en este tipo de organizaciones por dos razones: el enfoque en perspectivas no financieras y el reciente énfasis en este sector para medir el desempeño. (Kaplan y Norton, 2000; Nils-göran y Magnus, 2000).

La utilidad de este *sistema integrado de gestión* trasciende a la dirección de todo tipo de empresas en el corto y largo plazo. La combinación de indicadores financieros y no financieros se constituye en el núcleo del sistema de gestión estratégica y permite hacer cumplir las políticas estratégicas. (Martínez, 2002; Dávila, 2003).

Martínez (2002a) afirma que el enfoque de las perspectivas no financieras es esencial para el sector público, ya que el propósito de éste - como es el caso de los hospitales públicos - no es obtener ganancias, sino suministrar servicios o productos en los que generalmente las empresas privadas no están interesadas o son incapaces de suministrar. Por lo tanto, el éxito de estas organizaciones debería medirse por cuán eficaz y eficientemente satisfacen las necesidades de sus usuarios.

Kaplan y Norton (2000) recomiendan a las organizaciones gubernamentales usar un sistema integrado de gestión porque centra la organización en indicadores de impacto; es equilibrado; pone más énfasis en la prevención del problema que en su tratamiento; está orientado hacia el cliente.

La propuesta del sistema de gestión además de apoyar el proceso de planificación e implementación de la estrategia, contribuye a mejorar los procesos de gestión, permitiendo no perder de vista el enfoque financiero. (Martínez y Fernández, 2002; Inamdar y Kaplan, 2002).

## **7.2 APLICACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN EL SECTOR SALUD**

El Cuadro de Mando Integral también ha sido estudiado y aplicado satisfactoriamente en el sector salud. (Chow, Ganulin, Haddad, y Williamson, 1998; Forgione, 1997; Inamdar y Kaplan, 2002; Mandeep y Bilkhu-Thompson, 2003; Meliones, Ballard, Liekweg y Burton, 2001; Minter, 2004; Oliveira, 2001; Pineno, 2002; Pink, McKillop, Schraa, Preyra, Montgomery y Baker, 2001; Zelman, Pink, y Matthias, 2003; Martínez y Fernández, 2002; Ocampo y Arteaga, 2003).

Para Zelman, Pink, y Matthias (2003) e Inamdar y Kaplan (2002) el CMI es una de las más importantes innovaciones en gestión del siglo 20, sus aplicaciones van más allá de la gestión estratégica y es usado por un amplio margen de organizaciones del sector salud.

Según Chow, Ganulin, Haddad, y Williamson (1998) el CMI es una poderosa herramienta que puede ser usada por organizaciones de salud para hacer frente a desafíos tales como cambios demográficos, incrementos en la expectativa de los clientes y de la competencia y presiones gubernamentales.



En el artículo *Use of the balanced scorecard in health care*<sup>20</sup> se presentan experiencias exitosas de la aplicación del CMI en organizaciones de servicios de salud. Se identifican 25 casos de aplicación en hospitales de Estados Unidos y Canadá, 27 departamentos universitarios, 28 departamentos de cuidado a largo plazo, 29 centros psiquiátricos, 30 compañías farmacéuticas, 31 organizaciones nacionales de salud, entre otros centros de salud en Canadá y Estados Unidos. (Zelman, Pink, y Matthias, 2003).

El CMI fue utilizado por la oficina de Administración de Salud y Seguridad Ocupacional americana (OSHA), en la prevención de enfermedades y accidentes en el sitio de trabajo (Minter, 2004) e implementado por el servicio de urgencias del Sistema Integrado de Atención de los Estados Unidos, IDS, (Mandeep y Bilkhu-Thompson, 2003). El servicio de urgencias logró desarrollar una lista de control para ser usada en procesos de certificación en salud mediante la comparación de la definición de procesos - que fue utilizada por la línea de servicio de urgencias - con la definición de procesos recomendada por los autores originales de CMI, Robert Kaplan y David Norton.

El Instituto Europeo para el Avance de los Estudios en Gestión en Salud llegó a un consenso sobre la necesidad de que los proveedores de salud reporten un CMI sobre la calidad y el desempeño financiero, ya que, hacia adelante, el mejor proveedor sería establecido para quien reporte medidores de calidad, que hagan posible distinguirse de sus competidores y, provean información financiera para ayudar a inversionistas externos a tomar decisiones. (Forgione, 1997).

Pineno (2002), por su parte, describe la contribución del modelo de CMI con el proceso de toma de decisiones a partir de medidores financieros y no financieros. Esta aproximación incluye un análisis de costos y de contribución a la utilidad que conlleve a valorar las necesidades de los pacientes de contar con diferentes niveles de atención en salud y a diseñar en el futuro un nuevo servicio de salud para suplir esta necesidad.

---

<sup>20</sup> Uso del Cuadro de Mando Integral en el sector salud.

En el caso colombiano, el hospital infantil Los Ángeles, una IPS privada sin ánimo de lucro del departamento de Nariño, se ha convertido en ejemplo de gestión integral por su efectividad administrativa (Ocampo y Arteaga, 2003). Su historia se remonta hacia los primeros años de la década del noventa cuando estaba a pocos pasos de un cierre definitivo; pero fue gracias a la adopción del CMI, integrado a una estrategia de mejora continua de los procesos críticos de facturación y cobro, como se promovió un positivo cambio institucional en la disminución del valor de *glosas*<sup>21</sup>, la descentralización de los procesos de facturación, la mejora en los índices de oportunidad en los servicios ambulatorios y el crecimiento técnico y humano de los trabajadores.

### **7.3 APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE RESTRICCIONES EN ORGANIZACIONES DE SALUD**

A través de los años que lleva el desarrollo de la *Teoría de Restricciones* (Theory of Constraints, TOC), se ha documentado como numerosas organizaciones de la salud han aplicado esta teoría para la solución de sus problemas particulares alcanzando excelentes resultados.

Un caso documentado es la implementación de TOC para reducir las listas de espera en el National Health Service (NHS)<sup>22</sup>, (Servicio Nacional de Salud de Estados Unidos). Alrededor del año 1998, esta teoría resultó ser una solución al elevado número de pacientes en espera, encontrándose que el proceso de cirugía era la causa de todos los problemas y que cualquier esfuerzo por mejorar otro proceso conduciría a hacer más grandes las listas de espera. A partir de allí, el gobierno americano, así como los representantes del NHS, se empeñaron en transmitir la adopción de TOC para solucionar los problemas particulares de los hospitales del país.

---

<sup>21</sup> La palabra “Glosa” se refiere a la devolución de cuentas de cobro por parte de una EPS – ARS.

<sup>22</sup> Reid, S. (2004). Focusing on ophthalmology waiting lists. National Health Service Review. <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/ImpAct/imp06/i6-2.html/> (1 jun. 2004)

Diversos argumentos fundamentaron la propuesta: en primera instancia - y ante posibles tendencias hacia otro tipo de teorías como la Calidad Total y la Reingeniería – se enfatizó en la alta compatibilidad que tiene TOC con otras eficaces prácticas gerenciales.

Existe además información sobre la aplicación de TOC para mejorar la eficiencia en los procesos de administración del servicio de salud militar en Estados Unidos (Roadman, Bengé, James, McGinnis, Yurkosky, Adams, Cockerham, Glenn y Flowers, 1995). Estos autores detallan el uso de los *procesos de pensamiento* para dirigir el funcionamiento de los problemas que fueron evidenciados. Los diversos efectos indeseables identificados son presentados efectivamente por las divisiones del servicio médico, así como un análisis de cada división que implementó la metodología.

Otra aplicación se efectuó en Radcliffe, Oxford - Reino Unido - donde se cancelaban alrededor de 64 cirugías neuroquirúrgicas trimestralmente; debido a esta propuesta de mejoramiento continuo con base en restricciones se logró aumentar en un 16% el rendimiento del proceso en la unidad de cirugía.

Del mismo modo, en una prueba de aplicación para integrar TOC y Costos ABC en una compañía de servicios de salud, Gupta y Baxendale (1997) presentan una aplicación multimetodológica en la intervención administrativa del servicio de salud y en organizaciones de salud mental y abuso de sustancias (Roybal, Baxendale y Gupta, 1999). Los autores concluyen en que la combinación de los enfoques TOC y ABC es fructífera para crear un mapa estratégico que redunde en crecimiento de la organización.

Por otra parte, existen casos de estudio como el del Hospital Civil de Guadalajara en México<sup>23</sup>, donde se desarrolló en el año 1999 un taller que concilió los preceptos del mejoramiento continuo bajo TOC con la *Planeación Estratégica*. El propósito fundamental del proceso llevado a cabo fue tener una visión clara sobre el rumbo de las acciones del hospital, lo que expresaba objetivos puntuales que se enfocaban hacia el manejo de una visión compartida, en la que se vinculara la satisfacción de la demanda, la realización de un

---

<sup>23</sup> <http://www.hcg.udg.mx/Home.htm>

diagnóstico organizacional para determinar su propia capacidad de respuesta, y la fijación de metas estratégicas y programas de trabajo.

Por su parte, Motwani, Kein y Harowitz (1996) ofrecen un modelo que permite ver las organizaciones de servicios de salud como un sistema basado en procesos. Los autores examinan la contribución de TOC y, específicamente, la implementación de la técnica de control DBR<sup>24</sup> para la Cruz Roja Americana en el estado de la Florida.

En esa misma línea, Garner, Bailey y Wellington (1992) realizan una aproximación al estudio de restricciones en el proceso de atención en salud. Estos autores documentan la utilización de la metodología de mejoramiento continuo para reducir la congestión en una clínica de fracturas, problema que dependía de la llegada de los pacientes.

Jaklevic (2000); Womack y Flowers (1999); Martínez (2002a, 2); Herzlinger, (1994) Martínez (2001) sostienen que, históricamente los hospitales se han centrado en controlar los costos, pero que, en la actualidad, esa condición debe ir a la par con un flujo eficiente de los ingresos.

Por su parte Herzlinger (1998) hace referencia a la moderna demanda de consumo que ha transformado virtualmente el sector salud. En este sentido, expresa que, hasta ahora el servicio de salud ha permanecido notablemente inmune a dichas fuerzas de mercado, no obstante se debe proveer de una visión de futuro para integrar los servicios de salud y las organizaciones efectivas en costos y viables financieramente. Por tal motivo, para aumentar los ingresos, se deben registrar más usuarios o incrementar los precios. Para lograrlo, se debe mejorar el servicio a través de la inclusión de perspectivas de mejoramiento de procesos e información válida, comprensiva y oportuna. (Zelman, Pink, y Mattias, 2003).

En cuanto a la información, Bell (2000) afirma “la complejidad de la facturación de un hospital es un error que debe ser corregido”. Reece (2000), Gallego (2003) y Kershaw

---

<sup>24</sup> “Drum-Buffer-Rope” traduce tambor, amortiguador, cuerda

(2003) concuerdan en que si se tiene disponible y fácilmente accesible una buena, sólida y transparente información, los pacientes serán bien atendidos, se manejarán unas citas adecuadas, se reducirá el tiempo de espera, se podrá mejorar el cobro y los pagos a las diferentes entidades; a fin de cuentas, el servicio de salud puede llegar a ser un mercado muy eficiente.

Tanto Jaklevic (2000) como Bell (2000) han puesto de manifiesto que el desarrollo y la implementación de un sistema de facturación amigable para el cliente deben ser las metas para las asociaciones vinculadas al sector salud. Casos como la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Americana de Administración Financiera de Salud son representativos de esta tendencia. En el caso colombiano, este propósito es compartido por instituciones gremiales y gubernamentales como la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) y el Centro de Gestión Hospitalaria. (Giraldo, 2003a; Núñez, 2003).

En síntesis, la administración del hospital moderno necesita de un *sistema integrado de gestión* que promueva la excelencia en los resultados, gestione de forma sistemática las actividades y procesos médico - administrativos y, en suma, disponga de un sistema de información que fortalezca los patrones de decisión en los niveles meso y micro institucional de los servicios de salud. (Ochoa, Pérez y Sánchez, 2002; Aljure, 2003; Tovey, 2002).

## 8. DISEÑO METODOLÓGICO DE CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

En este capítulo se especifica paso a paso cómo se construye un Cuadro de Mando Integral y el *proceso de pensamiento* de la Teoría de Restricciones, para con estos elementos, constituir una propuesta de mejoramiento continuo mediante la integración de las dos metodologías.

### 8.1 CONSTRUCCIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL

Para conseguir los resultados de eficacia y eficiencia esperados, el equipo constructor del CMI debe seguir los siguientes pasos. (Kaplan y Norton, 2000).

1. **Obtener consenso y el apoyo de la alta dirección.** Aunque este primer paso parece sencillo, implica que el equipo de la alta dirección identifique y esté de acuerdo con los propósitos del proyecto.
2. **Seleccionar al arquitecto o líder del proyecto.** Suele ser un miembro de la alta dirección quien puede contar con un asesor externo para ayudarle en la construcción del *cuadro de mando*.
3. Se escoge la unidad de la organización: después de clarificar los objetivos con la alta dirección, el arquitecto debe definir la unidad, área o proceso crítico para el cual es adecuado la implementación de un *cuadro de mando*.

4. Se identifican las relaciones o vinculaciones entre la unidad seleccionada y la organización: se trata de averiguar cuáles son los objetivos financieros (crecimiento, rentabilidad, flujo de caja), los temas sobre el sector y el entorno (relaciones con la comunidad, competitividad, etc.) y vínculos con las demás áreas o unidades estratégicas (relaciones internas proveedor – cliente, competencias centrales, clientes comunes, etc.).
5. Se hace una documentación sobre la misión, visión, y estrategia de la organización y de la unidad estratégica (si las hay).
6. Se efectúa una entrevista a cada uno de los directivos de la unidad estratégica o del área de mejora con el propósito de construir los objetivos estratégicos y los posibles indicadores para el cuadro de mando en sus cuatro perspectivas: financiera, de clientes, de procesos internos y de aprendizaje y crecimiento.
7. Posteriormente, se socializan los resultados del paso anterior para obtener el consenso de los directivos sobre los objetivos y medidores recolectados en el proceso de entrevista individual y, luego, votar los tres o cuatros mejores objetivos para cada perspectiva.
8. Se hace una selección y un diseño de indicadores con aquellos recogidos en el proceso de entrevista individual. A partir de éstos, los directivos en sesión colectiva, trabajan en la refinación de los objetivos y en la identificación de los medidores que comuniquen la intención de cada objetivo. Mas adelante, se identifican las fuentes de información necesarias para obtener el indicador y ejecutan las acciones que haya que realizar para acceder a tal información.
9. Se señalan los vínculos capitales entre los indicadores de cada perspectiva con las demás.

10. Se reúne al equipo directivo, administrativo y de empleados de nivel técnico para debatir la misión, visión, estrategia, objetivos e indicadores que han sido diseñados para el cuadro de mando. Se vincula al personal en su totalidad con el fin de comenzar el proceso de implementación, empezando por la exposición de las intenciones y contenido del cuadro de mando a todos los empleados para alentarlos a formular las metas y las posibles acciones para alcanzar los objetivos.
  
11. Se desarrolla el plan de implementación, que incluye la formalización de las metas y la explicación de cómo los indicadores van a subsumirse en las bases de datos y los sistemas de información de la organización. Las acciones preliminares para conseguir las metas son identificadas por el equipo directivo, cuyos integrantes en última instancia, son los encargados de socializar y comunicar el cuadro de mando a los empleados e integrarlo a la gestión por medio de un plan detallado en el tiempo.

## **8.2 PROCESO DE PENSAMIENTO DE LA TEORIA DE RESTRICCIONES**

La metodología se divide en secciones y estas a su vez en pasos sistémicos y cronológicos que obedecen a los conceptos manejados por Goldratt (1998a).

### **8.2.1 ¿Qué cambiar? Diagnóstico de la situación actual**

#### **Sección Uno: Definiendo el área de trabajo**

1. Describir el área de trabajo que se va a analizar.
2. Examinar lo escrito anteriormente y resumir en una frase que describa de forma concisa las fronteras de toda el área de análisis.
3. Realizar una lista de efectos indeseables, EIDES, quejas o razones que existen en el área de trabajo y que realmente molestan.



El proceso comienza con la definición de las quejas o efectos indeseables, (EIDES), que tiene el personal sobre su área de trabajo. Metodológicamente se han establecido 10 EIDES como la cifra óptima para comenzar este proceso, pero eso no descarta la existencia de más quejas que se puedan agregar a la lista.

Una vez identificados, se seleccionan los 3 EIDES que, de acuerdo con la *teoría* deben ser los más importantes dentro del estudio y respondan a una política, un medidor y un comportamiento.

### **Sección Dos:** Definición del conflicto.

1. De la lista de EIDES, escoger los tres que se consideren más relevantes.
2. Escribir un corto relato de cada uno de los tres EIDES.
3. Comunicar los EIDES entre sí a través de relaciones causa – efecto – causa<sup>25</sup>.
4. Resumir los problemas en una sentencia que los contenga.

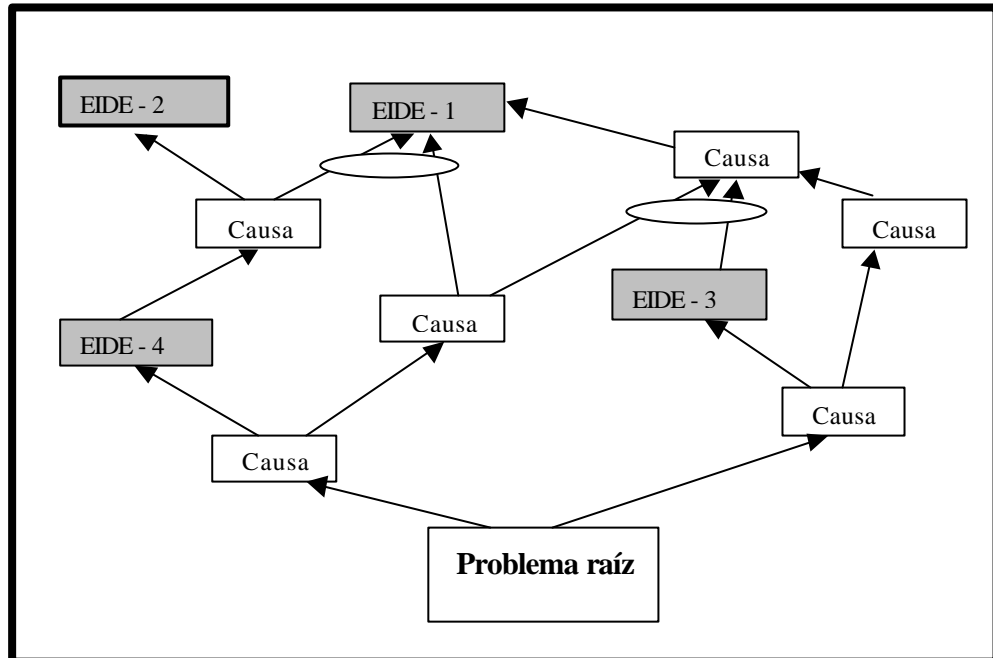
### **Sección Tres:** Construcción del *árbol de la realidad actual*.

El *árbol de realidad actual* constituye el medio lógico de comunicación y articulación de todos los efectos indeseables, el cual representa el estado actual del área de trabajo representada gráficamente en relaciones efecto-causa-efecto (Ver figura 4.).

---

<sup>25</sup> Este paso sustituye *el proceso de las tres nubes*. La *nube* es una herramienta que sirve para comunicar el conflicto que existe detrás del efecto indeseable. Se utiliza para definir y entender con claridad el problema.

Figura 4. Construcción de un *árbol de realidad actual*



**Procedimiento para la construcción del *árbol de realidad actual*:**

1. Relacionar cada uno de los EIDES identificando causas y efectos.
2. Identificar la causa raíz o problema fundamental.
3. Verbalizar el problema en función de un conflicto.
4. Establecer los supuestos detrás del conflicto.
5. Quitar del Árbol cualquier enunciado que no se necesite para conectar los efectos.
6. Presentar el Árbol a un par evaluador a la organización o empresa.
7. Encontrar la solución al problema o conflicto descrito en el Árbol.

### 8.2.2 ¿Hacia qué cambiar? Solución al problema raíz

Si el diagnóstico del área de trabajo se comunica con el *árbol de realidad actual*, la solución al problema detectado se comunica por medio del *árbol de realidad futura* (ARF)<sup>26</sup>.

La construcción del ARF es bastante simple, solo basta con redefinir los EIDES pero de forma positiva; o sea, que los efectos indeseables se conviertan en deseables.

#### **Sección Cuatro:** Solución al problema raíz.

1. Definir un enunciado de solución al problema raíz y a las situaciones del árbol que no tengan una causa aparente.
2. Contemplar las posibles contingencias que se puedan presentar, lo cual se conoce como “ramas negativas” o todo aquello que podría suceder en contra del alcance de la solución.
3. Dibujar un nuevo árbol con los efectos deseables esperados. Este árbol se conoce como el *árbol de realidad futura*.

### 8.2.3 ¿Cómo inducir al cambio? La implementación del cambio

En esta fase de trabajo se desglosa la estrategia anterior en actividades y éstas a su vez en tareas sobre una base específica de tiempo y recursos. **Es importante resaltar que, aquí, en esta fase, se integra el Cuadro de Mando Integral a la Teoría de Restricciones**, tal como se describirá más adelante en el numeral 8.3.

#### **Sección Cinco:** Implementación del cambio

1. Identificar los obstáculos que impiden implementar la solución.

---

<sup>26</sup> “El *árbol de realidad futura* es una herramienta para que la organización como un todo, sepa a dónde va a llegar si implementa el plan de aplicación de la solución. Es igualmente útil para superar las ramas negativas que la solución produce.” Dr. Rafael Conde. Director Instituto Goldratt en Venezuela.

2. Redactar los objetivos que superan los obstáculos.
3. Priorizar los objetivos en orden de cumplimiento.
4. Construir el árbol de prerequisites<sup>27</sup>
5. Determinar las acciones de cumplimiento para cada objetivo.
6. Realizar una matriz con los objetivos, las acciones, el tiempo, los recursos y los responsables comprometidos en el proceso de mejoramiento, que hagan posible llegar a concluirlo. De todas maneras, el proceso continuará a futuro para evitar la inercia de las mejoras en el tiempo.

El estudio de estas dos metodologías conduce a encontrar similitudes que hacen entrever que tanto TOC como CMI se pueden complementar y articular entre sí bajo una propuesta de mejoramiento continuo.

### **8.3 ARTICULACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL CON LA TEORÍA DE RESTRICCIONES**

El Cuadro de Mando Integral se origina en la declaratoria de la *Misión* y de la *Visión* de la Organización, para hallar posteriormente los objetivos que permiten alcanzar la estrategia, los indicadores y metas que indicarán el avance en los logros y, por último, las acciones específicas para cumplir cada propósito.

Por su parte la Teoría de Restricciones se fundamenta en la definición de la restricción o “cuello de botella” de la organización, definida como aquel factor que impide al sistema alcanzar su meta (*Visión*). Para alcanzar la visión y cumplir la misión institucional, se involucra a los interesados alrededor de la *restricción*, se define el futuro de la solución planteada con las respectivas consecuencias negativas, con el fin de ser proactivos en la

<sup>27</sup> El árbol de prerequisites es una herramienta usada para identificar obstáculos a la implementación de las soluciones al problema raíz J. Mabin y Balderstone (2000). The world of The Theory of Constraints. A review of the international literature”. New York: St. Lucie Press. p.117.

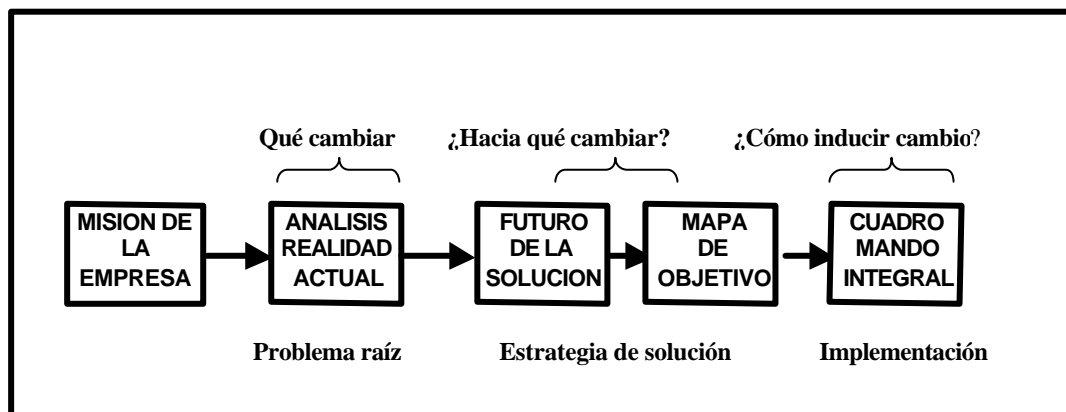
formulación de la estrategia y finalmente, se definen los objetivos que guiarán las acciones estratégicas, tácticas y operativas de la empresa.

Mientras en el CMI el punto de partida es la declaratoria de la Misión y Visión del área de mejora, en TOC, el proceso de mejora inicia con la identificación del factor restricción.

*Los objetivos estratégicos son el punto de encuentro de las dos metodologías.* Al pasar del planteamiento de la estrategia al plan de acción, el *cuadro de mando* contribuye con el proceso de comunicación de la estrategia en todos los niveles de la organización y formula los indicadores de evaluación de desempeño necesario para una buena implementación del cambio. El proceso de pensamiento de la Teoría de Restricciones guía la consecución del *sistema integrado de gestión* de una forma ordenada y sistemática.

Como se propone en la figura 5, ambas metodologías se pueden integrar en una sola propuesta de mejoramiento.

Figura 5. Integración de la Teoría de Restricciones y el Cuadro de Mando Integral



Fuente: El autor

Como metodologías de mejoramiento la TOC y el CMI parten de un origen distinto y confluyen a un mismo fin: la proyección de la organización hacia mejores formas de administración y superación de obstáculos.

Como puede apreciarse en la figura 5, la misión y visión son el punto de partida de la construcción del *sistema integrado de gestión*, donde se hace explícita la razón y el objetivo ambicioso o “sueño” para la organización. Con estos elementos básicos se identifica la *restricción*, se realiza un análisis de la realidad actual por medio de relaciones “causa – efecto – causa”, y la comunica el conflicto crónico del área de mejora.

La solución a la problemática se focaliza en la *restricción* y en aquella falencia que no tiene una causa aparente. La definición de la solución debe ser lo más amplia posible, pues ésta es la base para el planteamiento estratégico. El *¿hacia qué cambiar?* cobra relevancia en este punto, ya que, al igual que en el paso anterior, la solución se relaciona con los “efectos deseables” que produce.

Es en esta fase donde confluyen las dos metodologías, TOC y CMI: la comunicación del futuro de la solución se realiza a través del *árbol de realidad futura* y los objetivos estratégicos, en lugar de ser ordenados de acuerdo a su prioridad, se ubican en las diferentes perspectivas del CMI (financiera, usuarios, procesos internos y aprendizaje y crecimiento) en orden ascendente, configurándose el gráfico conocido como el *mapa estratégico* (Ver figura 6), que pretende básicamente comunicar la lógica “causa – efecto” de los objetivos estratégicos que dan cumplimiento a la estrategia.

Figura 6. Mapa Estratégico



Fuente: El autor

El CMI se articula al diseño del *sistema integrado de gestión* en cuanto los objetivos estratégicos, clasificados en perspectivas, son discriminados en *iniciativas estratégicas*, *metas* e *indicadores de desempeño*, resumiéndose así, dentro de un cuadro de implementación, la interrelación entre las cuatro perspectivas y la visión corporativa.

## **9. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN CARTERA**

En este capítulo se da respuesta a las tres preguntas orientadoras de la investigación: *¿qué cambiar?*, *¿hacia qué cambiar?*, y *¿cómo inducir el cambio?*, las cuales constituyen la propuesta de sistema integrado de gestión de recursos financieros en cartera para las Empresas Sociales del Estado prestadoras de servicios de salud.

### **9.1 ¿QUÉ CAMBIAR? DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

Se presentan, de forma sintética pero completa, el diagnóstico general de los procesos de facturación y cartera del hospital de Caldas y el hospital Santa Sofía. Se agrupan y resumen los problemas en un listado de efectos indeseables que serán comunicados mediante relaciones “causa – efecto” en un *árbol de realidad actual* y se concluye con un enunciado que sintetiza el *¿qué cambiar?* de ambas instituciones.

#### **9.1.1 Diagnóstico de los procesos de facturación y cartera.**

El siguiente diagnóstico es una síntesis de los resultados de las entrevistas individuales y grupales realizadas a los empleados administrativos del hospital departamental Santa Sofía de Caldas. (Ver anexo A) y del hospital de Caldas (Ver anexo D) durante el período febrero a diciembre de 2003.

- En las áreas de cartera y facturación, especialmente en esta última, se nota un excesivo volumen de trabajo, resultado de permanentes reprocesos y corrección de facturas, debido por una parte a que a no se cuenta a tiempo con los soportes necesarios para facturar y por otra parte, porque muchos procedimientos nuevos no se comunican a los facturadores. Se evidencia la ausencia de un proceso de capacitación a este personal.



También, cada día se inicia con el trabajo acumulado en la noche anterior, debido a que en la noche no hay personal para facturar, represándose por consiguiente, todo el trabajo para el día siguiente.

- Otro factor que aumenta el volumen de facturación es el nivel de correcciones internas y externas a que se ven sometidas las facturas; primero: por errores repetitivos en cuanto a su diligenciamiento al no existir un manual de funciones para los involucrados en todo el sistema de facturación y cartera y segundo: porque mientras el auditor médico cuenta con la información completa para revisar una factura, el facturador debe facturar con información incompleta.
  
- Aunado a las anteriores situaciones, existen unas condiciones de trabajo desfavorables para el personal de facturación y cartera traducidas en la desigualdad en el trato y la remuneración respectiva ya que, según los propios encuestados, su remuneración salarial se encuentra por debajo de personal operativo del mismo nivel. Como reflejo de lo anterior, las condiciones desfavorables también se perciben en lo que respecta al espacio físico de trabajo, las cuales serán expuestas más adelante en los resultados del proceso de etnografía (Ver anexo C).
  
- No solamente las condiciones físicas y salariales desmotivan a los facturadores, sino también los débiles vínculos de cooperación y comunicación entre empleados del servicio médico hacia el área de facturación y viceversa, debido en parte al desconocimiento de la importancia que tiene para el funcionamiento financiero de cualquier institución, en este caso hospitalaria, un eficaz y eficiente proceso de facturación y cartera.
  
- Lo anterior conlleva a la ineficiencia en la entrega de facturas e informes de la oficina de facturación central al área financiera, principalmente al área de cartera, encargada de realizar los cobros a las entidades a quienes se les presta servicios de salud. Además, como hay una desintegración entre los módulos informáticos de facturación, cartera y contabilidad y una desarticulación de funciones entre facturación y cartera, no se cuenta

con un proceso ágil de corrección de facturas, ocasionando una demora en la respuesta a las cuentas devueltas al hospital por parte de los clientes (EPS y ARS), que conduce finalmente a que el esfuerzo de cobro efectivo de cuentas sea ineficaz.

Como puede apreciarse, el problema financiero de los hospitales estudiados se revela principalmente en los mayores tiempos del período promedio de cobro, debido a errores en la facturación y a la demora en la entrega de soportes de los servicios médicos, como fruto de la falta de *sincronización* de las operaciones del proceso enraizada en la ausencia de funciones y responsabilidades claramente definidas para los funcionarios médico – administrativos hacia la facturación.

#### **9.1.2 Resumen de efectos indeseables, EIDES.**

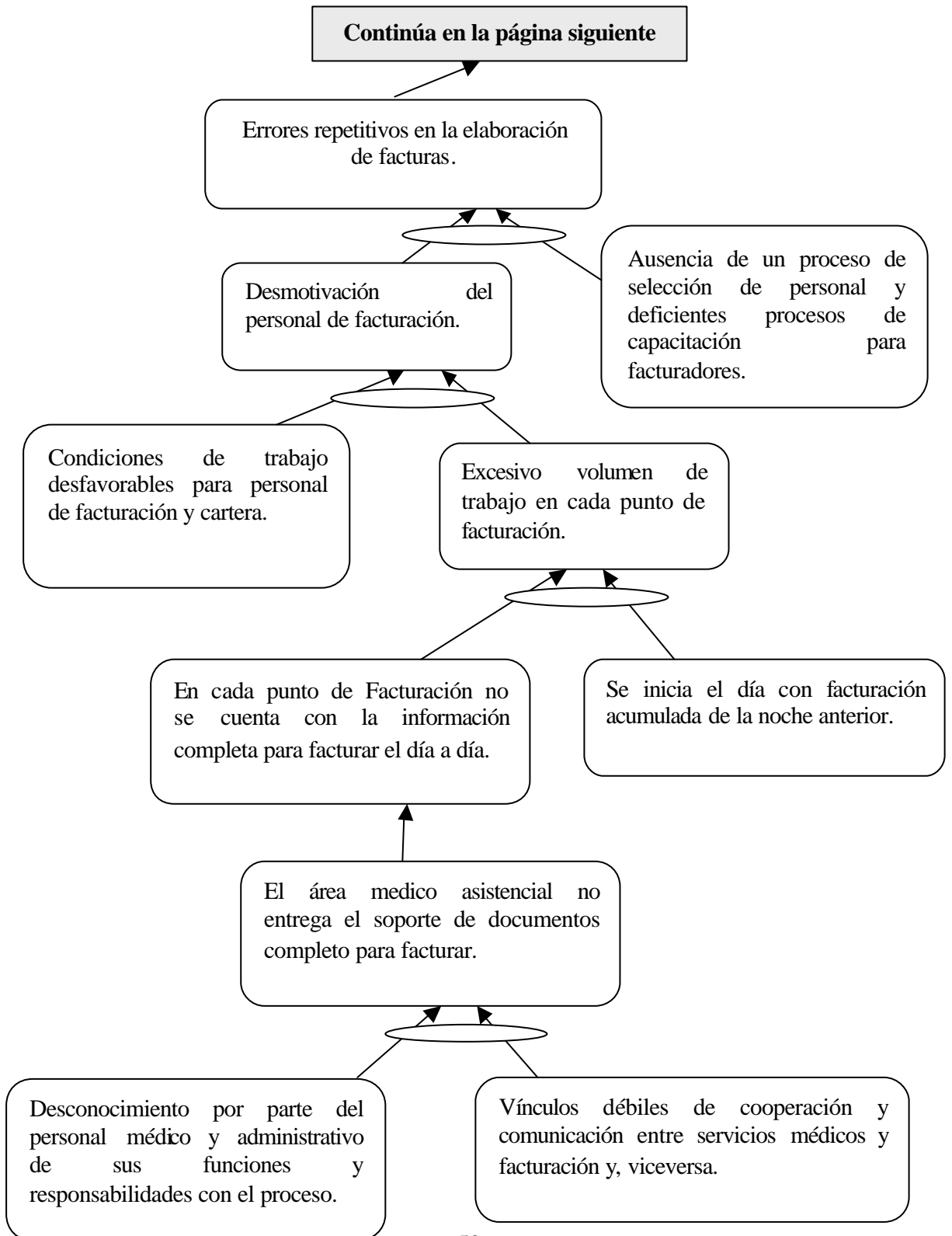
- Excesivo volumen de trabajo.
- Errores repetitivos en la elaboración de facturas.
- Condiciones de trabajo desfavorables para el personal de facturación y cartera.
- Desarticulación de funciones entre facturación y cartera.
- Vínculos débiles de cooperación y comunicación de los servicios médicos hacia el área de facturación y viceversa.
- *Reprocesos* permanentes y corrección de facturas.
- Inoportunidad en la entrega de facturas e informes de cuentas.
- Inoportunidad en la respuesta de glosas.
- Desconocimiento de la importancia vital para las finanzas y funcionamiento del hospital de los procesos de facturación y cartera.
- Ausencia de un proceso técnico de selección de personal para efectos de facturación
- Problemas de gestiones pasadas.
- Se inicia el día con facturación de la noche anterior.
- Se delega a los auditores médicos la responsabilidad de revisar facturas.
- Esfuerzo insuficiente en el cobro de cuentas por parte del hospital a los clientes.
- Desintegración entre los módulos informáticos de facturación, cartera y contabilidad.

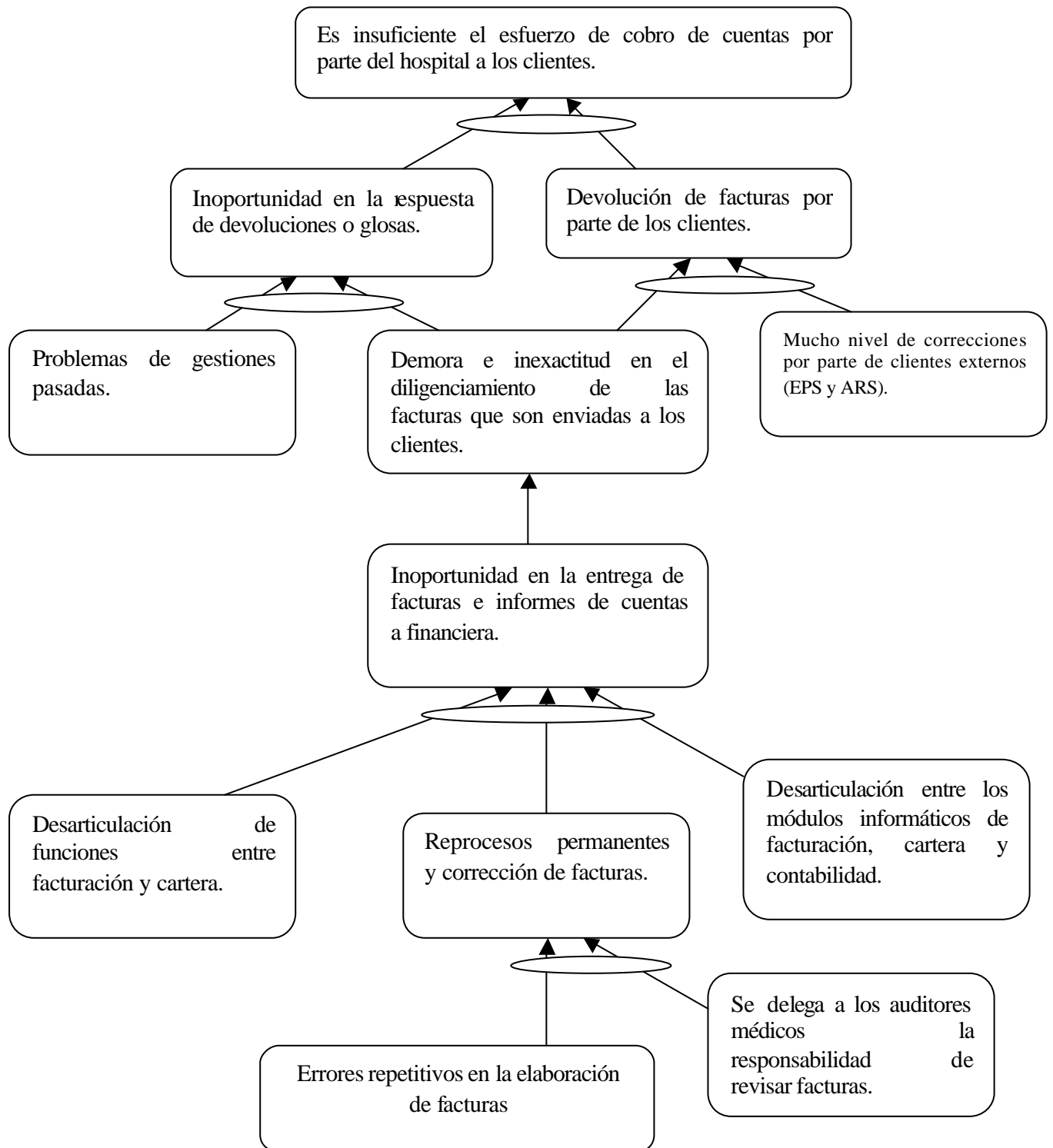
Después de este en lo referente a los procesos de facturación y cartera, se evidencia que entre los problemas (EIDES) encontrados existe una relación de causalidad, por medio de la cual se identifica el problema raíz a que obedece la inoportunidad y la ineficacia del proceso de facturación. Tales razones motivan a la elaboración de un árbol de relaciones “causa – efecto”, cuyo propósito es entender la dimensión de la realidad actual de la entidad.

### **9.1.3 Árbol de comunicación de la realidad actual**

En la figura 7, a continuación, se ilustra el *árbol de realidad actual* de los hospitales estudiados, por medio del cual, se comunican los EIDES de los procesos de facturación y cartera. Para entender la lógica que comunica el árbol, éste debe ser lee de abajo hacia arriba.

Figura 7. *Árbol de realidad actual*

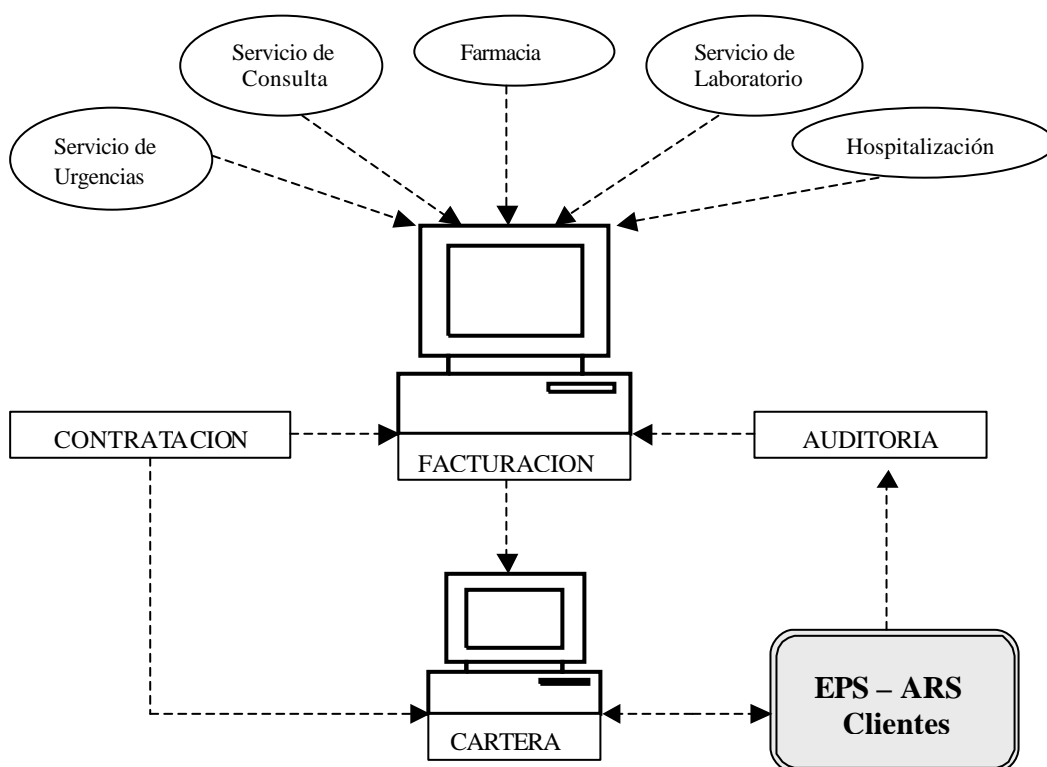




En consecuencia, se podría concluir que el retraso en la entrega de facturas a los clientes y los errores en el diligenciamiento de las cuentas son los dos grandes problemas que conducen al efecto indeseable de cartera. Estas causas responden a la **“ausencia de sincronía”** de los servicios médicos y administrativos hacia los procesos de facturación y cartera.

Para tener una visión global de este problema, en la figura 7 se ilustra los nodos de información del proceso de cartera de una Empresa Social del Estado prestadora de servicios de salud y el recorrido que debe seguir la información para convertirse en efectivo.

Figura 8. Flujo de Información del proceso de cartera de una Empresa Social de Estado



Esto es, un paciente ingresa a la institución por urgencias, consulta externa u hospitalización y se le suministra servicios de farmacia y laboratorio, en los cuales se originan los datos que serán procesados para generar la factura de prestación de servicio. El proceso de facturación es tan vulnerable que tan solo con uno de estos nodos de entrada que no suministre a tiempo la información, retrasa todo el proceso de facturación y los procesos subsiguientes como cartera, no tendrán el soporte para exigir el pago a las EPS y ARS.

Con el diagnóstico descrito se podría definir el *¿Qué cambiar?* como:

*“El área de facturación cometa errores y se demore en la elaboración de las facturas”.*

## **9.2 HACIA QUÉ CAMBIAR: SOLUCIÓN AL PROBLEMA RAÍZ**

La solución al problema raíz puede enfocarse hacia los siguientes objetivos: 1) los servicios médicos deben suministrar al sistema de facturación los soportes probatorios del servicio de forma completa, libre de errores y dentro del tiempo estipulado para ello; 2) que las áreas de auditoría, contratación, garantía de calidad, y afines, propendan por mantener una comunicación fluida con los funcionarios de facturación; 3) que la oficina de recursos humanos procure construir y hacer cumplir un manual de funciones para todos los empleados relacionados con facturación y 4) que la gerencia del hospital, mediante políticas y estrategias administrativas, propicie la buena gestión de las áreas de facturación y cartera.

Para lograr los mencionados objetivos, las partes deben actuar como eslabones de una gran red de relaciones recíprocas e interdependientes, donde el incumplimiento de este solidario pacto laboral por alguna de las partes, ocasionará la caída de todo el proceso en su conjunto. El llamado, es pues, a generar unas condiciones de trabajo sincrónico tanto en los servicios médicos como en las áreas administrativas que apoyan la gestión de cartera.

La solución al fin y al cabo proviene de varias partes: los servicios médicos están en la obligación de diligenciar a tiempo y debidamente toda la información (soportes) que se necesita para facturar y enviarla oportunamente a cada punto de facturación para su inclusión en la cuenta de cobro; los funcionarios de contratación deben comunicar oportunamente los cambios suscitados en los términos contractuales con cada EPS y ARS, para que sean modificadas las tarifas y otros aspectos importantes en la facturación; los auditores deben colaborar armónicamente con la facturación, comunicando los acuerdos establecidos en las auditorías concurrentes celebradas con los aseguradores (EPS y ARS). A sí mismo, deben propender porque tanto facturadores como auditores hablen en el mismo lenguaje y no existan distorsiones en la información.

Finalmente la gerencia de la entidad con la asesoría de la oficina de personal, debe centrarse en definir un marco de funciones y responsabilidades y generar políticas de selección de personal, de entrenamiento y capacitación permanentes para el personal del área financiera e inducir un plan de desarrollo de personal tendiente a mejorar sus niveles de motivación.

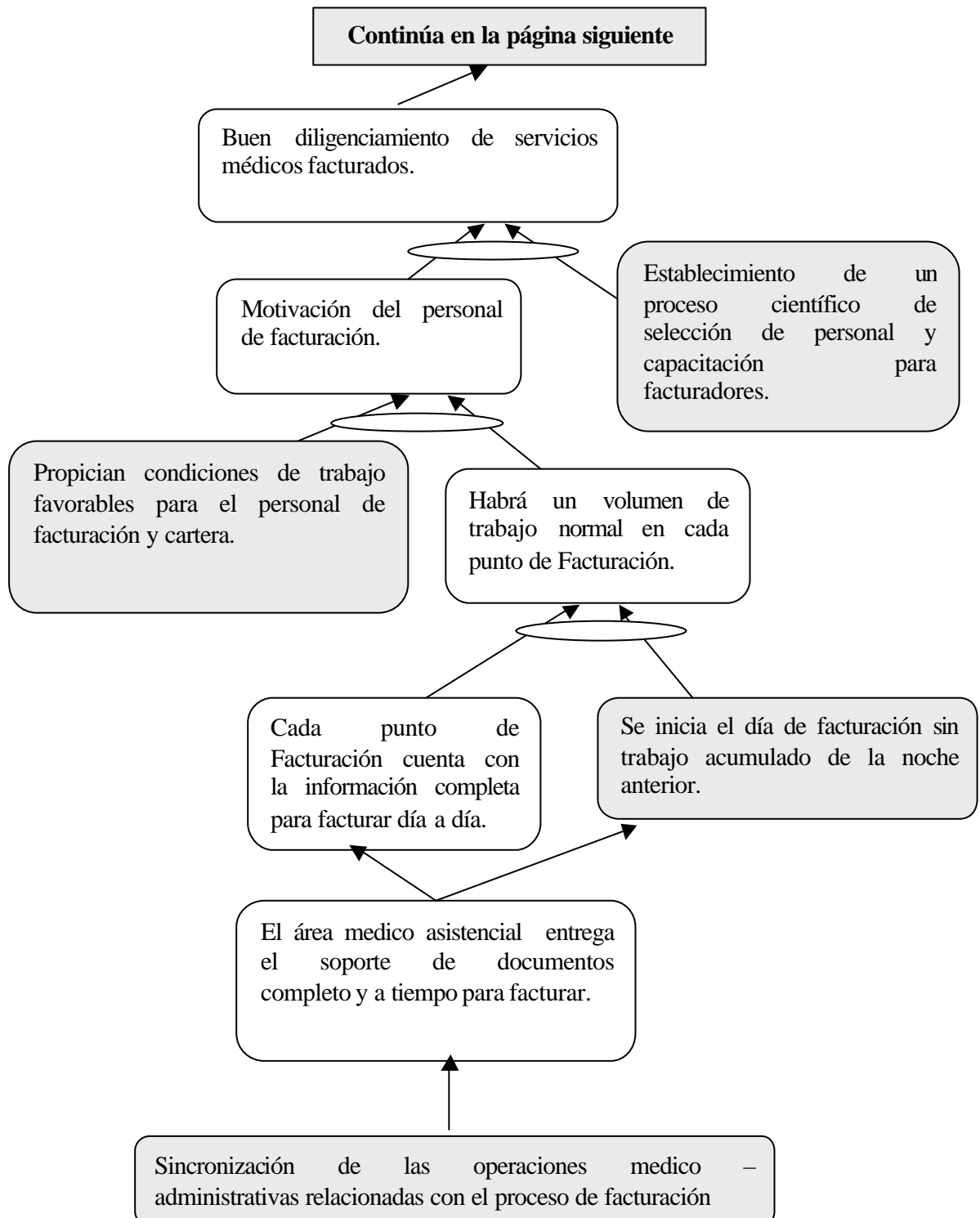
Se espera que con estas alternativas puedan subsanarse las brechas administrativas y se gesten un ambiente de productividad en la entidad hospitalaria.

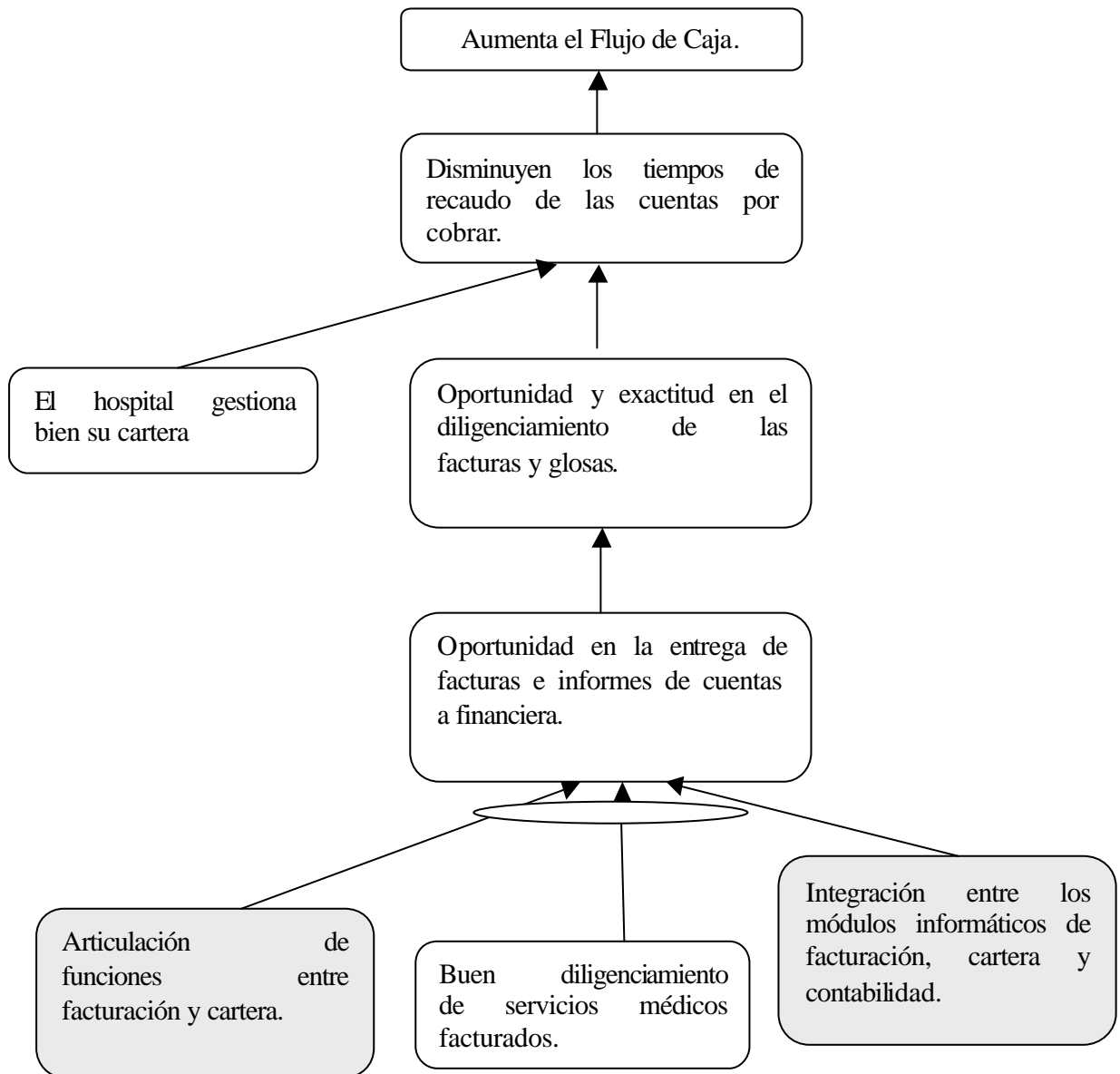
### **9.2.1 Árbol de realidad futura**

A continuación se ilustra el futuro de la solución (ver figura 9), es decir el paso de efectos indeseables a efectos deseables. En este gráfico cada enunciado está relacionado con otros mediante causa y efecto y al igual que en el *árbol de realidad actual*, el árbol de realidad futura se lee de abajo hacia arriba.



Figura 9. Árbol de realidad futura





En resumen el **¿hacia qué cambiar?** se puede definir como

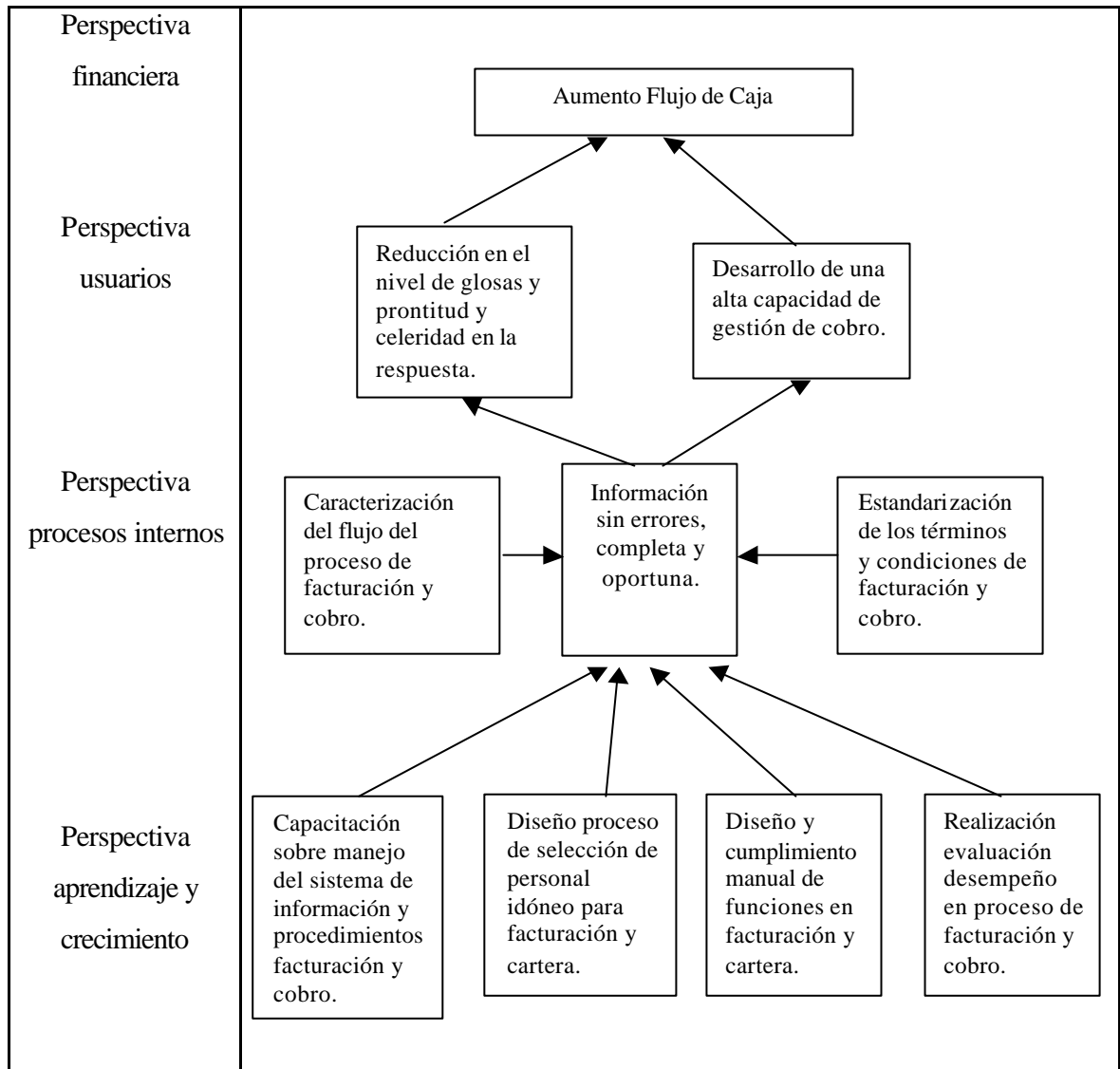
*“Sincronización de las operaciones medico – administrativas relacionadas con el proceso de facturación”*

Este objetivo por sí solo representa la estrategia para la entidad, que debe ser desglosado en cuatro perspectivas de cumplimiento y comunicado por medio del *mapa estratégico* a todos los funcionarios médicos y administrativos.

### **9.2.2 Mapa Estratégico**

El Mapa Estratégico que se ilustra en la figura 10 tiene como fin que los participantes del proceso de mejoramiento, en este caso, los funcionarios relacionados con los procesos de facturación y cartera, puedan comprender las relaciones “causa – efecto” que se suscitan entre los objetivos específicos que deben cumplir. Al igual que el *árbol de realidad actual* y el *árbol de realidad futura*, el *mapa estratégico* se lee de abajo hacia arriba. .

Figura 10. Mapa Estratégico



### 9.3 ¿COMO INDUCIR EL CAMBIO?: IMPLEMENTACION

Para complementar el *sistema integrado de gestión*, a continuación se presentan un conjunto de cuadros (objetivos, iniciativas e indicadores estratégicos) cuyo fin es verbalizar la forma de implementar la estrategia de solución descrita en el *¿hacia qué cambiar?*

### 9.3.1 Cuadro de objetivos estratégicos

En el Cuadro 1, que a continuación aparece, se definen los alcances que debe lograr la entidad en cada una de las perspectivas financiera, usuarios, procesos internos y aprendizaje y crecimiento. Por tanto, cada objetivo ligado a una de estas se comienza a leer de abajo hacia arriba para comunicar la lógica del cuadro.

**Cuadro 1. Objetivos estratégicos**

<b>PERSPECTIVAS</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS</b>
<b>FINANCIERA</b>	Alcanzar un nivel de flujo de caja sostenible y viable financieramente para el hospital.
	Disminuir el nivel de cartera vencida.
<b>USUARIOS</b>	Llegar a un acuerdo de facturación entre IPS – EPS.
	Establecer canales de comunicación y actualización de los términos y condiciones contractuales que se celebren entre el hospital y las EPS y ARS.
<b>PROCESOS INTERNOS</b>	Estandarizar y depurar la información requerida para facturar.
	Caracterizar el flujo del proceso de facturación.
<b>APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO</b>	Diseñar un manual de funciones y responsabilidades para todo el personal medico - administrativo que este relacionado con facturación
	Lograr el compromiso e involucramiento del personal asistencial y administrativo en el proceso de mejora del área de facturación.
	Capacitar al personal de facturación sobre manejo del sistema de información.
	Instruir al personal de facturación, cartera, tesorería, contratación y servicios médico asistenciales en relación con manuales tarifarios, contratos, códigos de procedimientos y otras especificidades de facturación y cartera.

### 9.3.2 Iniciativas estratégicas

En el Cuadro 2, se describen las acciones que se deben emprender para cumplir con los objetivos estratégicos. Al igual que el cuadro anterior, las iniciativas están ligadas a objetivos y estos a las mismas perspectivas, financiera, usuarios, procesos internos y aprendizaje y crecimiento. Por tanto, para comunicar la lógica del cuadro, éste se debe leer de abajo hacia arriba.

Cuadro 2. Iniciativas estratégicas por perspectiva

<b>PERSPECTIVAS</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS</b>	<b>INICIATIVAS ESTRATEGICAS</b>
FINANCIERA	Alcanzar un nivel de flujo de caja sostenible y viable financieramente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar de forma permanente un proceso de gestión y recuperación de cartera.</li> </ul>
	Disminuir el nivel de cartera vencida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sanear la cartera vencida del hospital.</li> <li>▪ Conciliar con los clientes las cifras de cartera.</li> </ul>

<b>PERSPECTIVAS</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS</b>	<b>INICIATIVAS ESTRATEGICAS</b>
USUARIOS	Llegar a un acuerdo de facturación entre IPS – EPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contactar a la EPS.</li> <li>▪ Realizar reuniones tendientes a clarificar las cuentas pendientes entre EPS – IPS.</li> <li>▪ Construir un documento de acuerdo de términos de crédito entre EPS- IPS.</li> </ul>
	Establecer canales de comunicación y actualización de los términos y condiciones contractuales que se celebren entre el hospital y las EPS y ARS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constituir un comité ejecutivo que se reúna por lo menos una vez a la semana para tratar temas de actualización de facturación.</li> <li>▪ Mantener actualizado el sistema de información de facturación con los cambios en materia contractual.</li> </ul>

<b>PERSPECTIVAS</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS</b>	<b>INICIATIVAS ESTRATEGICAS</b>
<p>PROCESOS INTERNOS</p>	<p>Estandarizar y depurar la información requerida para facturar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Crear un Standard de presentación de cuentas.</li> <li>▪ Llegar a un acuerdo de facturación entre Auditoria del hospital y EPS en cuanto a los criterios médicos y administrativos a incluir en la factura.</li> <li>▪ Comunicar los términos del acuerdo a los diferentes facturadores.</li> <li>▪ Definir el requerimiento de información necesaria para el proceso de facturación.</li> <li>▪ Identificar la información no útil para el proceso.</li> </ul>
	<p>Caracterizar el flujo del proceso de facturación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definir los canales de información claves en el proceso de facturación.</li> <li>▪ Levantar los procesos y procedimientos de facturación.</li> <li>▪ Estandarizar el flujo del proceso de facturación.</li> </ul>

PERSPECTIVAS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVAS ESTRATEGICAS
<p>APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO</p>	<p>Diseñar un manual de funciones y responsabilidades para todo el personal medico - administrativo que este relacionado con facturación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar los proveedores y los clientes de la información en cada punto de atención.</li> <li>▪ Establecer claramente las relaciones proveedor - cliente en todo el proceso de facturación, así como los mecanismos de control del proyecto.</li> </ul>
	<p>Lograr el compromiso e involucramiento del personal asistencial y administrativo en el proceso de mejora del área de facturación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dar a conocer el impacto financiero que representa para el hospital el proceso de facturación.</li> <li>▪ Elaborar planes de compensación y sanción con relación al volumen de glosas.</li> <li>▪ Facilitar espacios de reflexión y discusión sobre el avance de éstas acciones.</li> </ul>
	<p>Capacitar al personal de facturación sobre manejo del sistema de información.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinar las necesidades de capacitación y actualización del personal administrativo y médico relacionado con las funciones de facturación y cartera.</li> <li>▪ Realizar una planeación de capacitación para todo el personal de forma permanente.</li> <li>▪ Identificar y contactar las instituciones que se encuentran capacitadas para instruir al personal requerido.</li> </ul>
	<p>Instruir al personal de facturación, cartera, tesorería, contratación y servicios médico asistenciales en relación con todas las especificidades de facturación y cartera.</p>	



Para que el sistema se pueda monitorear a futuro, a continuación se presenta una serie de indicadores que permiten monitorear el cumplimiento de los objetivos propuestos.

### 9.3.3 Cuadro de indicadores

En el cuadro 3, siguiendo la misma metodología hasta ahora descrita, cada medidor esta relacionado con un objetivo y éste a su vez con una perspectiva.

Cuadro 3. Indicadores estratégicos

<b>PERSPECTIVAS</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS</b>	<b>INDICADORES ESTRATEGICOS</b>
FINANCIERA	Alcanzar un nivel de flujo de caja sostenible y viable financieramente	Ciclo de caja operativo= Días de cuentas por pagar - días de cuentas x cobrar
	Disminuir el nivel de cartera vencida.	Rotación de cartera= Cuentas por cobrar / Ingresos

<b>PERSPECTIVAS</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS</b>	<b>INDICADORES ESTRATEGICOS</b>
USUARIOS	Llegar a un acuerdo de facturación entre IPS – EPS.	Número de acuerdos en un plazo de 1 año.
	Establecer canales de comunicación y actualización de los términos y condiciones contractuales que se celebren entre el hospital y las EPS y ARS.	Número de reuniones realizadas por mes.  (No. de contratos actualizados en el sistema / No. de contratos remitidos para actualizar)x 100

<b>PERSPECTIVAS</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS</b>	<b>INDICADORES ESTRATEGICOS</b>
<b>PROCESOS INTERNOS</b>	Estandarizar y depurar la información requerida para facturar.	% de estandarización = (Número de empresas incorporadas al Standard / total de empresas contratantes) x 100.  % Glosas aceptadas = (Número de glosas aceptadas / Glosas totales) x 100.  Proceso de facturación y cartera caracterizado y estandarizado.
	Caracterizar el flujo del proceso de facturación.	

<b>PERSPECTIVAS</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS</b>	<b>INDICADORES ESTRATEGICOS</b>
<b>APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO</b>	Diseñar un manual de funciones y responsabilidades para todo el personal medico - administrativo que este relacionado con facturación	Un manual de funciones.
	Lograr el compromiso e involucramiento del personal asistencial y administrativo en el proceso de mejora del área de facturación.	Número de llamadas de atención en todo el hospital.
	Capacitar al personal de facturación sobre manejo del sistema de información.	Número de capacitaciones / mes.
	Instruir al personal de facturación, cartera, tesorería, contratación y servicios médico asistenciales en relación con todas las especificidades de facturación y cartera.	

Con base en los cuadros de objetivos, iniciativas e indicadores estratégicos presentados individualmente en los cuadros 1, 2, 3; a continuación éstos se integran en un solo cuadro descriptivo por perspectiva del Cuadro de Mando Integral.

### **9.3.4 Perspectivas del Cuadro de Mando Integral**

En este aparte se muestran, por separado, cada una de las perspectivas de implementación del sistema integrado de gestión con sus elementos propios: objetivos estratégicos, iniciativas, indicadores y metas, los cuales constituyen finalmente, el Cuadro de Mando Integral o cuadro de implementación que da respuesta a la última pregunta ¿cómo inducir el cambio?

<b>PERSPECTIVA FINANCIERA</b>				
<b>OBJETIVO</b>	<b>INICIATIVA ESTRATEGICA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSABLES</b>
Alcanzar un nivel de flujo de caja sostenible y viable financieramente para el hospital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar de forma permanente un proceso de gestión y recuperación de cartera.</li> </ul>	Ciclo de caja = Días de cuentas por pagar - Días de cuentas x cobrar.	30 días	Dirección General, Jefe Financiera, Jefe de Cartera.
Disminuir el nivel de cartera morosa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sanear la cartera morosa del hospital.</li> <li>▪ Conciliar con los clientes las cifras de cartera.</li> </ul>	Rotación de cartera= Cuentas por cobrar / Ingresos	12 veces	Jefe Financiera, Jefe de Cartera.

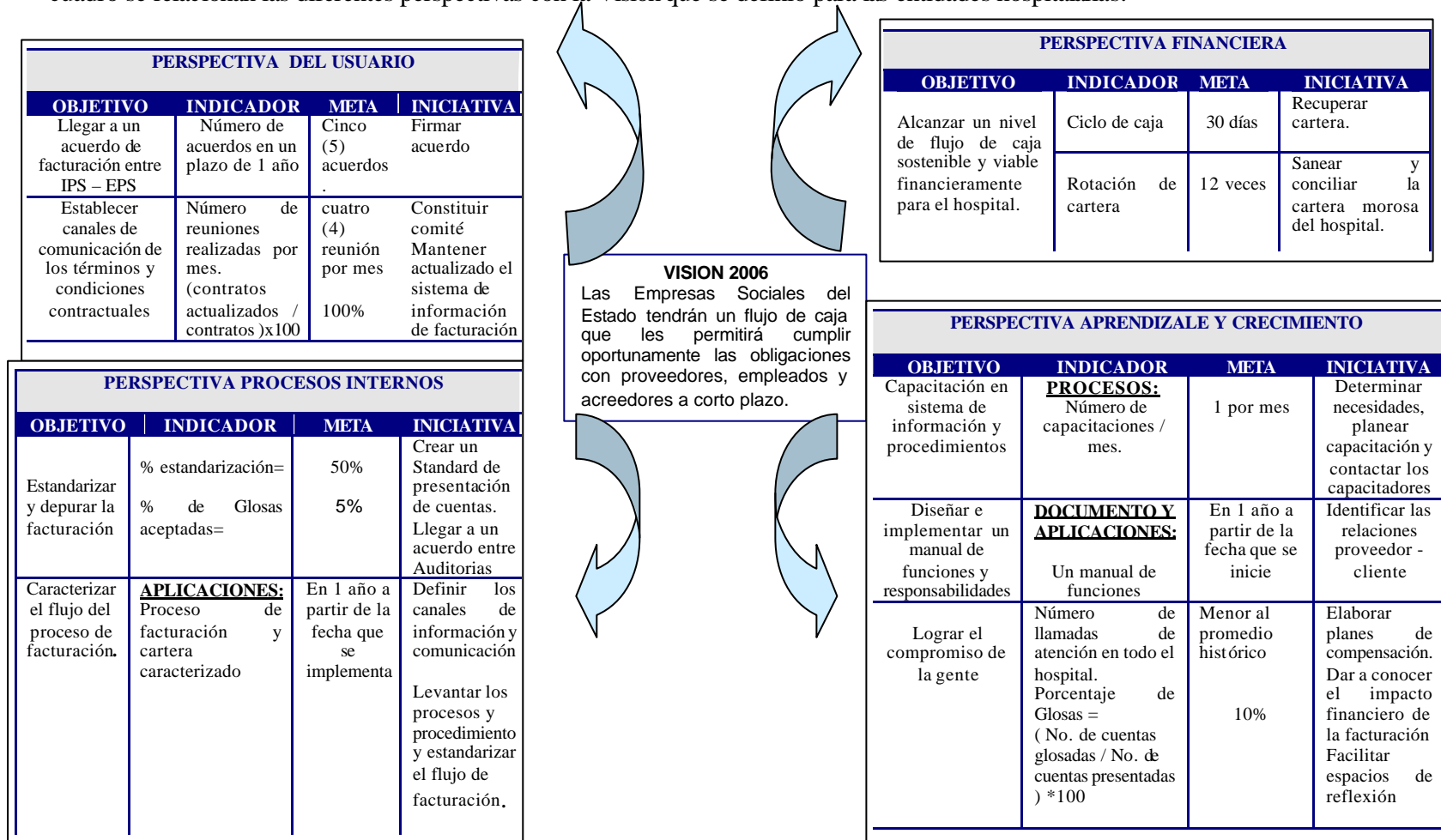
<b>PERSPECTIVA USUARIOS</b>				
<b>OBJETIVO</b>	<b>INICIATIVA ESTRATEGICA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSABLES</b>
Llegar a un acuerdo de facturación entre IPS – EPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contactar a la EPS.</li> <li>▪ Realizar reuniones tendientes a clarificar las cuentas pendientes entre EPS – IPS.</li> <li>▪ Construir un documento de acuerdo de términos de crédito entre EPS- IPS.</li> </ul>	Número de acuerdos en un plazo de 1 año	Cinco (5) acuerdos.	Gerencia Financiera, Contratación y Auditoria.
Establecer canales de comunicación y actualización de los términos y condiciones contractuales que se celebren entre el hospital y las EPS y ARS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constituir un comité ejecutivo que se reúna para tratar temas de actualización en facturación.</li> <li>▪ Mantener actualizado el sistema de información de facturación con los cambios en materia contractual.</li> </ul>	Número de reuniones realizadas por mes.  (No. de contratos actualizados en el sistema / No. de contratos remitidos para actualizar)x 100	cuatro (4) reuniones por mes  100%	Gerencia Financiera, Contratación y Auditoria, Jefe de Facturación, Jefe de Sistemas y Jefe de Cartera.

<b>PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS</b>				
<b>OBJETIVO</b>	<b>INICIATIVA ESTRATEGICA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSABLES</b>
Estandarizar y depurar la información requerida para facturar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Crear un Standard de presentación de cuentas.</li> <li>▪ Llegar a un acuerdo de facturación entre Auditoría del hospital y EPS en cuanto a los criterios médicos y administrativos a incluir en la factura.</li> <li>▪ Comunicar los términos del acuerdo a los diferentes facturadores.</li> <li>▪ Definir el requerimiento de información necesaria para el proceso de facturación.</li> <li>▪ Identificar la información no útil para el proceso.</li> </ul>	<p>% estandarización= (Número de empresas incorporadas al Standard / total de empresas contratantes) x 100.</p> <p>% Glosas aceptadas= (Número de glosas aceptadas / Glosas totales) x 100.</p>	<p>50%</p> <p>5%</p>	Oficina de Planeación, Auditoría y personal de Facturación.
Caracterizar el flujo del Proceso de Facturación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definir los canales de información claves en el proceso de facturación.</li> <li>▪ Levantar los procesos y procedimientos de facturación.</li> <li>▪ Estandarizar el flujo del proceso de facturación.</li> </ul>	Proceso de facturación y cartera caracterizado	En 1 año a partir de la fecha que se implementa.	Oficina de Planeación, Auditoría, control interno y personal de Facturación.

<b>PERSPECTIVA APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO</b>				
<b>OBJETIVO</b>	<b>INICIATIVA ESTRATEGICA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSABLES</b>
Diseñar un manual de funciones y responsabilidades para todo el personal medico - administrativo que este relacionado con facturación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar los proveedores y los clientes de la información en cada punto de atención.</li> <li>▪ Establecer claramente las relaciones proveedor - cliente en todo el proceso de facturación, así como los mecanismos de control del proyecto.</li> </ul>	Un manual de funciones.	en 1 año a partir de la fecha que se inicie	Oficina de Personal, Planeación y Control Interno.
Lograr el compromiso e involucramiento del personal asistencial y administrativo en el proceso de mejora del área de facturación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dar a conocer el impacto financiero que representa para el hospital el proceso de facturación.</li> <li>▪ Elaborar planes de compensación y sanción con relación al volumen de glosas.</li> <li>▪ Facilitar espacios de reflexión y discusión sobre el avance de éstas acciones.</li> </ul>	Número de llamadas de atención en todo el hospital.  Porcentaje de Glosas = ( Número de cuentas glosadas / Número de cuentas presentadas ) *100	Menor al promedio histórico  10%	Dirección General. Jefe Financiera
Capacitar al personal de facturación sobre manejo del sistema de información.  Instruir al personal de facturación, cartera, tesorería, contratación y servicios médicos asistenciales en relación con todas las especificidades de facturación y cartera.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinar las necesidades de capacitación y actualización del personal administrativo y médico relacionado con las funciones de facturación y cartera.</li> <li>▪ Realizar una planeación de capacitación para todo el personal de forma permanente.</li> <li>▪ Identificar y contactar las instituciones que se encuentran capacitadas para instruir.</li> </ul>	Número de capacitaciones / mes.	1 por mes	Oficina de Personal, Garantía de Calidad y Jefe de Facturación.

### 9.3.5 Cuadro de Mando integral

Este es el consolidado de los cuadros individuales presentados en el aparte anterior, su importancia radica en que en un solo cuadro se relacionan las diferentes perspectivas con la Visión que se definió para las entidades hospitalarias.



## 10. CONCLUSIONES

La investigación ostenta como resultado visible un sistema de gestión de cartera, que soluciona el problema fundamental y permitirá a las Empresas Sociales del Estado prestadoras de servicios de salud mejorar sus niveles de flujo de caja en el corto y mediano plazo y, con ello, beneficiar a empleados, proveedores, acreedores financieros y a toda la sociedad en general.

El problema fundamental se evidencia como la desincronización de las funciones médicas y administrativas presentes en el proceso de facturación. Este problema provoca inexactitud y retraso en la elaboración de las facturas y dilatación del tiempo de recaudo de las cuentas de cobro que expiden las Empresas Sociales del Estado a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).

Para hacer frente al problema objeto de estudio, los hospitales deben propender por generar una sinergia al interior de la organización que provenga del esfuerzo de todos y no de unos pocos. Esta solución no es resultado de la suma de esfuerzos personales sino del producto final de un colectivo comprometido con el objetivo de producir información completa, exacta y oportuna, que se constituyen en responsabilidades visibles del proceso de facturación.

La investigación muestra que la literatura existente sobre gestión de recursos financieros en cartera no es totalmente extensiva a las Empresas Sociales del Estado. Éstas son un caso *sui generis* porque son empresas que ofrecen salud – producto vital y derecho inalienable para la población – el servicio que ofrecen no puede ser suspendido unilateralmente y porque sus tarifas son legalmente impuestas, así como la misma prestación del servicio médico.



Los hospitales públicos, más que estrategias de cartera descritas en la literatura financiera tradicional, necesitan contar con un *sistema integrado de gestión* como el que se propone, ya que se puede adaptar a las características propias de cualquier ente hospitalario y permite, a futuro, reducir el período de crédito en cartera y aumentar la viabilidad financiera.

El *sistema integrado de gestión* es resultado de la combinación de modelos de gestión, en los cuales se identifican la comunicación y el consenso, elementos que, antes de ser excluyentes, resultan ser complementarios. La comunicación contribuye a que el mensaje estratégico llegue a todos los niveles de la organización sin distorsión alguna y el consenso permite superar la resistencia al cambio en el proceso de mejora continua.

La Teoría de Restricciones y el Cuadro de Mando Integral resultan ser dos metodologías de mejoramiento que se pueden complementar e integrar en un *sistema de gestión de recursos financieros en cartera*. La combinación de ambos enfoques es fructífera para generar consenso sobre el problema raíz o causa fundamental de todos los problemas y crear un mapa estratégico que redunde en crecimiento de la organización.

En virtud del proceso de comprobación empírica llevada a cabo en dependencias gubernamentales como la Comisión Séptima del Congreso de la República, el Centro de Gestión Hospitalaria, el hospital San Jorge de Pereira y el hospital San Juan de Dios de Armenia, se puede aseverar que los resultados de esta investigación sí obedecen a una problemática general de los hospitales públicos del país, y que el *sistema de gestión* propuesto para los hospitales Santa Sofía y de Caldas, se podrían homologar a las demás instituciones prestadoras de servicios de salud de cuarto nivel de complejidad de Colombia.

Se formula este estudio para contribuir al Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, en razón de que con la labor realizada se abre el camino para futuras aplicaciones en este campo, en lo que concierne a la administración de estos entes y en cuanto a la estructura y funcionamiento del mismo sistema.

Con la estructuración de este *sistema integrado de gestión* se avanza hacia la generación de propuestas administrativas que permiten superar los baches que la sociedad demanda. Se pretende que la Universidad Nacional de Colombia Sede Manizales y en su nombre, la Maestría en Administración, contribuyan al propósito social de *construir país* a partir de la academia.

## 11. RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Para continuar con el estudio de la situación financiera de las ESE es necesario realizar un análisis interno y externo: el primero, tendiente a comprender las causas de iliquidez diferente al tema de cartera; el segundo, cuyo fin será estudiar las relaciones contractuales entre EPS – IPS públicas y formular una propuesta de ganancia equitativa para las partes.

En el tema del control, es importante cuestionar los procesos de auditoria que se ponen en práctica en las IPS identificando los puntos susceptibles de ser mejorados, en aras de contribuir con las funciones administrativas de facturación y cartera.

Un aspecto adicional para tener en cuenta es el estudio del recorrido que siguen los recursos desde que son desembolsados por el gobierno nacional hasta que llegan a las IPS. Esta investigación cobra suma importancia en la actualidad, ya que el Gobierno presentó ante el Congreso de la República un proyecto de ley que toca este tema tan vital para el sistema de salud.

Sería muy benéfico para todo el Sistema de Seguridad Social en Salud, que los resultados aquí obtenidos se comprobaran empíricamente en otros hospitales de tercer y cuarto nivel de regiones distintas al Eje Cafetero y, de esta forma, consolidar los resultados de la investigación y enriquecerla con nuevos hallazgos.

Como el problema financiero de las Empresas Sociales del Estado afecta a todos los actores del sistema, las investigaciones que apunten a esclarecer las causas de este deterioro serán muy útiles para las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades gubernamentales del orden departamental y municipal, las aseguradoras y el mismo Gobierno representado por el Ministerio de Protección Social.

## BIBLIOGRAFIA

Abad, D. (1997). Control de gestión, metodología para diseñar, validar e implantar sistemas de control de gestión en entidades del sector público. Bogota: ediciones Interconed.

Abbott, R., Johnson, S. y Dieckhoner, T. (1999). Embedding sustainability in the business of city government: an opportunity for Seattle.

[www.cansee.org/documents/CANSEE%202003/Abstracts/Abbott.pdf/](http://www.cansee.org/documents/CANSEE%202003/Abstracts/Abbott.pdf/) (1 jun. 2004).

Adams, C. y Roberts, P. (1993). You are what you measure. En: *Manufacturing Europe*.

<http://ciberconta.unizar.es/leccion/CMI/104.HTM/> (1 jun. 2004).

Aljure, J. (2003). “La Prestación de Servicios de Salud” En: *Diario La Patria*. Manizales. Marzo 4. p.6A.

American Production and Inventory Control Society (APICS). (1996). Making a Common Sense a Common Practice: Proceedings of the 1.996 American Production and Inventory Control Society Constraint Management Symposium and Technical Exhibit. USA. Abril.

Avraham Goldratt Institute AGI. (2004). [www.goldratt.com/](http://www.goldratt.com/) (1 jun. 2004).

Barrera, E. (1999). “Ciencia de la administración pública y ciencias sociales en Iberoamérica: entre la utopía de la eficiencia y la realidad de la corrupción”. En: *Tecnología Administrativa*. No. 29. p.105.

Bell, C. (2000). "In search of simplicity" En: *Modern Healthcare*. No 39. pp. 26 - 27.

Blandon, Y., y Franco, R. (2000). Liderazgo Empresarial. Un ejercicio de Caracterización. Trabajo de Grado. Facultad de Ciencias y Administración. Manizales: Universidad Nacional de Colombia.

Breunlin, D. (1995). "Toward a Theory of Constraints". En: *The Journal of Marital and Family Therapy*. No. 3. p.365.

Capra, F. (1998). La trama de la vida. Barcelona: Anagrama.

Cardona, C. (2001). "La debacle de la Red Hospitalaria". En: *Diario El Tiempo*. Octubre 10.

Chaparro J. (1997). Los Mapas Culturales, una herramienta para la gestión local. En: *Cultura Medios y Sociedad*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas – Centro de Estudios Sociales. pp. 241 -261.

Chow, C., Ganulín, D., Haddad, K. y Williamson, J. (1998). "The Balanced Scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization management". En: *Journal of Healthcare Management*. No. 3. p.263.

CID – MED. (2001). La Debacle Hospitalaria. En: *Diario El Tiempo – Especial Salud*. [www.medicentro.com.co/](http://www.medicentro.com.co/) (10 oct. 2003).

Cortes, E. (1997). Organización y Gestión Municipal. Bogota: Ediciones Doctrina y Ley.

Dávila, A. (2003). Cuadro de Mando Integral. Implementación. La elección de una unidad adecuada. [www.deinsa.com/](http://www.deinsa.com/) (1 Aug. 2003)

Dávila, C. (1985). Teorías Organizacionales y Administración. Bogotá: Editorial Interamericana.

De Wall, A. (2003). El futuro del Cuadro de Mando Integral. En: [http://www.pietropaoloconsultora.com/pdf/el\\_futuro\\_del\\_cuadro\\_de\\_mando\\_integral.pdf/](http://www.pietropaoloconsultora.com/pdf/el_futuro_del_cuadro_de_mando_integral.pdf/) (1 jun. 2004).

Dettmer, H. (1997). Goldratt's Theory of Constraints: A systems approach to continuous improvement. Milwaukee, WI: ASQC Press.

Escobar, N. y Jiménez, A. (2002). Propuesta para la implementación del Cuadro de Mando Integral en proyectos de empresas sociales. Estudio de Caso: Ecoparque de Selva Húmeda Tropical Los Yarumos. Trabajo de grado. Manizales: Universidad Nacional de Colombia. 162 p.

Espitia, G. (1984). Los órganos del gobierno municipal. Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública (ESAP).

Esteban, R. (2003). Calidad y Cuadro de Mando Integral (CMI). Al servicio de los dirigentes de las empresas. [www.calidadlatina.com/](http://www.calidadlatina.com/) (25 feb. 2004).

Fernández, A. (2000). Seminario de habilidades gerenciales. Bogotá: Piénsalo Colombia, Instituto Avraham Goldratt. 200 p.

Forgione, D. (1997). "Health care financial and quality measure: international call for a "balance scorecard" approach". En: *Journal of Health Care Finance*. No. 1. pp. 55-58.

Gallagher, A. (2001). Administración Financiera. Teoría y Práctica. Segunda Edición. Bogotá: Editorial Prentice Hall. 570 p.

Gallego, J. (2003). "El 2003 será decisivo para el Hospital de Caldas" En: *Diario La Patria*. Febrero 25.

García O. (1999). Administración Financiera. Fundamentos y Aplicaciones. Tercera Edición. Cali: Prensa Moderna Impresores S.A. 574 p.

Garner, K., Bailey, R. (1992). Using constraint management to reduce congestion in a fracture clinic: Preliminar analysis. New Zeland: Applied Mathematics Group, DSIR Physical Sciencies.

Giraldo, J. (2002). "Agarrón entre las IPS y las EPS". En: *Diario La República*. Marzo 4. p.6A.

Girado, J. (2003a). Director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Entrevista Personal. Santa Fe de Bogotá. Abril 26 de 2003.

Giraldo, J. (2003b). "El ISS incumple el Acuerdo Marco con las Instituciones afiliadas a la ACHC. El Gremio Responde. En: *Revista Hospitalaria*. No. 27. pp. 16 - 25.

Giraldo, J. (2004). Informe de Seguimiento de cartera a diciembre 31 de 2003. En: *Revista Hospitalaria*. No. 35. pp. 42 - 49.

Gitman, L. (2003). Principios de Administración Financiera. Décima Edición. México: Editorial Pearson. 560 p.

Goldratt, E y Jeff, C. (1993). La Meta. Monterrey: Ediciones Castillo S.A de C.V. 408 p.

Goldratt, E. (1995). No fue la Suerte. Monterrey: Ediciones Castillo S.A de C.V. 250 p.

Goldratt, E. (1995a). The Goal. Great Barrington: The North River Press. 415 p.

- Goldratt, E. (1997). *Cadena Crítica*. Great Barrington: The North River Press. 244 p.
- Goldratt, E. (1998). *El Síndrome del Pajar*. Monterrey: Ediciones Castillo. Tercera Edición. Capítulo II.
- Goldratt, E. (1998a). *El Mapa de Proceso de Pensamiento de la Teoría de Restricciones TOC. El Manual de Trabajo*. Bogotá: Piénsalo, Instituto Avraham Goldratt. 52 p.
- Gómez, A. (2004). *Diseño del Cuadro de Mando Integral*. Caso: Aguas de Manizales S.A. E.S.P. Trabajo de grado. Manizales: Universidad Nacional de Colombia. 258 p.
- Gupta, M., Baxendale, S. y Mcnamara, K. (1997). “Integrating TOC and ABC Management in a health care company”. En: *Journal of Cost Management*. **No. 7**. pp. 23-33.
- Herzlinger, R. (1994). “The Quiet Health Care Revolution”. En: *Public Interest*. **No. 115**. pp. 72 - 91.
- Herzlinger, R. (1998). *Market Driven Health Care: who wins, who loses in the transformation of America's largest service industry*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, Inc. Reading.  
<http://www.abbottstrategies.com/papers/pdf/embedsustain.pdf/> (1 jun. 2004).
- Inamdar, N. y Kaplan, R. (2002). “Applying the Balanced Scorecard in healthcare provider organizations”. En: *Journal of Healthcare Management*. **No. 3**. pp. 179 - 196.
- Jaklevic, M. (2000). “Top Billing”. En: *Modern Healthcare*. **No. 38**. pp. 50 -52.
- Jaklevic, M. (2000a). “Forecast Relies on Pricing, Billing”. En: *Modern Healthcare*. **No. 8**. pp. 44 – 46.



Jaramillo, A. (2003). El Balanced Scorecard: herramienta de éxito para empresas que están preparadas para el éxito. [www.tablero-decomando.com/](http://www.tablero-decomando.com/) (1 may. 2003)

Kaplan, R. y Norton, D. (2000). El Cuadro de Mando Integral. Segunda Edición. Barcelona: Gestión 2000 Editores. 321p.

Kaplan, R y Norton, D. (2001). Cómo Utilizar el Cuadro de Mando Integral. Barcelona: Gestión 2000 Editores.

Kershaw, R. (2002). "Using TOC to "Cure" healthcare problems." Accounting Management Quarterly. <http://www.manag.com/spring00/> (22 jan. 2002).

Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. Edición año 2000. 388p.

Londoño, J. (2002). Plan Estratégico de Salud. Ministerio de Protección Social. República de Colombia.

López, A. (2003). Cuadro de Mando y Cuadro de Mando Integral. Una sutil diferencia. [www.cuadrodemandando.unizar.es/](http://www.cuadrodemandando.unizar.es/) (1 aug. 2003).

López, I. y Duque, D. (2002). Proceso de Facturación para las Empresas Sociales del Estado Prestadoras de Servicios de Salud: Propuesta Estratégica. Una Contribución al Sistema de Seguridad Social de Colombia. Trabajo de Grado. Manizales: Universidad Nacional de Colombia. 280 p.

López, A y Hernández M. (1999). CMI y otros modelos de gestión. [www.ciberconta.unizar.es/LECCIÓN/CMI/104.htm/](http://www.ciberconta.unizar.es/LECCIÓN/CMI/104.htm/) (1 jun. 2004).

Mabin, V, y Balderstone, S. (2000). The world of The Theory of Constraints. A review of the international literature. New York: St. Lucie Press. 223 p.

MacNair, J., Lynch, L. y Cross, F. (1990). “¿Do financial and nonfinancial measures have to agree?”. En: *Management Accounting*.

<http://ciberconta.unizar.es/leccion/CMI/104.HTM>

Mandeep K. Bilkhu-Thompson. (2003). “A process evaluation of a Health Care Balanced Scorecard”. En: *Journal of Health Care Finance*. **No. 2.** pp. 37 - 54.

Martinez, R. (2001). Congreso de mercadeo en servicios de salud: sistemas gerenciales que responden eficazmente a la planeación estratégica de una organización de salud. Bogotá. Octubre de 2001.

Martínez, R y Fernández, A. (2002). Implementación del CMI en la Fundación Santa Fe de Bogotá. [www.estrategiafinanciera.es](http://www.estrategiafinanciera.es).

Martínez, R. (2002). Balance Scorecard. Sistemas de comunicación, control y aprendizaje estratégico. Seminario Taller “Balance Scorecard: Metodología para diseño de Indicadores de Gestión”. Bogota.

Martínez, R. (2002a). Balance Scorecard en el sector público. Seminario Taller “Balance Scorecard: Metodología para diseño de indicadores de gestión”. Bogotá.

Maisel, L. (1992). "Performance Measurement. The balanced scorecard approach". En: *Journal of cost management*, Warren, Gorham & Lamont, No. 2. , p. 47.

<http://ciberconta.unizar.es/leccion/CMI/104.HTM/> (1 jun. 2004).

Meliones, J., Ballard, R., Liekweg, R. y Burton, W. (2001). “No mission - no margin: it's that simple (Duke Children's Hospital, Durham, NC - management issues). En: *Journal of Health Care Finance*. **No.3.** pp. 21 - 29.

Minter, S. (2004). “Does OSHA measure up? It is difficult to find a balanced scorecard for the nation's workplace safety and health guardian”. En: *Occupational Hazards*. **No. 2**. p.6.

Morales, O. (1994). *Introducción a la Teoría de Restricciones*. Monterrey: International Consulting Group. 56 p.

Motwani, J., Klein, D., y Harwowitz, R. (1996). “The Theory of Constraints in services-examples from Health Care United Kingdom.” En: *Managing Service Quality*. **No. 2**. pp. 30 - 35.

Nils-göran, J y Magnus, W. (2000). *Implementando y gestionando el Cuadro de Mando Integral*. Barcelona: Editorial Gestión 2000.

Núñez, C. (2003). Centro de Gestión Hospitalaria. Entrevista Personal. Santa Fe de Bogotá. Abril 26.

O'Connor, J y Mcdermott, I. (1998). *Introducción al pensamiento sistémico*. Barcelona: Editorial Urano.

Ocampo, B y Arteaga, A. (2003). *Gestión integral y trabajo en equipo: La experiencia del hospital infantil Los Ángeles*. En: *Revista Vía Salud*. **No. 20**. pp. 16 – 20.

Ochoa, O., Pérez, T. y Sánchez, S. (2002). “Cuadro de Mando Integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia”. En: *Revista Gestión Hospitalaria*. **No. 13**. pp. 9 - 25.

Oliveira, J. (2001). “The Balanced Scorecard: an integrative approach to performance evaluation”. En: *Healthcare Financial Management*. **No. 5**. p. 42.

Olve, N., Roy, J. y Wetter, M. (2000). *Implantando y gestionando el cuadro de mando integral*. Barcelona: Editorial Gestión 2000.

Ordoñez, S. (2001). “El sector salud en estado grave”. En: *Diario la República*. Santa fe de Bogotá. Octubre 29. p.10a.

Pineno, C. (2002). “The balanced scorecard: an incremental approach model to health care management. (Statistical Data Included)”. En: *Journal of Health Care Finance*. **No.4**. pp. 69 - 80.

Pink, G., McKillop, I., Schraa, E., Preyra, C., Montgomery, C. y Baker, G. (2001). “Creating a balanced scorecard for a hospital system (Ontario, Canada hospitals)”. En: *Journal of Health Care Finance*. **No. 3**. pp. 1- 20.

Puentes, A. (1993). *Elementos básicos de la gerencia pública aplicados al municipio*. Bogota: Escuela Superior de Administración Pública.

Reece, R. (2000). “The Health Care Consumer Gospel According to Harvard Business School: A talk with Regina Herzlinger”. En: *Physician Executive*. **No. 3**. pp. 36 - 41.

Reid, S. (1998). “Focusing on ophthalmology waiting lists”. *National Health Service Review*. V128. **No. 75**. Estados Unidos. p.128.

<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/ImpAct/imp06/i6-2.html/> (1 jun. 2004).

Roadman, C., Benge, J., McGinnis, L., Yurkosky, T., Adams, D., Cockerham, G. y Flowers, S. (1995). “Theory of Constraints and The United State Air Force Medical Service”. En: *APICS*. Abril 26-28. pp. 107-115.

Rolph, P. (1999). “The Balanced Scorecard: get smart and get control. (performance measurement tool)”. En: *Chief Executive (U.S.)*. **No. 146**. pp. 52-55.

Ross, S., Westerfield, R. y Jordan, B. Fundamentos de Finanzas Corporativas. Quinta Edición. México: Editorial Irwin Mc Graw Hill. 757 p.

Roybal, H., Baxendale, S. y Gupta, M. (1999). "Using activity based costing and Theory of Constraints to guide continuous improvement in managed care". En: *Managed Care Quarterly*. **No. 1**. pp. 1 - 10.

Sveiby, K.R. (1986). Intangible Assets Monitor IAM.  
<http://ciberconta.unizar.es/leccion/CMI/104.HTM/> (1 jun. 2004).

Toro, J. (2001). "La Debacle Hospitalaria". En: *Diario La República*. Santa fe de Bogotá. Octubre 10. pp. 8.

Tovey, P. (2002). "Citizens' participation in primary healthcare planning: innovative citizenship practice in empirical perspective". En: *Critical Public Health*. **No. 1** pp. 39 - 53.

Universidad Nacional de Colombia (2002). "Efectivo en la Salud". En: *UN Programa*. **No. 149**. p.2.

Van Horne, J. y Wachowicz, J. (2002). Fundamentos de Administración Financiera. Undécima edición. México: Editorial Prentice Hall. 743 p.

Vargas, O. (2004). Hospitales: "el gobierno es un facilitador". En: *Diario la República*. Agosto 24.

Womack, D. y Flowers, S. (1999). "Improving System Performance: A Case Study in the application of the Theory of Constraints". En: *Journal of Healthcare Management*. *American College of Healthcare Executives*. **No. 5**. pp. 397 - 405.

Zelman, W., Pink, G. y Matthias, C. (2003). "Use of the balanced scorecard in health care". En: *Journal of Health Care Finance*. **No. 4**. pp. 1- 16.

## ANEXOS

### ANEXO A DIAGNOSTICO DE PROCESOS DE FACTURACIÓN Y CARTERA

Por la utilización de entrevistas, etnografía y mapa cultural, se logró identificar los efectos indeseables del Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas se hallaron

A continuación se presentan los resultados del proceso de recolección de información.

#### ENTREVISTA INDIVIDUAL

Funcionarios facturación y cartera y personal directivo de la entidad.

Funcionario: Facturador área de Hemodinamia

- La documentación llega incompleta al momento de realizar la factura.
- Para cumplir con el trabajo es necesario realizar funciones que no me corresponden.
- La ubicación del sitio de trabajo no es la adecuada.
- Excesivo volumen de trabajo.
- Otras áreas que también facturan no ingresan a tiempo los procedimientos al sistema parando la facturación de mi área.
- No es oportuno el ingreso del cambio de tarifas por parte del Departamento de Sistemas.

Doctor Jorge Hernán Yepes Alzate. Dirección Médica Hospital.

- La gente hace un mínimo de esfuerzo intelectual para facturar.
- Mucho nivel de correcciones internas y externas.
- No hay capacitación continua en facturación.
- Hay mucha frescura en la gente que factura.
- Las fallas se detectan muy tarde.
- No hay seguimiento a los plazos de respuesta de glosas.
- Hay una cultura de corregir solo cuando alguien me dice.
- Falta comunicación entre facturación y administración sobre nuevos procedimientos y tarifas.
- No hay una norma que obligue a clientes (EPS y ARS) a colocar nombre en la consignación cuando son de otros departamentos.

- Inconsistencias entre contabilidad y facturación de glosas.
- No coinciden las cuentas por cobrar del Hospital y los clientes ( Desorden Externo).
- No hay cumplimiento de normas en cuanto a plazos de respuesta de facturas y devolución de cuentas por parte de las EPS y ARS.
- Del total de clientes adscritos al Hospital solo entre un 35% y 40% tienen contratos
- Hay EPS que meten todo como si fuera una Urgencia.
- No hay evaluación de desempeño para facturadores.

Sandra Peláez. Jefe de Cartera.

- Baches entre facturación y cartera (Articulación).
- Falta personal para apoyar la función de cartera.
- Hay mucho trabajo en la oficina de cartera.
- Con la gente a disposición de cartera no es posible enfocarse en realizar un cobro efectivo.
- Son muchos los procedimientos por realizar para que el trabajo quede bien.
- El sistema de facturación no está en interfaz con contabilidad.
- Hay doble responsabilidad en el proceso de cartera.
- Presencia de errores en la asignación de regímenes que afectan el presupuesto.
- Los clientes extravían las facturas que le son enviadas.
- Los facturadores ganan un sueldo no acorde con su trabajo.
- Exceso de trabajo en facturación.
- Los pacientes no entregan los soportes completos a tiempo.
- Se encuentran facturas con soportes de otros pacientes.
- Se confunden los papeles de un paciente con los de otro.
- Se deja para el final del día, semana o mes, en el peor de los casos, la facturación o el diligenciamiento de los RIPS.
- Los empleados de facturación y cartera trabajan bajo contingencias.
- Con excepción de consulta externa, los facturadores comienzan el día con el trabajo que se acumuló en la noche anterior.

Doctor Javier Diasgranados. Auditor Médico.

- La devolución de medicamentos del piso de atención a farmacia se hace de forma tardía.
- Las facturas presentan faltantes en actividades de laboratorio (error).
- Las autorizaciones por días no estan completas.
- Falta soportes en la facturas.
- Hay un inadecuado manejo del plan de beneficios del régimen subsidiado.
- Hay una conformidad en la elaboración de facturas por ser responsabilidad de auditoria encontrar los errores.
- Ausencia de autocontrol en los facturadores en la realización de facturas y prefacturas.

Nubia Ramírez. Jefe Financiera.

- Problema interfaz entre cartera y contabilidad
- Información sobre facturación no llega a tiempo a financiera.
- Al momento del cierre financiero del mes se quedan facturas por fuera.

- Auditorio a facturación no son conscientes de la importancia de la oportunidad en la entrega de información.
- Inoportunidad en la respuesta de glosas.
- Solución de problemas que se heredan de gestiones pasadas.

Claudia Liliana García. Coordinadora de Facturación.

- Falta autocontrol y autogestión.
- Falta de apoyo de otras áreas (admisiones, auditoria médica, servicios del hospital) a facturación.
- Condiciones de trabajo desfavorables para el personal de facturación.
- Demora en la entrega de reportes de otras áreas a facturación.
- Se privilegia lo urgente antes que lo importante.
- No se alcanza a corregir el volumen de facturas devueltas a cada facturador.
- Problemas con facturas de hospitalización.
- Es responsabilidad de facturación central responder las glosas y corregir facturas.
- Existe un trato desigual para la gente que labora en la entidad.
- No hay un proceso científico de selección de facturadores para el personal.



## ANEXO B. FORMATO DE ENTREVISTA

### HOSPITAL DEPARTAMENTAL SANTA SOFIA DE CALDAS

Entrevista Individual: “Definiendo su área de trabajo”.

1. En que consiste su trabajo.
  
2. Cuál es el objetivo de su área de trabajo y cuales son los pasos que debe dar para lograrlo
  
3. Mencione que aspectos de su área de trabajo son indeseables para usted, es decir, todas las quejas y tormentos de su área de trabajo.
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. \_\_\_\_\_
  - e. \_\_\_\_\_

5. De los efectos indeseables mencionados, cuales son para usted los tres más importantes

	EI 1.	EI. 2.	EI. 3.
¿Por qué el efecto es indeseable o malo?			
¿Por qué usted tolera la existencia de ese efecto indeseable?			
¿Qué es lo que se está deteriorando por la existencia de ese efecto indeseable?			
¿Existe una acción específica que resulta de este efecto?			
¿Puede ser que se queje de una acción que causa ese efecto? ¿Este efecto lo coloca alguna vez frente a un conflicto? Si es así describa el conflicto			

## **ANEXO C. METODOS CUALITATIVOS DE INVESTIGACION**

### **ETNOGRAFIA**

Con el ánimo de complementar el diagnóstico de la presente tesis, se describe seguidamente todo el proceso de observación llevado a cabo en los puntos de recepción y entrega de facturación de los servicios medico asistenciales de pensión, hospitalización, pediatría y consulta externa del Hospital Santa Sofía. Estos servicios fueron escogidos como los más representativos de la entidad, por su volumen de trabajo y por la complejidad y los efectos indeseables que acontecen en el día a día y que entorpecen la labor de los facturadores.

#### **Área de Hospitalización, Pediatría y Pensión**

Se constata las instalaciones físicas. Un área de 6 mts<sup>2</sup> aproximadamente, con deficiente iluminación, ruido permanente por compartir espacio con la sala de recuperación de pacientes cardiacos. En esta oficina laboran tres facturadores que atienden al público por tres ventanas, cada uno con un computador de dotación y un escritorio, dos impresoras y un archivador para los tres.

Además, se nota mucha cantidad de papeles por todos lados, el desorden es la mayor constante.

En el inicio de la jornada de observación, a Luis, Facturador de Hospitalización, le notifican que un paciente que había sido dado de salida por un traslado a otra institución hospitalaria, fue devuelto, acarreado con ello un reproceso de ingreso, o lo que es lo

mismo, anular el egreso del paciente del Hospital. Esta situación lo pone molesto porque le avisaron muy tarde y el tiene mucho trabajo.

Se empieza a compartir con ellos, y aportan que se familiarizan tanto con el estado de un paciente, que cuando el paciente fallece se desmotivan y se desalientan para seguir trabajando, se quejan de las condiciones y del trato desigual que reciben del hospital. En palabras de Luis “Una aseadora gana el doble que nosotros, y trabaja la mitad del tiempo”.

Un aspecto cotidiano tiene que ver con el cobro de dinero por aportes voluntarios o Copagos que hace el paciente por ciertos procedimientos médicos. La problemática nace cuando no cuentan con el dinero suficiente para devolver, teniendo que ser ellos quienes tienen que salir a cambiar un billete por uno de menor denominación. Así mismo, son los facturadores los que muchas veces tienen que fotocopiar ciertos documentos de pacientes que se encuentran hospitalizados o buscar información que llega incompleta de los pisos de atención (pediatría, hospitalización y pensión).

Otro aspecto observado es la continua llegada de órdenes de atención mal diligenciadas. El caso mas notorio es del Seguro Social, que remite los pacientes al Hospital Santa Sofía con números de contratos que ya han expirado o caducado. El facturador rechaza la orden, y el paciente se molesta con el facturador, según él por su incompetencia, sabiendo que el facturador no tiene la culpa, esto también los desmotiva mucho para trabajar en su quehacer diario.

También los datos de los pacientes muchas veces están incompletos, teniendo que llamar el facturador a veces hasta los municipios en busca de información como apellidos, cedula de ciudadanía, entre otros datos del paciente.

## **Consulta Externa**

En cuanto a las condiciones físicas, una oficina de 20 mts<sup>2</sup> aproximadamente, ventana con tres puntos de atención, uno para asesoría con la enfermera, otro con una secretaria que da citas y el punto de atención de facturación. Existe buena iluminación pero mucho ruido, por impresora de cinta y por la gente que espera consulta médica. Los pacientes son llamados a facturar de acuerdo a una ficha consecutiva.

Además, de los problemas constatados en los tres servicios médicos precedentes, Consulta externa presenta una situación un poco diferente. En esta sección del Hospital, el problema de la falta de datos o de órdenes de servicios mal diligenciadas no tiene mucho efecto, ya que el facturador recibe los papeles antes de la consulta. Si se percata que no están completos no pasa al paciente donde el médico, o procede a remitirlo a la oficina de Coordinación de Facturación, para que allí se dirima el conflicto. Muchas veces, el paciente pasa donde el médico, pero se le dice al acompañante que consiga los datos o papeles que faltan mientras el paciente es atendido.

Un problema ajeno al facturador, pero que debe ser resuelto por él, es que algunos pacientes llegan tarde a la cita y descargan su incomprensión y desgracia en los facturadores, esto desalienta a la gente para trabajar.

Un elemento vital para acompañar al análisis motivacional de los empleados de Facturación es la promoción y desarrollo del empleado. En palabras de Ricardo “No he tenido la dicha de que me asciendan”. A diferencia de los tres facturadores mencionados, Ricardo no está muy a gusto con su trabajo.

De la observación etnográfica se puede sintetizar que las condiciones físicas, en cuanto a espacio, iluminación, ruido, son desfavorables para el personal de facturación, aunado a una constante relación no muy cordial con pacientes y las labores que deben desempeñar como

buscar datos, fotocopiar documentos, actividades que no enriquecen su labor, sino que por el contrario demoran los procesos y aumentan el volumen de trabajo.

A continuación se realiza una descripción del Mapa Cultural del Hospital Santa Sofía. Esta herramienta permitirá dilucidar la relación del espacio con el recorrido de un paciente y de una factura, así también como los símbolos, códigos e imaginarios colectivos de los funcionarios de facturación.

## **MAPA CULTURAL**

El Mapa Cultural fue aplicado al Hospital Santa Sofía en los puntos de atención de Urgencias, Consulta Externa, Laboratorio, Pensión, Pediatría, Cardiología, Hemodinamia y Cirugía. Estos puntos son entrada y salida del Hospital; debido a la importancia estratégica para la organización, allí se cuenta con un facturador encargado de diligenciar las cuentas por servicios médicos prestados que son remitidas a las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud EPS y a la Dirección Territorial de Salud, quienes administran el Régimen Subsidiado de Salud ARS.

Para estructurar el Mapa Cultural se utilizó los planos físicos del Hospital distribuidos por pisos de la siguiente manera:

PISO 0. Laboratorio.

PISO 1. Hemodinamia, Urgencias y Facturación Central.

PISO 2. Cirugía.

PISO 3. Hospitalización (Pensión, Pediatría y Cardiología).

Estos tres pisos pertenecen al bloque médico del Hospital, en el edificio administrativo, ubicado al frente de este edificio, se encuentran las oficinas de Dirección del Hospital y la Oficina de Financiera y Contabilidad, ambas áreas relacionadas con el proceso de Facturación.

Para entender el Flujo de Trabajo (Facturas) desde cada punto de atención a facturación central y luego a las áreas de contabilidad y financiera, es necesario describir el proceso que sigue una factura desde que el paciente ingresa a la entidad hasta que sale del hospital.

### **Flujo del Proceso de Facturación**

- Se recibe documentación (Autorizaciones, Fotocopias de Documentos).
- Se ingresa datos al sistema.
- Se ingresan los reportes médicos (evolución, ecos, pruebas, etc.)
- Se imprime prefactura
- Se envía la prefactura a la Oficina de Facturación Central.
- La Oficina de Facturación clasifica las facturas que recibe de cada punto de atención y envía los paquetes a la oficina de Auditoría Médica para revisión.
- Auditoría Médica realiza las observaciones a las prefacturas y envía de nuevo la prefactura a cada punto para ser corregida.
- Se corrige la prefactura, se le anota el consecutivo y se envía de nuevo a la Oficina de Facturación Central.
- La Oficina de Facturación Central clasifica de nuevo las facturas por EPS y ARS y las envía a la Oficina de Cartera para que sean ingresadas al sistema de Contabilidad.
- La Oficina de Cartera envía el informe de facturas a la Gerencia Financiera.
- Fin del Proceso de Facturación.

El proceso descrito explica el flujo de trabajo de la Oficina de Facturación del área de Hospitalización, ya que este proceso es más crítico que los procedimientos médico ambulatorios<sup>28</sup> debido a la mayor cantidad de información que se maneja y los desajustes de información incompleta que se presentan en esta área.

---

<sup>28</sup> Entiéndase por procedimiento médico ambulatorio aquel que se le practica al paciente y que no requiere su estancia en el hospital para recuperación.

Para los servicios ambulatorios, el proceso es el mismo, con la salvedad, de que la factura no tiene la necesidad de ser revisada por Auditoría Médica, lo que recorta el tiempo de todo el proceso.

Todo el recorrido que sigue una factura como el que debe caminar el paciente para que se le facture, se presenta en el Mapa Cultural.

Las variables que se observan en el Mapa Cultural son:

- ✓ Las Relaciones de Autoridad y Poder entre los empleados médicos y administrativos.
- ✓ El recorrido de los pacientes del sitio de atención médica a facturación.
- ✓ El ruido propio de la oficina de facturación hacia fuera y de fuera hacia la oficina.
- ✓ Las presiones que sufren los facturadores.


Para entender cada una de las variables tenidas en cuenta, se manejan las siguientes convenciones

 : Relaciones de Autoridad y Poder entre Personal Médico y Facturador.

● : Punto de Facturación.

 : Ruido.

 : Oficina de Facturación Central

 : Recorridos del Paciente del Punto de Atención Médica a la Oficina de Facturación más cercana.

 : Recorrido de la Factura.

Algunos elementos como símbolos, códigos e imaginarios colectivos son un complemento al Mapa Cultural presentado.

### **Símbolos:**

- ✓ El enfermo y sus familiares son personajes que transmiten sensibilidad a todo el personal. En especial, los facturadores sienten dolor por ellos, más aun cuando el paciente fallece, el ánimo cae, porque se han familiarizado mucho con su caso.
- ✓ El poder que se cierne sobre la profesión médica. El hombre con bata blanca, es imagen dominante frente a la imagen del hombre administrativo.
- ✓ La hora del almuerzo se da en un mismo sitio, pero no es muy perceptible que el personal médico se “mezcle” con el personal administrativo.

### **Códigos:**

- ✓ En el Hospital Santa Sofía, se manejan unas expresiones que demeritan la labor del Facturador. Al interior de la institución, la palabra facturación es sinónimo de problemas, de ineficacia, etc.
- ✓ La expresión seria, la mirada por encima del hombro, la indumentaria médica y los gestos de la mayoría de profesionales de la medicina y carreras afines es característica en este tipo de instituciones hospitalarias.
- ✓ Cada quien comparte con sus compañeros de oficina y área. Se nota mucho la exclusión.

### **Imaginarios:**

- ✓ La situación descrita en el código cultural, deja un sentimiento de exclusión en el personal médico frente al trámite administrativo, y una frustración constante en quienes trabajan en los distintos puntos de atención.
- ✓ La palabra “Doctor” aleja a las personas en vez de unirlos.
- ✓ Lo deseado sería que la palabra personal no tuviese que ser separada en personal médico y administrativo. Existe un divorcio entre estos dos polos humanos.



## **ANEXO D. RESULTADOS DE ENTREVISTAS EN EL HOSPITAL DE CALDAS**

Entrevista Carlos Ballesteros. Jefe de Cartera.

La historia del Hospital de Caldas se puede entender a partir de dos escenarios: antes de la reestructuración administrativa y después de la reestructuración administrativa. A continuación se enuncian los datos más significativos desde 1999 hasta la fecha.

Año 1999

- Los médicos no escribían códigos.
- Facturación era una isla, un castigo.
- No existía módulo de cartera.
- Los módulos informáticos de facturación y contabilidad eran diferentes.
- En este año se dio el proceso de reestructuración de la planta de personal. Aparece la turbulencia.

Año 2000.

Proceso Ley 550. Intervención económica. Se reliquidaron deudas a seis años para proveedores y a 1 año para entidades financieras con dos años de gracia.

En este año nacieron las cooperativas de trabajo asociado como resultados del proceso de reestructuración del año anterior. Se crea el área de cartera.

Año 2001.

Se firmó el Acuerdo de Reestructuración de Pasivos. Se empezó la construcción del edificio de Consulta externa. (Reestructuración Planta Física). Se diagnosticó obsolescencia tecnológica. Antes de este año todo el trabajo era manual.

Año 2002.

Se implemento un sistema de red para facturación, cartera, contabilidad, cirugía general y tesorería. Se unificó el Sistema. Se eliminó el reproceso en facturación – cartera – contabilidad. (Digitación manual).

Año 2003. Año de la verdad

Se empezaron a unificar criterios en lo administrativo, especialmente en lo relacionado con planeación. Informe de Gestión 2003. Hasta este año los datos financieros no eran confiables, no coincidían los datos de facturación, cartera, contabilidad, jefatura financiera. No había procedimientos claros en lo financiero.

HOY año 2004

Se esta trabajando en el saneamiento contable y de cartera por medio de conciliaciones. El hospital de Caldas es una institución que maneja una contabilidad al día.

Falla grande: Procesos. No hay documentación, pero se están levantando algunos procedimientos en facturación.

Para Carlos Ballesteros el problema de cartera del hospital de Caldas se resume en tres efectos indeseables:

- La contratación que realiza el hospital con otras IPS y EPS a la vez afecta de manera directa los ingresos por capitación de la entidad.
- El hospital capita servicios que no puede prestar y pagar obligaciones que no se han presupuestado.
- **La información no es sana, porque nadie tiene claro qué hay que hacer y cómo hacerlo.**

Entrevista con María Edilma Jaramillo. Jefe de Facturación del Hospital.

1. ¿En qué consiste su trabajo?: el trabajo consiste en revisar que las facturas tengan los soportes y las firmas necesarias. Cuando son muchas facturas se realiza un muestreo. Se realizan un total de 10000 facturas por mes. La mayor cantidad de facturas elaboradas por el hospital pertenecen a la Dirección Territorial de Salud, del total, solo 6000 facturas son revisadas. Otra función es pasar por los puntos de facturación para revisar que todo este bien.
2. ¿Cuáles son los problemas del área de facturación?
  - ✧ Demora en la elaboración de la factura. Esto se da porque la orden de prestación de servicios no llega a tiempo, ya sea por que el paciente no tiene la cantidad de semanas cotizadas, o no se encuentra a paz y salvo con su EPS. Esto hace que el hospital genere un pagaré al usuario para poder darle de alta, dejando a la deriva la posibilidad de recuperar estos dineros, porque muchos de los pacientes que le deben al hospital jamás se vuelven a aparecer por allí para cumplir con sus obligaciones.
  - ✧ Llegan muchos pacientes sin seguridad social (vinculados) que deben ser atendidos y n hay quien responda por estos dineros.
  - ✧ Se atienden personas que no tienen seguridad social o están en mora porque no se realiza una verificación de la situación del paciente al momento de ingresar al hospital por urgencias. El ingreso del paciente por urgencias no se controla debidamente. No se verifica si el paciente se puede atender.
  - ✧ Las EPS evaden la responsabilidad de atender a los pacientes sin seguridad social.
  - ✧ Facturación es un proceso muy largo. Facturación elabora prefactura que es revisada por auditoria, corregida por facturación y revisada de nuevo por facturación central, quien finalmente, es quien envía las facturas a las EPS.

Motivos de errores en la facturación:

El facturador se puede equivocar en la separación (Oferta, demanda, alto costo) de cada uno de los procedimientos facturados, el auditor puede hacer un mal corte y pueden existir errores de digitación, auditoria y diagnóstico.

ENTREVISTA ANDRÉS LÓPEZ Y PATRICIA CASTAÑO. (FACTURADORES).

Objetivo: Generar cuentas bien diligenciadas y oportunas.

EIDES:

- Conceptos de auditoria no unificados (Médicos y administrativos). Interpretación diferente de la ley 100 entre auditores entre sí, auditores y facturadores y auditores con pares externos.
- Los auditores no comunican los cambios y el porqué de ellos a los facturadores.
- El flujo de documentos no es adecuado. Se paraliza el proceso, ya sea por una historia clínica (auditoria, fotocopiadora, tiempo de facturación).
- Auditoria concurrente (falta de comunicación). Ponerse de acuerdo en las citas. No se alcanza a depurar todas las cuentas por falta de tiempo o porque no llegan a un acuerdo.
- Hay cuentas que no se pueden facturar hasta que no lleguen soportes (patologías, TCH que demoran más de 1 mes). Se demora porque el equipo tiene que esperar a que tenga muchos exámenes para poder trabajar.

- Farmacia: No coincide lo que pidieron con lo suministrado y que aparece en la historia clínica. Porque se queda el medicamento o la devolución en farmacia se hace tarde, o dejan el medicamento como stock.
- Apatía del servicio médico para reportar los procedimientos a facturación (RIPS).
- Comunicación Facturador – paciente. Cuando no hay atención en EPS se deja salir el paciente pero firmando un pagaré o depósito para atarlo mientras trae la orden. Muchos pacientes salen de noche o fin de semana.
- OJO la orden es más para hospitalización y para partos (corta estancia). No hay una planeación de **egreso del paciente** o que el hospital tenga un acuerdo con EPS, al menos con maternas para entregar órdenes.
- La orden la remite la EPS al final de la salida del paciente Porque los copagos que debe pagar el paciente, solo se conoce cuando se factura el servicio.
- Consulta externa: Muchas facturas se pierden porque el facturador se le da al paciente para que la lleve donde el médico y así él puede anexarle los soportes y RIPS, además porque el volumen de trabajo es muy grande para el facturador. El problema se presenta cuando el paciente no entra al consultorio y se va con la factura. Si el paciente entra al consultorio, el medico retiene la factura.
- No hay como confrontar lo que aparece en el RIPS con lo real. Hay que confiar en la pericia del médico.

Motivos de glosas o devoluciones de cuentas:

SOAT: Devuelven por formularios de informe de accidentes, por falta de datos, por mal diligenciamiento.

FISALUD: Son demasiado exigentes. Devuelve toda la cuenta.

ENTREVISTA GRUPAL. Funcionarios de Cooprodatos (Cooperativa de Trabajo Asociado en Facturación del Hospital de Caldas ESE

Efectos Indeseables (EIDES).

- Desintegración de los procesos escritos de acuerdo a la normatividad.
- Falta de conciliación con EPS. Ponerse de acuerdo como quieren que sea facturado el servicio.
- Sistema de información deficiente, se bloquea el sistema porque el servidor esta saturado.
- Los soportes no llegan a tiempo.
- Flujo de Caja bajo lo que no permite hacer cambios o realizar nuevas inversiones o contratar más gente.
- Errores en facturación por interpretación de la norma por digitación.
- Facturas se van sin soportes porque no se sabe que pide las EPS y ARS, también porque hay exámenes que no llegan a tiempo.
- Tiempos que no se cumplen por volumen de trabajo.
- A veces la información sobre cambios en facturación se queda en garantía de calidad o lo comunican vía circular, algo inadecuado.
- Falta capacitación y actualización sobre auditoria.
- No se le ha dado la importancia o el papel de auditor al facturador.
- Se paran contratos, pero el servicio se continúa facturando, llevando a un desgaste financiero.
- Responsabilidad compartida entre Cooprodatos, auditoria del hospital, servicios del hospital hasta la fotocopiadora.
- No esta claramente definido y estandarizado la auditoria

## ANEXO E. EXPERTOS VINCULADOS A LA INVESTIGACION

Dilian Francisca Toro

Senadora de la República. Comisión Séptima.

[dilianfrancisca@hotmail.com](mailto:dilianfrancisca@hotmail.com)

Wilson Fernando Melo

Asesor Ministerio de Protección Social

[wfmelo@hotmail.com](mailto:wfmelo@hotmail.com)

Juan Carlos Giraldo Valencia

Director Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC

[ejecutiva@achc.org.co](mailto:ejecutiva@achc.org.co)

Carmen Elisa Nuñez

Asesora Centro de Gestión Hospitalaria

[cenunez@cgh.org.co](mailto:cenunez@cgh.org.co)

Gisella Archbold de la Peña

Medico. Hospital Thimoty Britton ESE. San Andrés Isla.

[giselaarchbold@hotmail.com](mailto:giselaarchbold@hotmail.com)

Germán Mejía Gómez

Jefe Financiero. Hospital San Jorge (Pereira)

[gemego1@yahoo.com](mailto:gemego1@yahoo.com)

Luis Fernando Montoya

Jefe Contro interno. Hospital Universitario San Jorge ESE (Pereira).

[lfzapata@husj.gov.co](mailto:lfzapata@husj.gov.co)

Luz Adriana Suárez

Auditora Médica. Asmetsalud ARS

Diana Patricia Tabares

Jefe Financiera. Hospital de Caldas ESE (Manizales).

Juliana Gómez

Directora. Hospital Universitario San Jorge ESE (Pereira)

[jgomez@husj.gov.co](mailto:jgomez@husj.gov.co)

Juan Carlos Vélez Sáenz

Director. Hospital San Juan de Dios (Armenia).

[hospital@nexos.com.co](mailto:hospital@nexos.com.co)

Fernando Antonio Giraldo

Director. Clínica Rita Arango. Seguro Social. (Manizales).

[clsegsoc@epm.net.co](mailto:clsegsoc@epm.net.co)

Jesús Bernardo Gallego

Director. Hospital de Caldas ESE (Manizales).

Jorge Hernán Yepes A.

Director. Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas.

[gerencia@santasofia.com.co](mailto:gerencia@santasofia.com.co)



## **ANEXO F: EFECTO DE LA ACTUACION DE LAS EPS, IPS, ARS.**

### **Entidades Promotoras de Salud, EPS.**

Son las entidades responsables de la afiliación, y el riesgo de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones. Su función es la de organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del Plan de salud Obligatorio, asimismo, promover la afiliación de grupos de población no cubiertos por la Seguridad Social.

Para garantizar el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, las EPS, prestarán directa o contratarán los servicios de salud con las Instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS y los profesionales de la salud.

Las cotizaciones que recauden las EPS pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud. De acuerdo a este valor, este sistema general reconocerá a cada EPS un valor per cápita que constituye en el aporte del Gobierno para atender la salud de los colombianos.

### **Instituciones Prestadoras de servicios de salud, IPS.**

Son aquellas entidades encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados a un régimen de seguridad social (contributivo o subsidiado) y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la ley.

Las IPS deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán la autonomía administrativa, técnica y financiera. Para que una entidad pueda constituirse

como IPS deberá cumplir con los requisitos contemplados por el Ministerio de Protección Social.

### **Administradoras del Régimen Subsidiado**

Son aquellas empresas que vinculan a los individuos al Sistema de Seguridad Social en Salud a través del pago de una cotización subsidiada. (Ley 100 de 1993 – Art. 211). Este régimen se creó con el fin de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y su grupo familiar que no tienen capacidad de cotizar.

La administración oficial recae en las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, las cuales suscriben contratos con empresas encargadas de velar por el cumplimiento de la ley de aseguramiento subsidiado.

### **EFFECTO DE LA ACTUACION DE LAS EPS, IPS, ARS.**

Tanto el régimen contributivo (EPS) como el régimen subsidiado (ARS) son atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Los recursos del primero provienen del aporte del trabajador y empleador y es administrado por las EPS. Los recursos del segundo se originan mayoritariamente en el aporte del gobierno nacional, departamental y municipal y es administrador por las ARS.

El conflicto subyace cuando la IPS cobra por sus servicios prestados a estos dos aseguradores y se encuentran inconsistencias en la información suministrada por la entidad hospitalaria. Ahí se empieza a dilatar el pago del servicio, acarreando demora en el pago de empleados médicos y administrativos y proveedores de suministros y medicinas.

## ANEXO G. NORMATIVIDAD

### **Decreto 204 de enero 28 de 1998. Art. 2.**

Por el cual "Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo patrimonio exceda de 200 salarios mínimos legales mensuales, y que presten los servicios de urgencias, hospitalización o cirugía en cualquier grado de complejidad deberán establecer un sistema de costos y facturación, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993".

### **Decreto 2753 de noviembre 13 de 1997.**

Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**ARTÍCULO 3. De la complejidad de los servicios.** Los servicios de los prestadores de servicios de salud se continuarán clasificando en grados de complejidad de acuerdo con la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento de salud. Los grados de complejidad son bajo, mediano y alto, en este último se incluyen los niveles tres y cuatro previstos en la **Resolución 5261 de agosto 5 de 1994**. Véase Ley 100 de 1993, [Art. 185](#)

**PARÁGRAFO.** Los prestadores pueden prestar uno o más servicios de distinto grado de complejidad y/o modalidad, para lo cual deben cumplir los requisitos esenciales de prestación de servicios establecidos en las normas sobre garantía de calidad. La clasificación de los establecimientos dependerá de la complejidad predominante de sus servicios.

**ARTÍCULO 7. De la clasificación según tamaño y complejidad.** Modificado Decreto 204 de 1998, [Art. 2](#) Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo patrimonio

exceda de 200 salarios mínimos legales mensuales, y que presten los servicios de urgencias, hospitalización o cirugía en cualquier grado de complejidad deberán establecer un sistema de costos y facturación, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993

Los grupos de práctica profesional que para la prestación de los servicios que van a ofrecer requieran de una infraestructura propia deben constituirse como IPS.

Véase Ley 100 de 1993, [Art. 185](#)

### **Resolución 2561 de agosto 5 de 1994.**

Por la cual se definen los niveles de complejidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS.

ARTICULO 20. RESPONSABILIDADES POR NIVELES DE COMPLEJIDAD. Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece:

NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

NIVEL II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del medico general y/o profesional paramédico

## LIBRO II.

### PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS>

#### CAPITULO I.

### PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS - NIVELES DE COMPLEJIDAD

ARTICULO 91. DEFINICION. Para efectos de la interpretación del presente Manual, se entiende por Nivel de Complejidad, la clasificación funcional del tipo de actividad, intervención y procedimiento, y del personal idóneo para su ejecución.

ARTICULO 92. DE LAS RESPONSABILIDADES. En principio las responsabilidades para los diferentes niveles estarán discriminadas así:

NIVEL I: Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud

NIVEL II: Médico General con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV Medico Especialista con la participación del médico general.

PARAGRAFO. La definición de niveles anteriores corresponde a las actividades, intervenciones y procedimientos y no a las instituciones.

#### TITULO I.

#### DESARROLLO PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS, PARA EL NIVEL I DE COMPLEJIDAD

ARTICULO 96. POS, PARA EL NIVEL I. DE COMPLEJIDAD. Se incluyen entre otras las siguientes actividades, intervenciones y procedimientos, listado general:

Atención Ambulatoria y Consulta Médica General

#### TITULO II.

#### DESARROLLO DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD PARA EL NIVEL II DE COMPLEJIDAD

ARTICULO 105. ATENCION AMBULATORIA ESPECIALIZADA. Defínase como la atención medica, NO quirúrgica, NO procedimental y NO intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o ms de las disciplinas de esta ciencia y en

la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. Tendrá el mismo carácter técnico-administrativo para los niveles II y III de complejidad atención.

### TITULO III.

#### DESARROLLO DE PLAN OBLIGATORIO DE SALUD PARA EL NIVEL III DE COMPLEJIDAD

ARTICULO 110. CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS. La utilización de los servicios incluidos en este nivel requerir n la aprobación previa de la Entidad Promotora de Salud, quien podrá utilizar para ello comités médico científicos quienes deberán ceñirse a las Guías de Atención Integral.

### TITULO IV.

#### DESARROLLO DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD PARA EL NIVEL IV. ATENCION DE PATOLOGIAS DE TIPO CATASTROFICO

ARTICULO 117. PATOLOGIAS DE TIPO CATASTROFICO. Son patologías CATASTROFICAS aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel por ejemplo Transplante renal, Diálisis, Cirugía cardiaca, etc.