

DECRETO 2193

HERRAMIENTA GERENCIAL

ANTECEDENTES

Ante la necesidad del Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación de contar con información financiera, técnica y administrativa de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que permitiera la toma de decisiones, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 2193 el 8 de julio de 2004, en el cual se estableció las condiciones y los procedimientos para la presentación de información periódica y sistemática de la gestión desarrollada por cada una de las IPS

En este sentido se implementó un aplicativo Web para el sistema de información hospitalaria con el fin de mejorar tiempos de respuesta en la entrega de la información, permitiendo el trabajo en línea a los actores del sistema y la calidad de la información a través del desarrollo de validaciones a diferentes niveles.

POLITICA NACIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Con el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos, se formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

Esta propuesta busca convertirse en el marco que promueva una actuación articulada, no solo de los distintos actores que hacen parte de la red de prestadores de servicios públicos y privados de salud, sino de otros sectores, como la academia, las entidades territoriales, los reguladores, los aseguradores, las organizaciones de usuarios y las entidades vinculadas con la investigación y el desarrollo.

Es por esto que para su formulación se realizó un trabajo multidisciplinario e interinstitucional con aportes y sugerencias de entidades territoriales, academia, gremios, instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, lo que permitió al grupo del Ministerio de la Protección Social que trabajó en esta materia, enriquecerla y ajustarla.

En esencia se busca lograr que la información sobre la calidad se convierta en un bien público que permita orientar las decisiones de los agentes en el sistema, modernizar las formas de operación de los prestadores públicos, consolidar las redes de servicios de salud para optimizar recursos y mejorar acceso y desarrollar un sistema de incentivos para prestadores en todo el territorio colombiano.

CUAL ES EL OBJETIVO DEL DECRETO 2193

Contar con datos coherentes y consistentes que brinden confiabilidad en el análisis de los mismos no solamente a las entidades solicitantes, sino a todos los que intervienen en este proceso.

PASOS A TENER EN CUENTA PARA RENDIR EL DECRETO 2193

1. CONFORMACION DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Se sugiere que lo conformen:

- Gerente
- Subgerente
- Coordinador Medico
- Contador
- Estadístico
- Enfermero(a)
- Encargado(a) de Cartera
- Facturación
- Calidad
- Presupuesto
- Recurso Humano

2. PRESENTACION GENERAL DEL DECRETO 2193

Para esta presentación se deberá tener en cuenta:

- Antecedentes del Decreto 2193
- Objetivo del Decreto 2193
- Formularios Anuales
- Formularios Trimestrales
- Formularios Semestrales
- Fechas de Presentación

3. DEFINIR LOS RESPONSABLES POR CADA FORMULARIO

Para asignar los responsables de cada formulario, se sugiere tener en cuenta:

- Perfil , experiencia y formación académica
- Tipo de vinculación laboral
- Capacidad de Liderazgo

4. IDENTIFICAR LA FUENTE PRIMARIA DE INFORMACION POR CADA FORMULARIO

Se debe verificar:

- Proceso del Servicio
- Responsable del Servicio
- Responsable de la captura de la información
- Información manual o sistematizada, mixta.
- Existencia del manual de proceso en el servicio.
- Existencia de Formularios para el registro de datos que corroboren la actividad.

5 VERIFICAR LOS MECANISMOS PARA LA CAPTURA DE LA INFORMACION

Se sugiere constatar:

- Responsable de la captura de la información
- Perfil del responsable de la captura de la información
- Numero de formularios que se diligencian por actividad
- Rendimiento por actividad
- Dependencia de la información

6. EVALUAR LA CALIDAD Y VALIDEZ DE LA FUENTE DE INFORMACION POR CADA FORMULARIO

Se sugiere revisar:

- Consistencia de los datos
- Oportunidad en el diligenciamiento de los formularios
(registro de datos)
- Pertinencia de los formularios existentes
- Suficiencia de los datos capturados
- Existencia de indicadores

7. CAPACITAR A LOS FUNCIONARIOS QUE CAPTURAN LA INFORMACION

De acuerdo a los resultados de la evaluación , se debe elaborar un programa de capacitaciones que permitan a los funcionarios de cada servicio desarrollar destrezas y habilidades en el diligenciamiento de los datos como resultado de la actividades a su cargo.

Este proceso debe involucrar a todos los que interactúan en el servicio, ya sea como entrada o salida del dato.

8. ESTANDARIZAR FUENTES UNICAS DE INFORMACION PARA CADA FORMULARIO

Este es quizás el paso mas importante en la presentación del Decreto 2193.

Estandarizar las fuentes de información garantiza un único dato en el proceso y por ende un único dato a reportar.

9. EVALUAR ALEATORIA Y PERIODICAMENTE EL PROCESO DE CAPTURA DE LA INFORMACION

Este paso es tan importante como en cualquier otro tipo de actividad dentro de una institución, pues sirve para constatar el impacto de las capacitaciones, el cumplimiento de directrices , el acatamiento y adherencia a normas.

10. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Se sugiere:

- Hacerlo con suficiente tiempo antes de la fecha ultima para rendir la información.
- Elaborar un cronograma para entrega de la información por servicio.
- Dedicar tiempo exclusivo.

11. CONCILIACION DE CIFRAS

Es necesaria, pertinente y valida, cuando el formulario es alimentado por mas de una fuente e interactúan en el mismo, varios funcionarios.

12. CONSOLIDACION DE LA INFORMACION

En este punto se sugiere que esta actividad lo debe hacer el funcionario con el perfil y conocimiento para cada formulario.

13. ANALISIS DE LA INFORMACION

A este punto se sugiere:

- Convocar la Gerencia General
- Participar en pleno el Equipo Interdisciplinario
- Hacer el análisis en tres aspectos:
 - Administrativo
 - Financiero
 - Asistencial.
- Utilizar indicadores referentes y propios

14. CONSTRUCCION DE PLANES DE MEJORA

Se recomienda:

- Que sea una directriz gerencial
- Hacerlo por servicio
- Que sean pertinentes y viables financieramente
- Que sean pertinentes desde el punto de vista técnico
- Socializarlos en toda la organización

15. ENVIO DE LA INFORMACION

Se insiste en no dejar el procesamiento, la consolidación y análisis para el ultimo día de plazo para rendir la información.

Se recomienda enviar la información con por lo menos 2 días antes del máximo plazo.

16. SOCIALIZACION INSTITUCIONAL DE LOS RESULTADOS

Para lograr el compromiso de los funcionarios frente a cualquier actividad que se desarrolle dentro de la organización, es necesario difundir los resultados; además de que esto apunta a la Cultura Organizacional.

El mejor espacio suele ser los comités gerenciales ampliados.

17. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA.

Es tan importante como el análisis de la información, pues los planes de mejora sin un seguimiento estricto a su ejecución, se pueden convertir en letra muerta, en esfuerzos y oportunidades perdidas.

QUE NO ES EL DECRETO 2193

Un documento mas, para la firma del Gerente.

Una lista de chequeo

Un procesador de cifras

Un requisito mas para cumplir

Un asidero de burocracia

Un decreto inerte

QUE SI ES EL DECRETO 2193

Una Herramienta gerencial

Un inductor a procesos

Un evaluador de procesos

Un indicativo asistencial

Un indicativo administrativo

Un indicativo financiero

IMPACTO DE LA INFORMACION DEL DECRETO 2193, EN LAS DECISIONES GUBERNAMENTALES

JUSTIFICACION

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Categorización del Riesgo de Hospitales, tuvo como fuente de información del Decreto 2193. El primero se estructura en dos capítulos, en el primero se presenta la problemática y la formulación de la política propiamente dicha, en el segundo se encuentra el contexto y el ámbito donde ésta se desarrolla.

Tabla 20. Producción de Servicios IPS Públicas. 2002 - 2004

Servicios	2002	2003	2004	% Variación 02-04
Consultas Electivas	20.187.727	23.791.157	27.213.067	34,8
Consultas Urgencias	6.953.959	7.701.736	8.362.287	20,3
Partos	436.545	462.193	433.363	-0,7
Egresos	1.603.857	1.615.779	1.631.506	1,7
Cirugías	642.206	671.305	689.229	7,3

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

El análisis de utilización de la capacidad instalada se realizó cruzando el número de servicios producidos, frente al número de recursos físicos dispuestos para ello.

Con relación a la utilización de los servicios de hospitalización se presentan los indicadores de porcentaje ocupacional, promedio día estancia y giro cama.

**Tabla 21 . Indicadores de utilización de Camas hospitalarias
 Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. 2002 – 2004**

Nivel	Concepto	2002	2003	2004
Primer Nivel	Porcentaje Ocupacional	34,50%	33,80%	37,80%
	Promedio Día Estancia	1,97	1,87	1,85
	Giro Cama	53,49	57,27	63,23
Segundo Nivel	Porcentaje Ocupacional	65,80%	68,00%	73,50%
	Promedio Día Estancia	2,99	3,32	3,4
	Giro Cama	76,66	71,35	74,99
Tercer Nivel	Porcentaje Ocupacional	87,00%	87,10%	84,60%
	Promedio Día Estancia	5,18	5,12	5,48
	Giro Cama	66,28	67,66	58,41
Total País	Porcentaje Ocupacional	58,60%	59,00%	63,0%
	Promedio Día Estancia	3,14	3,2	3,23
	Giro Cama	65,1	64,82	66,61

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS
 Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Sin entrar en los detalles técnicos, a través de los cuales se define la categoría de riesgo, las instituciones se clasifican teniendo en cuenta **la información presupuestal y financiera que ellas mismas reportan, en cumplimiento de la obligación establecida en el Decreto 2193 de 2004.**

Para la clasificación se verifica la capacidad de las instituciones para financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes, frente a sus ingresos operacionales corrientes. Igualmente, se establecen elementos diferenciales para las instituciones que operan en condiciones de mercado especiales, por ejemplo, estar ubicada en un municipio que pertenezca al quintil más alto de dispersión poblacional y sea la única opción en el municipio para la atención de urgencias y partos; o si la institución tiene más de 50 % de sus sedes en municipios de estas características; o su función es la hospitalización de pacientes con enfermedad mental.

Como parte de la categorización, las instituciones que no tenían actualizada la información correspondiente a 16 de agosto de 2012, fueron clasificadas como de alto riesgo.

Un aspecto fundamental de esta categorización es que a partir de ella, las Empresas Sociales del Estado categorizadas como de riesgo alto y medio deberán adoptar el programa de saneamiento fiscal y financiero al que se refiere la Ley 1438 de 2011, en su artículo 81. La no adopción de este programa será causal de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Se debe comparar los siguientes conceptos reportados en las hojas de ejecución presupuestal de ingresos y facturación.

Sumatoria de ingresos reconocidos por ventas de servicios de salud Total VS
Facturado por ventas de servicios de salud

La Diferencia debe corresponder a la sumatoria de los valores reportados en las siguientes subcuentas, de la hoja del estado de actividad financiera, económica y social de la IPS ó de lo contrario la institución debe dar las explicaciones correspondientes a la Dirección Territorial de Salud y hacer las anotaciones en el cuadro de observaciones.

Facturación (Recaudado vigencia actual)	Comparación	Ejecución Presupuestal de Ingresos, ventas de servicios de salud (Recaudado)
<ul style="list-style-type: none"> • Régimen Contributivo 	=	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen Contributivo
<ul style="list-style-type: none"> • Régimen Subsidiado 	=	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen Subsidiado
<ul style="list-style-type: none"> • Atención a la población pobre 	=	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a la población pobre
<ul style="list-style-type: none"> • SOAT 	=	<ul style="list-style-type: none"> • SOAT
<ul style="list-style-type: none"> • FOSYGA (ECAT) 	=	<ul style="list-style-type: none"> • FOSYGA (ECAT)
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de intervenciones colectivas 	=	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de intervenciones colectivas
<ul style="list-style-type: none"> • Otras Ventas de Servicios de Salud 	=	<ul style="list-style-type: none"> • Otras Ventas de Servicios de Salud

- Se debe comparar los siguientes conceptos reportados en las hojas de facturación y Estado de actividad financiera, económica y social de la Institución.

Facturación	Comparación	Estado de actividad financiera, económica y social de la Institución.
<ul style="list-style-type: none"> • Total facturado por ventas de servicios de salud 	=	<ul style="list-style-type: none"> • Valor registrado en la cuenta 4312, ventas de servicios de salud
<p>Lo anterior, teniendo en cuenta que la Contaduría General de la Nación en la Circular 35 de 2000, dice textualmente: “La causación del ingreso debe efectuarse con base en los servicios facturados al paciente”.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Total glosas definitivas 	<=	<ul style="list-style-type: none"> • Valor registrado en la cuenta 580802, perdida en retiro de activos

- Se debe comparar los siguientes conceptos de cartera y balance general:

Cartera (Sumatoria de las edades Radicada)	Comparación	Balance General
Total cartera radicada de régimen contributivo	>=	Subcuenta 140920 Plan obligatorio de salud POS-EPS facturación radicada, del activo corriente y no corriente.
Total cartera radicada de régimen subsidiado	>=	Subcuenta 140921 Plan subsidiado de salud POSS-EPS facturación radicada, del activo corriente y no corriente.
Total cartera radicada de SOAT-ECAT	>=	Subcuenta 140929 Atención

GRACIAS