

A continuación, se da respuesta a los interrogantes del cuestionario correspondiente a la proposición No. 05 del 2 de agosto de 2017 recibida en esta Superintendencia mediante NURC 1-2017-123602, en los siguientes términos:

1. “Evolución histórica de la situación fiscal y financiera de los prestadores públicos de salud.”

Antes de dar respuesta a este interrogante, se considera pertinente realizar un contexto general de la situación económica de los prestadores de servicios de salud-IPS.

En este sentido, de acuerdo con la información reportada directamente por las IPS a este órgano de Supervisión, se observa que las mismas con corte a diciembre de 2015 generaron utilidades cercanas a los \$2.1 billones de pesos, de los cuales el 19% es atribuido a entidades públicas y el 81% a entidades privadas.

6.340 de las IPS, para las cuales se tenía información, obtuvieron unas utilidades de \$2.9 billones de pesos, alcanzando en promedio 459,5 millones de pesos en ganancias.

**Cuadro No. 1
Utilidades y Pérdidas a diciembre de 2015
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**

Cifras en miles de millones de pesos.

Total utilidades y pérdidas a Dic 2015					
Tipo de Entidad	Utilidades		Pérdidas		Utilidad Neta
	No. Entidades	Valor	No. Entidades	Valor	
IPS Privadas	5.627	\$2.106	915	\$(378)	\$1.728
Hospitales públicos	713	\$806	247	\$(395)	\$412
Total	6.340	\$2.913	1.162	\$(773)	\$2.140

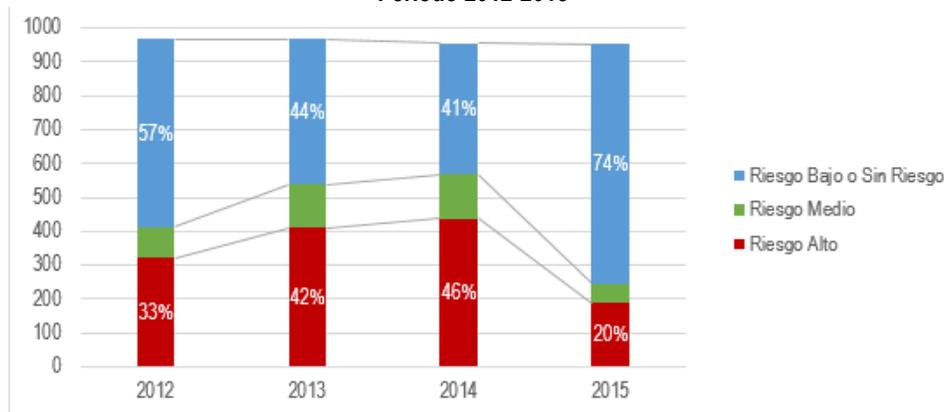
Fuente: Reporte IPS/ Archivo Técnico 57 y 58, balance general y estado de resultados. Circular única 047 de 2007 y sus modificatorias.

Respecto a los hospitales públicos, desde el año 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, viene realizando la categorización del riesgo de la Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, teniendo en cuenta la capacidad de estas de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes de las instituciones, frente a los ingresos operacionales corrientes.

En este sentido, analizada la categorización del riesgo de las E.S.E, se observa una tendencia al mejoramiento de estas entidades, las cuales pasaron de 312 E.S.E en riesgo alto para el año 2012 a 184 para el año 2015 y a 130 para el año 2017.

En concordancia con lo anterior, en el año 2012 fueron clasificadas 338 E.S.E sin riesgo financiero, mientras que para el año 2015 esta cifra aumentó a más de 500 E.S.E sin riesgo financiero y manteniéndose alrededor de esta cifra (461 ESE) para el año 2017, cifra en la cual hay que tener en cuenta la disminución del total de ESE, explicada por la fusión de 22 ESE de Bogotá Distrito Capital, en 4 ESE, así como 185 ESE que se encuentran en el correspondiente Plan de Gestión Integral del Riesgo - PGIR ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Gráfica No. 1
Clasificación por nivel de riesgo
Hospitales públicos
Periodo 2012-2015



Fuente: Resoluciones 2509 de 2012, 1877 de 2013, 2090 de 2014, 1893 de 2015, 2184 de 2016, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuadro No. 2
Categorización del riesgo E.S.E
Periodo 2012-2017

Riesgo	Nivel	Resolución 2509 de 2012	Res. 1877 y 3467 de 2013	Res. 2090 de 2014	Res. 1893 de 2015	Res. 2184 y 3916 de 2016	Res. 1755 de 2017
Riesgo alto	1	265	353	374	158	171	115
	2	42	52	50	21	20	14
	3	5	5	6	5	3	1
Subtotales		312	410	430	184	194	130
Riesgo medio	1	75	105	112	54	65	38
	2	14	20	23	6	11	12
	3	2	3	3	1	2	1
Subtotales		91	128	138	61	78	51
Riesgo bajo	1	199	91	49	141	154	87
	2	24	20	8	27	26	6
	3	4	5	2	1	2	1
Subtotales		227	116	59	169	182	94
Sin riesgo	1	280	270	275	455	414	385
	2	45	32	40	67	62	63
	3	13	11	13	17	17	13
Subtotales		338	313	328	539	493	461
		1					167

Riesgo	Nivel	Resolución 2509 de 2012	Res. 1877 y 3467 de 2013	Res. 2090 de 2014	Res. 1893 de 2015	Res. 2184 y 3916 de 2016	Res. 1755 de 2017
No categorizadas por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud	2						15
	3						3
							185
Totales		968	967	955	953	947	921

Fuente: Resoluciones 2509 de 2012, 1877 de 2013, 2090 de 2014, 1893 de 2015, 2184 de 2016, Res 1755 de 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

Las ESE categorizadas en riesgo medio o alto por el Ministerio de Salud y Protección Social deben someterse a un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la comunicación de la categorización y en caso de no adoptarlo, son remitidas a la Superintendencia Nacional de Salud.

Para efectos de las acciones derivadas de la no presentación o la no viabilidad de tales programas, la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con los procedimientos y normas adoptados, implementó el programa denominado “PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO DE LAS E.S.E., PGIR”, el cual busca en cada institución el restablecimiento de las condiciones financieras para garantizar la prestación del servicio público de salud.

En desarrollo de lo anterior, la SNS implementó los Planes de Gestión Integral del Riesgo PGIR, a través de la Resolución 0276 del 27 de enero de 2016, como herramienta de inspección y vigilancia para medir, identificar, evaluar, mitigar y controlar los riesgos de solvencia y liquidez de los vigilados; la cual consiste en un análisis detallado de la situación financiera, administrativa, asistencial y jurídica de la entidad y el diagnóstico respectivo; así como en el acompañamiento encaminado a decidir su viabilidad y, en caso positivo, realizar el seguimiento a su ejecución.

Entre las vigencias 2014 a 2016 el Ministerio de Hacienda y Crédito Público ha remitido a la Superintendencia Nacional de Salud 359 entidades hospitalarias públicas como consecuencia de la no viabilización o no presentación de programas de saneamiento fiscal y financiero, obteniendo ya resultados positivos en algunas de ellas, toda vez que lograron punto de equilibrio con los ingresos recaudados, cumplieron las cifras de producción proyectadas para la vigencia 2016, alcanzaron los indicadores de eficiencia programados y disminuyeron los pasivos en relación con los registrados en el momento de ingreso al Plan. Ejemplos de estos casos exitosos se presentan a continuación:

Cuadro No. 3
Ejemplos Casos Exitosos
E.S.E en Plan de Gestión Integral de Riesgo-PGIR

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ESE
ATLÁNTICO	CAMPO DE LA CRUZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE CAMPO DE LA CRUZ
BOLÍVAR	ACHÍ	ESE HOSPITAL LOCAL SAN JOSE DE ACHI
BOYACÁ	ARCABUCO	ESE CENTRO DE SALUD DE ARCABUCO
HUILA	NÁTAGA	ESE HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA
TOLIMA	CUNDAY	ESE HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ
TOLIMA	HERVEO	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión por Riesgos. SNS

Es así como, los Planes de Gestión Integral de Riesgo, las medidas de compra de cartera, los mecanismos de saneamiento fiscal y financiero establecidos en la Ley 1608 y el pago por prestación de servicios a población pobre no asegurada –PPNA y de servicios no POS y el giro directo de recursos, han tenido un efecto positivo en las finanzas de los hospitales públicos, generando como resultado que un 74% de estos se encuentren en riesgo bajo o sin riesgo financiero.

2. “¿Ha servido el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en el Sector Hospitalario Nacional? Avances y dificultades.”

De conformidad con el Decreto 1011 de 2006, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad lo integran cuatro componentes a saber: i) Sistema Único de Habilitación, ii) Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención, iii) Sistema Único de Acreditación y iv) Sistema de Información para la Calidad en Salud, creado con el fin de proveer servicios de salud a los usuarios Sistema General de Seguridad Social en Salud en pos de su satisfacción y adhesión, de forma accesible y equitativa, con profesionales óptimamente capacitados, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos.

En términos generales, el sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en el Sector Hospitalario Nacional ha generado importantes resultados desde su implementación, logrando la incorporación de las instituciones prestadoras de servicios de salud en una cultura de definición y desarrollo de estándares mínimos de calidad, procesos inter relacionados e interdependientes orientados a prestar cada día un mejor servicio de salud a la población garantizando mayor seguridad al paciente durante todo el ciclo de atención.

Los resultados por cada uno de los componentes se presentan a continuación, así:

1. El Sistema Único de Habilitación

Las instituciones prestadoras de salud-IPS deben cumplir con unas condiciones mínimas de calidad para la prestación del servicio de salud según su especialidad, con el fin de que el cumplimiento de estas condiciones garantice la atención en salud de manera segura para el paciente.

En desarrollo de este componente, se creó en el año 2006 el Registro Especial de Prestadores -REPS, a través del cual es posible realizar control a todos los prestadores de servicios de salud del país que han sido habilitados por las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital, es decir aquellos que, de acuerdo con la

verificación realizada por las Secretarías de Salud, cumplen con las condiciones mínimas de capacidad técnico administrativa, tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera en los municipios y departamentos del país.

En este sentido el Sistema Único de Habilitación ha permitido no solamente identificar y controlar a los prestadores de servicios de salud, sino también fortalecer la labor de inspección, vigilancia y control que por competencia tienen asignadas las entidades territoriales para lo cual adicionalmente se ha establecido normativamente, la obligación de realizar un plan de visitas de verificación de habilitación por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud

El segundo componente del SOGC, corresponde a la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, en donde, los programas de auditoria de las instituciones, en la mayoría de los casos se encuentran debidamente documentados. En este campo, se han iniciado importantes trabajos para su implementación y se debe continuar generando acciones para fortalecer su implementación con miras a lograr una ejecución sistemática, tendiente al cumplimiento de planes de mejora continuos, con compromisos que conlleven a un adecuado seguimiento, generando culturas institucionales de autocontrol.

Este componente ha permitido a la Superintendencia Nacional de Salud generar herramientas de inspección y vigilancia sobre algunos puntos clave, así:

- La evaluación de la ejecución de acciones de mejoramiento
- La evaluación de la ejecución de auditorías internas frente a la ejecución de los planes de mejoramiento.
- La evaluación de aprendizaje organizacional.

De igual forma, este componente del SOGC ha permitido a los prestadores de servicio incorporar estrategias y acciones de mejoramiento de procesos misionales, de gestión del riesgo y del programa de seguridad del paciente, entre otros.

3. El Sistema Único de Acreditación

Este componente corresponde a un proceso voluntario de la institución, consistente en alcanzar ya no estándares mínimos obligatorios de calidad, sino estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud. En este sentido el desarrollo de este componente, a nivel individual, se concreta a partir de la certificación de acreditación otorgada por el ICONTEC, como entidad acreditadora autorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Actualmente en el país existen 36 IPS acreditadas, es decir, que cuentan con estándares superiores de calidad, cuyo certificado de acreditación es adicionalmente avalado por IsQUA, entidad referente internacional en calidad. De las 36 IPS acreditadas, vale la pena mencionar que cinco (5) de ellas son prestadores públicos.

4. El Sistema de Información para la Calidad

Por último, con relación al componente de sistema de información para la calidad, ha permitido contar con información oportuna y cada vez más confiable, para la construcción de indicadores de seguimiento y monitoreo a la prestación de servicios, los cuales permiten analizar el comportamiento de accesibilidad y oportunidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción, entre otros.

3. “¿La integración vertical va a seguir cerrando hospitales?”

Al respecto es importante precisar que la Ley 1122 de 2007 en su artículo 15 limita la integración vertical entre las Empresas Promotoras de Salud, de los dos regímenes, y su red de IPS propias, al 30% del valor del gasto en salud, pudiendo distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

Adicionalmente, en lo que refiere a las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado, éstas por disposición del artículo 16 de la citada Ley 1122 de 2007, contratarán como mínimo, el sesenta por ciento (60%) del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutoria, al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

Lo anterior, además de la implementación de estrategias como el giro directo a prestadores y la compra de cartera, permite afirmar que no existen evidencias que permitan concluir que la integración vertical sea la causa del cierre de algún hospital público.

4. “Informe sobre los principales hallazgos en las auditorías realizadas a prestadores públicos.”

Las auditorías realizadas por esta Superintendencia a los prestadores de servicios de salud públicos, han puesto en evidencia hallazgos generados principalmente por manejo gerencial fuera de los parámetros de eficiencia relacionados con:

- a) Aspectos gerenciales y administrativos
 - Contratación de labores misionales a través de sindicatos o tercerización laboral
 - Fallas en los procesos de contratación desde la etapa pre contractual hasta la de liquidación de los contratos.
 - Ineficiente provisión de las contingencias judiciales
 - Ausencia de sistema de costos
 - Fallas de control interno

- b) Aspectos técnico científicos
 - Prácticas y acciones inseguras en la prestación de los servicios
 - Fallas en el manejo de residuos hospitalarios
 - Incumplimiento de los cronogramas de mantenimientos preventivos de equipos biomédicos
 - Problemas en el proceso de referencia y contrareferencia
 - Documentación de protocolos, guías o modelos de atención sin socialización ni seguimiento de los mismos en aspectos como manejo de desnutrición, interrupción voluntaria del embarazo, pacientes con diagnóstico de cáncer, así como de procesos internos como son entrega de turno, bioseguridad

- c) Aspectos financieros y presupuestales
- Desequilibrio presupuestal
 - Gestión incipiente de cartera la cual tiene vencimientos de más de 90 días
 - Problemas de facturación oportuna
 - Porcentajes de recaudo desfasados frente a presupuestos
 - Incipiente labor de gestión de glosas
 - Fallas en la gestión de los servicios farmacéuticos

5. “¿Cuánto ha crecido la cartera hospitalaria en los últimos 10 años?”

Respecto a la deuda que tienen las EPS con las IPS, de acuerdo con la información reportada por las IPS y por las Entidades Responsables de Pago – ERP a través de Circular Conjunta 030 de 2013, la situación de la cartera con corte a 31 de diciembre de 2016 es la siguiente:

Cuadro No. 4
Cartera ERP-IPS según información de Circular Conjunta 030 de 2013
Corte a diciembre 31 de 2016

Cifras en millones de pesos

Resultados cruces	Corte a diciembre 31 de 2016		
	Reporte ERP	Reporte IPS	Menor valor
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs IPS	270.222	280.114	210.285
EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO Vs IPS	3.304.096	7.165.192	3.021.607
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs EPS	325.411	399.073	313.274
EPS - REGIMEN SUBSIDIADO Vs IPS	1.697.012	2.809.423	1.382.787
TOTAL	5.596.742	10.653.801	4.927.953

Fuente: Reporte ERP – IPS/EPSS. Corte 31 de diciembre de 2016. Nota: Esta información está sujeta a la depuración realizada por parte de las ERP e IPS en el marco de sus responsabilidades en la Circular Conjunta No. 030 de 2013.

Como se observa, las cifras difieren significativamente en el reporte realizado por cada grupo de entidades. Sin embargo, al analizar las coincidencias por facturas reportadas con respecto al total reportado se observa en la columna denominada menor valor, la cifra en la que coinciden los datos de la facturación, tanto para el prestador como para el responsable del pago. Los valores que no coinciden deben ser objeto de depuración y saneamiento por parte de los actores, de conformidad con lo establecido en Circular 030 de 2013.