

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



**INTERVENCIONES FORZOSAS ADMINISTRATIVAS REALIZADAS POR LA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD A LAS EMPRESAS SOCIALES DEL
ESTADO, DURANTE EL PERÍODO 2015-2016. ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES
CAUSAS**

TESIS DE GRADO

**SANDRA HOYOS BUVOLI
LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ**

BOGOTÁ, MAYO DE 2017

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



**INTERVENCIONES FORZOSAS ADMINISTRATIVAS REALIZADAS POR LA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD A LAS EMPRESAS SOCIALES DEL
ESTADO, DURANTE EL PERÍODO 2015-2016. ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES
CAUSAS**

TESIS DE GRADO

**SANDRA HOYOS BUVOLI
LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ**

**ASESOR:
LUIS CARLOS ROJAS**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

BOGOTÁ, D.C, MAYO DE 2017

DECLARACIÓN DE AUTONOMIA

“I declare in lieu of an oath that I have written this thesis by myself, and that I did not use other sources or resources than stated for its preparation. I declare that I have clearly indicated all direct and indirect quotations, and that this thesis has not been submitted elsewhere for examination purposes or publication.”

SANDRA PATRICIA HOYOS BUVOLI

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ

MAYO DE 2018

CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	17
2	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
3	OBJETIVO GENERAL	20
4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5	MARCO LEGAL	21
6	MARCO TEÓRICO	24
6.1	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN LOS PAÍSES DE LA ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL (OISS)	24
6.2	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD: SU HISTORIA Y CONFORMACIÓN	25
6.3	SUPERVISIÓN POR CUMPLIMIENTO, REALIZADO POR LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA INSTITUCIONAL	28
6.4	SUPERVISIÓN BASADA EN RIESGOS POR LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA DE RIESGOS	30
6.5	CONTROL REALIZADO DESDE LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA DE MEDIDAS ESPECIALES A ESE	31
7	MARCO CONTEXTUAL	32
7.1	EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE): HISTORIA	32
7.2	GESTIÓN HOSPITALARIA: ENFOQUE	33
7.3	SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ESE	35
7.4	ESE A LAS QUE SE LES INICIÓ INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA ADMINISTRAR, AÑOS 2015 Y 2016	37
7.4.1	<i>ESE Hospital Departamental de Cartago.</i>	38
7.4.2	<i>ESE Hospital San Jerónimo.</i>	38
7.4.3	<i>ESE Hospital Departamental de Villavicencio.</i>	38
7.4.4	<i>ESE Hospital San José de Maicao.</i>	39
7.4.5	<i>ESE Hospital Universitario del Caribe.</i>	39
8	METODOLOGÍA	39
8.1	UNIDADES DE ANÁLISIS	40
8.1.1	<i>Empresas Sociales del Estado</i>	40
8.1.2	<i>Superintendencia Nacional de Salud.</i>	40
8.2	RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS	41

8.2.1	<i>Superintendencia Nacional de Salud.</i>	41
8.2.2	<i>Empresas Sociales del Estado.</i>	42
9	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	49
9.1	ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REALIZADAS POR LA SUPERSALUD A LAS ESE CON ANTERIORIDAD A LA MEDIDA DE INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA ADMINISTRAR	49
9.1.1	<i>ESE Hospital Departamental de Cartago</i>	50
9.1.2	<i>ESE Hospital san Jerónimo de Montería</i>	52
9.1.3	<i>ESE Hospital Departamental de Villavicencio</i>	54
9.1.4	<i>ESE Hospital San José de Maicao</i>	56
9.1.5	<i>ESE Hospital Universitario del Caribe de Cartagena</i>	58
9.2	RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LOS INDICADORES Y VARIABLES SELECCIONADOS PARA CADA UNA DE LAS ESE	63
9.3	RESULTADOS: GRUPO DE CLASIFICACIÓN DE IPS SEGÚN CIRCULAR 018 DE 2015	72
10	CONCLUSIONES	75
11	RECOMENDACIONES	76
12	REFERENCIAS	78

LISTADO DE TABLAS

TABLA 1. REGULACIÓN INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA ADMINISTRAR EN EL SECTOR SALUD.....	21
TABLA 2. UNIVERSO DE VIGILADOS POR LA SUPERSALUD 2016.....	27
TABLA 3. AUDITORÍAS REALIZADAS, AÑO 2016.....	13
TABLA 4. ESE CON MEDIDAS ESPECIALES POR PARTE DE LA SNS A ENERO DE 2017.....	16
TABLA 5. INDICADORES SELECCIONADOS PARA ANÁLISIS DE ESE EN INTERVENCIÓN ENTRE 2015 Y 2016.....	42
TABLA 6. MEDICIONES REALIZADAS PARA LOS INDICADORES EN LAS ESE OBJETO DE ESTUDIO	27
TABLA 7. VARIABLES SELECCIONADAS REPORTADAS POR LAS ESE, A TRAVÉS DE SIHO 33	
TABLA 8. ESE EN LAS QUE SE EJECUTÓ LA INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA 2015-2016. ACCIONES PREVIAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LA SUPERSALUD	44
TABLA 9. PRINCIPALES HALLAZGOS QUE DIERON LUGAR A LA INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA ADMINISTRAR LAS ESE.....	45
TABLA 10. CATEGORIZACIÓN RIESGO FINANCIERO DE LAS ESE POR PARTE EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	48
TABLA 11. EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CONTRA RECAUDO DE LAS ESE ESTUDIADAS	52
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE SEDES DE IPS POR DEPARTAMENTO Y GRUPO	57
TABLA 13. CLASIFICACIÓN CIRCULAR 018 DE 2015	58

LISTADO DE FIGURAS

FIGURA 1. GESTIÓN DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA- SUPERINTENDENCIA DELEGADA DE SUPERVISIÓN INSTITUCIONAL	29
FIGURA 2. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO DE ESE, 2012- 2016	20
FIGURA 3. INTERVENCIONES FORZOSAS ADMINISTRATIVAS PARA ADMINISTRAR ESE 2007- ENERO DE 2017.....	21
FIGURA 4. CLASIFICACIÓN IPS	29
FIGURA 5. CARTERA TOTAL DE LAS ESE EN ESTUDIO	49
FIGURA 6. CARTERA MAYOR A 360 DÍAS DE LAS ESE EN ESTUDIO	50
FIGURA 7. PORCENTAJE DEL MARGEN OPERACIONAL DE LAS ESE EN ESTUDIO.....	53
FIGURA 8. PASIVOS DE LAS ESE EN ESTUDIO	54
FIGURA 9. AVANCE INTERVENCIÓN ESE, HOSPITAL SAN JOSÉ DE MAICAO	55
FIGURA 10. AVANCE INTERVENCIÓN ESE, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO	56
FIGURA 11. AVANCE INTERVENCIÓN ESE, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	56

Glosario

Calidad: Herramienta básica e importante para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que la misma sea comparada con cualquier otra de su misma especie.

Costos: También llamado coste. Es el gasto económico que representa la fabricación de un producto o la prestación de un servicio. Al determinar el **costo** de producción se puede establecer el precio de venta al público del bien en cuestión (el precio al público es la suma del **costo** más el beneficio).

Desequilibrio financiero: Capacidad que presenta una empresa para hacer frente a sus deudas en el plazo y vencimiento fijado, además de, conseguir el mantenimiento del ciclo normal de sus operaciones. Para que exista equilibrio financiero la empresa tiene que tener liquidez y solvencia siendo las encargadas de hacer frente a los pagos y responder a las obligaciones y deudas, respectivamente.

Desequilibrio presupuestal: Cuando los ingresos y gastos previstos coinciden.

Efectividad: Equilibrio entre eficacia y eficiencia, es decir, se es efectivo si se es eficaz y eficiente.

Eficacia: Consecución de metas u objetivos propuestos desde la organización.

Eficiencia: (del latín *efficientia*). Capacidad de hacer las cosas bien, la eficiencia comprende y un sistema de pasos e instrucciones con los que se puede garantizar calidad en el producto final. La **eficiencia** supone no únicamente lograr esas metas, sino también su consecución óptima ya sea por requerir menos tiempo, gastar menos recursos o cualquier otra circunstancia que suponga un ahorro de costes para la entidad.

Empresas Sociales del Estado: Categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso.

Equidad: Concepto que se utiliza para mencionar nociones de justicia e **igualdad social** con valoración de la individualidad. Representa un equilibrio entre la justicia natural y la ley positiva.

Gestión: Del latín *gestiō*, refiere a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo.

Igualdad: Trato idéntico que un organismo, estado, empresa, asociación, grupo o individuo le brinda a las personas sin que medie ningún tipo de reparo por la raza, sexo, clase social u otra circunstancia plausible de diferencia o para hacerlo más práctico, es la ausencia de cualquier tipo de discriminación.

Iliquidez: Dificultad de vender fácilmente un activo o a la imposibilidad de una empresa de hacer frente a sus deudas.

Indicador: Característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos que está haciendo un programa hacia el logro de un resultado específico.

Ingresos: Cantidades que recibe una empresa por la venta de sus productos o servicios (**ingresos** empresariales); conjunto de rentas recibidas por los ciudadanos.

Integralidad: Cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley.

Intervención: Todo aquel esfuerzo que tiene como objeto promover buenos comportamientos relacionados con la salud (como, por ejemplo, realizar ejercicio físico) o prevenir o evitar malos comportamientos relacionados con la salud

Monitoreo: Proceso sistemático de recolectar, analizar y utilizar información para hacer seguimiento al progreso de un programa en pos de la consecución de sus objetivos, y para guiar las decisiones de gestión.

Pérdida operacional: Cantidad en la que los gastos operativos exceden de los ingresos. No se incluyen las pérdidas relacionadas con los elementos patrimoniales ni cualquier otra pérdida extraordinaria no relacionada con la actividad desarrollada por la compañía.

Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero: Herramienta para la gestión de las ESE, para diagnosticar su situación real, conocer su mercado, su competencia, las condiciones de prestación de sus servicios, sus costos de producción, la situación de sus pasivos y la recuperabilidad de su cartera.

Recomendación: Acción y consecuencia de recomendar, sugerir algo, brindar un consejo. Una recomendación, por lo tanto, puede tratarse de una sugerencia referida a una cierta cuestión.

Riesgo: Combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas.

Riesgo financiero: Probabilidad de un evento adverso y sus consecuencias. El riesgo financiero se refiere a la probabilidad de ocurrencia de un evento que tenga consecuencias financieras negativas para una organización. El ministerio de salud mediante acto administrativo lo realice para cada vigencia fiscal.

Seguridad: (del latín *securitas*) Ausencia de riesgo o a la confianza en algo o en alguien.

Sistema de Seguridad Social en Salud: Sistema regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional. El sistema general de seguridad social de Colombia integral vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 100, expedida el 23 de diciembre de 1993. Colombia para el año 2000 se encontraba en el puesto 41 de 191 países, por su desempeño general del sistema de salud según un informe de la Organización Mundial de la Salud.

Solidaridad: Práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo. Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

Sostenibilidad: Refiere a algo que está en condiciones de conservarse o reproducirse por sus propias características, sin necesidad de intervención o apoyo externo.

Sostenibilidad financiera: Exige que el Estado alcance y mantenga una situación de equilibrio presupuestario sin recurrir al endeudamiento más allá de cierto límite.

Superintendencia Nacional de Salud: Entidad encargada de hacer que se cumplan las normas del sistema de salud y proteger los derechos que tienen los ciudadanos respecto a su atención en salud. Cuida tu salud, nosotros nos encargamos de proteger tus derechos.

Universalidad: Garantía de protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

Variable: Palabra que deriva del término en latín *variabilis*, representa a aquello que varía o que está sujeto a algún tipo de cambio. Se trata de algo que se caracteriza por ser inestable, inconstante y mudable.

RESUMEN

Este estudio pretendió establecer las causas que dieron origen a las intervenciones forzosas administrativas realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud a cinco empresas sociales del estado durante el período 2015-2016, las cuales permitieron evidenciar las dificultades por las que atraviesa actualmente el sistema de salud colombiano. Tal situación ha conllevado al cierre y liquidación de los hospitales públicos y al consecuente deterioro en la prestación de servicios de salud a la población colombiana.

Palabras Clave: Sistema de Salud Colombiano, Superintendencia Nacional de Salud, Empresas Sociales del Estado, intervención forzosa administrativa para administrar, calidad de la atención, usuario o paciente, desequilibrio económico y financiero, riesgo.

ABSTRACT

This study sought to establish the causes that led to the administrative forced interventions carried out by the National Health Superintendence into five state social enterprises during the period 2015-2016, which made visible the difficulties that the Colombian health system is currently experiencing. This situation has led to the closure and liquidation of public hospitals and the consequent deterioration in the provision of health services to the Colombian population.

Key Words: Colombian health system, National Health Superintendence, state social enterprises, administrative forced intervention to administer, quality of care, client or patient, economic and financial imbalance, risk.

Resumen ejecutivo

Colombia ha sufrido innumerables cambios en materia de sistema de seguridad social en salud, con el fin de adoptar y mejorar los modelos que permitan servicios de salud basados en principios como la igualdad, la equidad, la calidad y la eficiencia. Sin embargo, la sostenibilidad financiera del sistema ha sido uno de los problemas más evidentes y las Empresas Sociales del Estado (ESE) han sido algunos de los actores que se han visto más afectados por tal situación.

Según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, a junio de 2016, a los prestadores se les debía más de 6,3 billones de pesos. Adicional a lo anterior, el Ministerio de Salud menciona que, a 2016, el 48% de las ESE del país se encontraban en riesgo financiero: desde el año 2009 se han liquidado 29 ESE. Además, desde el año 2007 a la fecha, se han realizado 11 intervenciones forzosas administrativas en todo el país, muchas de las cuales han tenido prórrogas durante varios años, al no lograr superar las condiciones que dieron lugar a la intervención. Cabe destacar que el mayor número de intervenciones se han desarrollado durante los años 2015, 2016 y lo corrido del 2017. Así mismo, llama la atención que 4 de las 11 ESE que se encontraban intervenidas para administrar, se encuentran hoy en liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las intervenciones forzosas administrativas para administrar realizadas por la Supersalud son medidas de control que se efectúan cuando las instituciones presentan condiciones de deterioro importantes y cuando la seguridad en la atención a los usuarios se puede ver vulnerada. Además, son medidas que pretenden identificar si las empresas están en condiciones de seguir operando, si pueden tener mecanismos de mejora o si definitivamente deben ser liquidadas. Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación buscó analizar y evaluar las causas que dieron origen a las intervenciones forzosas administrativas para administrar a las ESE durante el período 2015-2016, y así establecer tanto las condiciones de origen de la intervención como las acciones previas a la intervención realizadas por la Supersalud a estas entidades. El objetivo es generar recomendaciones que permitan minimizar los riesgos de que las ESE terminen encaminadas en estos procesos de intervención, que inclusive pueden conllevar a una liquidación y, por ende, a una afectación del adecuado funcionamiento del sector salud.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo transversal, con diseño de investigación documental, para 5 ESE que fueron intervenidas en los años 2015 y 2016: ESE Hospital de

Cartago de Valle del Cauca, ESE Hospital San Jerónimo de Montería (Córdoba), ESE Hospital Departamental de Villavicencio (Meta), ESE Hospital San José de Maicao (Guajira) y ESE Hospital Universitario del Caribe (Cartagena, Bolívar). Los datos fueron obtenidos de la Superintendencia Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social y de las ESE. Para el análisis, se establecieron áreas de gestión para cada ESE, se designaron criterios de evaluación y se construyeron indicadores de medición, con el fin de detectar brechas y deficiencias relevantes en estas áreas de gestión, que pudieran incrementar el riesgo de intervención por parte de la Supersalud. Adicional a lo anterior, se tuvieron en cuenta variables contenidas en el Sistema de Información Hospitalaria del Ministerio de Salud y se revisaron las acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) realizadas por la Supersalud a estas ESE antes de la medida de intervención.

Al analizar los datos de las acciones realizadas por la Supersalud antes de la implementación de la medida de intervención, se pudo que evidenciar que el 100% de las ESE con ordenamiento de la intervención forzosa administrativa durante las vigencias 2015-2016, no estaban implementando el Plan de Gestión Integral del Riesgo (PGIR) sugerido por la Superintendencia Nacional de Salud antes de la intervención. La Superintendencia Nacional de Salud realizó auditorías en el 80% de estas ESE antes de la intervención y solo el 40% presentó plan de mejoramiento o les fue aprobado dicho plan.

Tras el análisis de las auditorías, informes y actos administrativos que documentaron la justificación de la medida de intervención por parte de la Supersalud se evidenció lo siguiente:

- 7 hallazgos, el 50%, están relacionados con la gestión financiera;
- 5 hallazgos, el 35%, están relacionados con la gestión asistencial y de calidad;
- 2 hallazgos, el 15%, están relacionados con la gestión administrativa.

Además, todas las ESE estudiadas presentaron hallazgos financieros y asistenciales dentro de los que se pueden mencionar iliquidez, desequilibrio presupuestal, incremento de costos y gastos frente a los ingresos, pérdidas operacionales, prácticas inseguras de atención a los usuarios y deterioro de indicadores de oportunidad y calidad.

Aunado a lo anterior, y con el análisis de los datos de los indicadores y variables construidos, se pudo determinar que el 100% de las ESE intervenidas al momento de la toma de posesión y durante los 2 años anteriores a la intervención se encontraban categorizadas en RIESGO por parte del Ministerio de Salud. Por lo tanto, no contaban con la capacidad de

financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes frente a los ingresos operacionales corrientes. En los años previos a dicha intervención existía también una tendencia creciente de la cartera total de las ESE que fueron intervenidas por la Supersalud, además de envejecimiento de la cartera e incremento progresivo de pasivos y estados financieros no razonables.

Los hallazgos que determinaron las causas de las intervenciones de los hospitales permitieron generar recomendaciones encaminadas a la gestión hospitalaria y también a la gestión de IVC desarrollada por la Supersalud. Es importante que la Supersalud pueda aplicar la herramienta de planes de gestión de riesgo hospitalario a todas las ESE que: puedan tener riesgo mayor de perder la sostenibilidad; aquellas que se encuentren en riesgo financiero; o que por sus condiciones de tamaño, complejidad y proporción de ingresos del sector puedan generar un riesgo sistémico en el sector en el que se desenvuelven. Además, es vital contar con sistemas de información y auditorías que permitan evaluar la información reportada por las ESE para evaluar la realidad financiera de estas y que la Supersalud cuente con una política clara de implementación de priorización de entidades a vigilar.

En cuanto a las ESE, estas deben implementar lo siguiente: sistemas de costos; procesos de control interno y revisoría fiscal más eficaces y efectivos; políticas de gestión de cartera; comités de saneamiento contable; cuadros de mando integral; códigos de buen gobierno y juntas directivas más involucradas con el seguimiento y control de las instituciones.

1 INTRODUCCIÓN

El sector salud en Colombia ha presentado innumerables modificaciones y su evolución ha permitido que el país hoy cuente con un Sistema General de Seguridad Social en Salud basado en principios fundamentales de equidad, universalidad, cobertura, eficiencia y calidad. Sin embargo, como todo mercado imperfecto, han surgido situaciones adversas que han impedido el normal funcionamiento y desarrollo del sistema, dentro de las cuales se puede mencionar la situación de riesgo de algunas empresas sociales del estado, lo que impide una prestación de servicios de salud eficiente, con la seguridad y la calidad que el usuario merece.

Teniendo en cuenta lo anterior, y bajo la premisa de que la Superintendencia Nacional de Salud es el órgano rector encargado de velar por los derechos de los usuarios a través del desarrollo de acciones de inspección, vigilancia y control en todas las entidades del sector salud, esta ha instaurado medidas especiales de intervención forzosa administrativa para administrar a las ESE que presentan condiciones adversas en sus componentes de gestión institucional, como un mecanismo de salvamento para estas empresas.

El objetivo de esta investigación fue establecer las principales causas que dieron origen a las intervenciones forzosas administrativas para administrar a las ESE en el período 2015-2016. En primer lugar, se presentará la problemática que aborda el tema de estudio, sus objetivos generales y específicos, así como el marco teórico, legal y contextual que permitió crear los conceptos y definiciones de la temática y sus causales. En segundo lugar, se mostrará la metodología implementada en el desarrollo de la investigación, sus unidades de estudio y el mecanismo de recolección y análisis de datos que culminó con el logro de los objetivos generales y específicos planteados en la investigación.

2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Durante los últimos años, se ha venido evidenciando en Colombia una problemática que afecta el adecuado desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud: el aumento de los costos de prestación de servicios a la población que altera la sostenibilidad financiera del sistema. También es notorio el crecimiento de las deudas de las entidades responsables del pago

con los hospitales y se observa cómo esta deuda se va convirtiendo en cartera de difícil recaudo. El periódico El Pulso (2016) afirma:

Según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), a diciembre de 2015 las deudas de EPS, entes territoriales, Fosyga y otras entidades del Estado con instituciones hospitalarias superó los \$6,1 billones (60,9% es cartera morosa mayor a 60 días). Y cifra similar presentó la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (Acesi): a junio de 2016 la deuda con estos hospitales ascendió a \$6,33 billones, mientras en igual fecha de 2015 era \$5.36 billones (aumentó \$970 000 millones en 1 año).

Adicional a lo anterior, las liquidaciones de EPS realizadas en los últimos años también evidencian las dificultades del sistema de salud. Liquidaciones de EPS como Caprecom, SaludCoop, Solsalud y Cóndor, entre otras, han afectado la continuidad en el tratamiento de los pacientes y esto hace que se pierda confianza y credibilidad en el sistema a la vez que altera el flujo de los recursos hacia los prestadores, ya que hay cesación de pagos (Periódico El Pulso, 2016).

Las situaciones mencionadas anteriormente han generado en el país afectación en la prestación de los servicios de salud a los usuarios, falta de accesibilidad y oportunidad, incremento de cargas de enfermedad y usuarios insatisfechos. Ello impide que la salud se convierta en un derecho fundamental, tal como lo pretende la Ley Estatutaria.

Unos de los actores más importantes del sistema de salud, que son objeto de vigilancia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, son los prestadores de servicios de salud (IPS) y, en este caso particular, se hace referencia específicamente a los prestadores de servicios de salud públicos, los cuales brindan los servicios de salud sobre todo a la población más vulnerable. Hoy en día, el panorama de las IPS públicas o Empresas Sociales del Estado (ESE) no es ajeno a la problemática o dificultades que enfrenta el sistema de salud y, por tanto, presentan cifras e indicadores negativos. Por ejemplo, a través de la Resolución 2184 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social realizó la categorización del riesgo de las ESE en ese año, teniendo en cuenta los resultados de 2015. Solo el 52% del total de ESE no se encontraba en riesgo. Como lo afirma el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) “de las 947 ESE que existen hoy en el país, 250 resultaron categorizadas en riesgo medio y alto (26,3%); 197 (20,8%), en riesgo bajo; y 500 (52,7%), sin riesgo”.

Adicionalmente, la Superintendencia Nacional de Salud (2016) afirma:

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público remitió a la Superintendencia Nacional de Salud durante el año 2015, 326 Empresas Sociales del Estado (ESE) a quienes no les viabilizó el Plan de saneamiento fiscal y financiero para poder superar la situación de riesgo y cuyos pasivos ascienden a \$1,3 billones. Para estas ESE se ha determinado que deben adelantar un Plan de Gestión Integral del Riesgo PGIR, que se ha planteado como un programa de gestión integral, institucional, asistencial, financiero y administrativo que tiene por objeto restablecer la solidez económica y financiera de la ESE, permitiendo con ello asegurar la prestación de servicios de salud a la población usuaria, que en caso de la red pública está orientada principalmente a la población pobre y vulnerable del país. A 30 de junio de 2016 solo se han viabilizado 90 PGIR, cuyos pasivos ascienden a \$158 mil millones. (p.17)

Aunado a lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud (2016) muestra que desde 2009 a la fecha se liquidaron 29 ESE en Colombia. Actualmente, la Supersalud está llevando a cabo 4 liquidaciones voluntarias, 2 liquidaciones forzosas, 6 acuerdos de reestructuración de pasivos y 1 medida de vigilancia especial en ESE, lo cual evidencia la problemática reflejada en el sector, sobre todo, en los prestadores de servicios de salud públicos (ESE).

Un indicador que ha venido incrementándose en los últimos años y que denota al igual que los mencionados anteriormente la situación adversa de las ESE, es el número de entidades en intervención administrativa forzosa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Desde el año 2007 a la fecha, se han realizado 11 intervenciones para administrar en todo el país, muchas de las cuales han tenido prórrogas durante varios años al no lograr superar las condiciones que dieron lugar a la intervención. Ahora bien, cabe mencionar que la mayor cantidad de intervenciones se han llevado a cabo durante los años 2015, 2016 y lo transcurrido del 2017. Asimismo, llama la atención que 4 de las 11 ESE que se encontraban intervenidas para administrar se encuentran hoy en liquidación por parte de la Supersalud.

Las ESE forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por lo tanto, son objeto de inspección, vigilancia y control por parte de la Supersalud para que estas cumplan con todas las normas del sector. No obstante, con la aplicación de medidas de inspección y vigilancia, se sigue incrementando el número de entidades, no solo en medidas de intervención sino también en liquidación y cierre.

Las medidas de control que ejerce la Superintendencia son implementadas posteriormente a las acciones de supervisión o inspección y vigilancia, es decir, se ejecutan cuando no existe mejoramiento o cumplimiento de condiciones óptimas por parte de estas entidades vigiladas, una

vez realizadas las labores de supervisión. En el caso de las medidas de control de intervención forzosa administrativa adoptadas en las ESE, es importante mencionar que estuvieron sujetas a la inspección y vigilancia en su componente de supervisión de cumplimiento, supervisión basada en riesgos, protección al usuario, utilización de la función de conciliación y facultad jurisdiccional.

Uno de los objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud es iniciar su labor relacionada con las acciones de supervisión para minimizar el riesgo de que las entidades vigiladas lleguen a estados críticos, donde se vea afectada su viabilidad financiera y sostenibilidad en el tiempo. De esta manera, no serían necesarias las medidas de control tales como las medidas especiales de intervención forzosas administrativas. Por lo tanto, se hace necesario revisar cuáles son las causas que dieron lugar a las intervenciones forzosas administrativas realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud a un grupo de ESE entre 2015 y 2016, con el fin de identificar las falencias de las ESE, tanto como las posibles fallas que pudieran tener los procesos de supervisión de la Superintendencia. De esta manera, se pueden realizar recomendaciones que permitan minimizar el riesgo de intervenciones administrativas en las ESE.

3 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de esta investigación es evaluar y analizar las causas de las intervenciones forzosas administrativas para administrar realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud a un grupo de Empresas Sociales del Estado en el período 2015-2016.

4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las condiciones presentadas en las ESE que dieron lugar a la situación crítica o irregular, la cual produjo la instauración de la medida de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Identificar las acciones de inspección y vigilancia realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, previas a la determinación de la medida de intervención forzosa administrativa para administrar.

- Proponer recomendaciones para minimizar los riesgos de aplicación de medidas de intervención forzosa administrativa.

5 MARCO LEGAL

Las intervenciones forzosas administrativas son ejecutadas por la Superintendencia Nacional de Salud, por orden expresa de la ley, y todo el procedimiento y alcance de estas se encuentra contemplado en la normatividad legal vigente, como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Regulación intervención forzosa administrativa para administrar en el Sector Salud

LEY- DECRETO- RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN
Decreto-Ley 663 de 1993 “Estatuto Orgánico del Sistema Financiero” (EOSF)	Por remisión expresa del párrafo 2 del art 233 de la Ley 100 de 1993 y los Decretos 1015 y 3023 de 2002, la Superintendencia Nacional de Salud aplica las normas y procedimiento previstos en el Decreto-Ley 663 de 1993 y demás que la modifiquen o complementen. Los artículos 113 al 117 del EOSF consagran las acciones y medidas especiales que se podrán adoptar en los sujetos vigilados.
Ley 510 de 1999 “Por el cual se dictan normas en relación con el Sistema Financiero y Asegurador”.	Dicha norma, en su capítulo VIII, adiciona y modifica algunos artículos al EOSF, en lo que respecta a los procesos de medidas cautelares y toma de posesión.
Ley 715 de 2001 “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.”	En el artículo 68 de la referida norma, se establecen los procedimientos y normas a aplicar en los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar o en los procesos de intervención técnica.
Decreto 1015 de 2002 “Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 68 de la Ley 715 de 2001.”	Es este decreto se determina la aplicación de los procedimientos previstos en el artículo 116 del Decreto-Ley 663 de 1993, ley 550 de 1999 y demás disposiciones que los modifique o desarrollen en los procesos intervención decretados por la Superintendencia Nacional de Salud a los sujetos vigilados.

LEY- DECRETO- RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN
Decreto 3023 de 2002 <i>“Por la cual se reglamenta parcialmente los artículos 230 de la Ley 100 de 1999 y 68 de la Ley 715 de 2001.”</i>	Este decreto reglamenta lo relacionado con la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud para ejercer la intervención forzosa administrativa para liquidar total o parcialmente un ramo o programa del régimen subsidiado o contributivo de las Empresas Promotoras de Salud, así como se establecen los procedimientos y normas que deberán aplicarse en la ejecución de esta medida.
Decreto 2975 de 2004 <i>“Por la cual se reglamenta la Ley 643 de 2001 en lo relativo a la modalidad del juego de lotería tradicional o de billetes.”</i>	Dicha norma, en el artículo 30, establece los procedimientos y normas que se aplicarán en la intervención forzosa administrativa de entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud.
Decreto 506 de 2005 <i>“Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 515 de 2004 y se dictan otras disposiciones.”</i>	<p>En el artículo 6 se definen las <i>Medidas cautelares y toma de posesión</i>. Las medidas cautelares y la toma de posesión de bienes haberes y negocios se regirán por las disposiciones contempladas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.</p> <p>La toma de posesión de bienes haberes y negocios se podrá adoptar como consecuencia de la revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación, por el cumplimiento de las causales previstas en los estatutos para la liquidación o por la ocurrencia de las causales de revocatoria, cuando esté en riesgo el manejo de los recursos públicos de la seguridad social en salud o la prestación del servicio a sus afiliados.</p> <p>Las medidas cautelares y de toma de posesión, que en ejercicio de sus funciones adopte la Superintendencia Nacional de Salud, serán de aplicación inmediata. En consecuencia, el recurso de reposición que proceda contra las mismas no suspenderá la ejecutoriedad del acto administrativo.</p> <p>La revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación puede adoptarse simultáneamente o de manera independiente con la toma de posesión, cuando esas mismas causales que la originan puedan poner en peligro los recursos de la seguridad social en salud o la atención de la población afiliada. Cuando la revocatoria sea simultánea con la toma de posesión, el procedimiento, los recursos, las reglas y los efectos serán los de la toma de posesión.</p>

LEY- DECRETO- RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN
Ley 1122 de 2007 <i>“Por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”</i>	En el artículo 35 se establecen los conceptos de Inspección, Vigilancia y Control. En consecuencia, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de su función de control, podrá ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular de cualquiera de sus vigilados, como puede ser la toma de posesión para administrar o liquidar y otras acciones y medidas especiales.
Ley 1438 de 2011 <i>“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”</i>	Dicha norma en el artículo 124 establece la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud para adoptar acciones y medidas especiales en las entidades vigiladas.
Resolución 000461 de 2015 <i>“Por la cual se conforma el Comité de Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud y se deroga la Resolución 385 de 2014.”</i>	Mediante esta Resolución se establecen parámetros claros de operación y funcionamiento para el cumplimiento de los objetivos del Comité de Medidas Especiales, en relación al quórum, citaciones, entre otros. El Comité se creó como instancia asesora del Superintendente Nacional de Salud, frente a la adopción de acciones y medidas especiales sobre los sujetos vigilados, de conformidad con las normas vigentes.
Ley 1753 de 2015 <i>“Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país.””</i>	El artículo 68 del Plan Nacional de Desarrollo se constituye en un instrumento fundamental en la aplicación de nuevos instrumentos de control en el marco de las medidas especiales. <i>Artículo 68. “Sin perjuicio de lo previsto en las demás normas que regulen la toma de posesión y ante la ocurrencia de cualquiera de las causales previstas en el artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar o autorizar a las entidades vigiladas, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 del mismo Estatuto, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y la adecuada gestión financiera de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</i> <i>Las medidas especiales que se ordenen se registrarán por lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, incluido el artículo 291 y siguientes de ese estatuto, en lo que resulte pertinente a las medidas especiales; el Decreto número 2555 de 2010; las disposiciones aplicables del Sector Salud y</i>

LEY- DECRETO- RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN
	<i>las normas que los sustituyan, modifiquen o complementen. El Gobierno Nacional reglamentará la forma de armonizar las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para su adecuada implementación en el Sector Salud. (...)</i>

Fuente. Elaboración propia con datos obtenidos de Senado de la República de Colombia (2017).

6 MARCO TEÓRICO

6.1 Inspección, vigilancia y control en los países de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)

Gómez Vélez (2015) realizó un estudio acerca del marco regulatorio de inspección, vigilancia y control de estos países en el que muestra que estos cuentan con definiciones, estrategias y entidades, cuya función es mantener la adecuada salud de su población. Se establece la salud como un derecho fundamental, consagrado en la constitución política, para el caso de nuestro país, y legislación particular, para cada país de Latinoamérica.

También comenta Gómez Vélez (2015) que los organismos de IVC o su equivalente en los países de la OISS son: Argentina: Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud); Brasil: Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS); Chile: Superintendencia de Salud; Colombia: Superintendencia Nacional de Salud; Ecuador: Superintendencia de Bancos; El Salvador: Consejo Superior de Salud Pública (CSSP); Paraguay: Superintendencia de Salud (SUPSALUD); Perú: Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD); República Dominicana: Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales SISALRIL; y Venezuela: Superintendencia del Sistema de Seguridad Social.

Todos los países de Iberoamérica cuentan con una entidad dependiente directamente de los ministerios de salud o su equivalente, que, aunque no se considera un organismo de IVC, sí cumple con funciones de regulación y control de los servicios sanitarios, la técnica vigilancia y la calidad en la prestación de los servicios de salud. Existen otras entidades que supervisan a quienes ejercen acciones de IVC, como las contralorías, que verifican el desempeño de las instituciones y su adecuado manejo y gestión. (Gómez Vélez, 2015)

Menciona Gómez Vélez (2015) que las acciones involucradas en la IVC, en todos los países de Latinoamérica, están enfocadas a la supervisión y mitigación de riesgos en salud: en la mayoría de los países, se asocia al monitoreo y control de riesgos laborales, más que en los de salud. De igual manera, la supervisión ejercida por la entidad competente pretende realizar un seguimiento a través de planes de riesgo, pero se hace visible la falta de un modelo de supervisión basada en riesgos en salud.

6.2 Superintendencia Nacional de Salud: su historia y conformación

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) fue creada en el año de 1975 y, en sus inicios, su diseño establecía la vigilancia del sistema de seguridad social. A partir de ese momento, ha tenido algunas transformaciones debido a los cambios estructurales del sector. Tal como lo menciona Jaramillo (2012), con la descentralización del sector público, la expedición de la ley 10 en 1990 y la ley 60 en 1994, se le introdujeron funciones como la vigilancia a entidades privadas. Sin embargo, fue con la Ley 100 de 1993 que empezó a desempeñar un papel más protagónico al considerar a la SNS como la entidad encargada de realizar la inspección, vigilancia y control de las entidades que prestan servicios de salud, las cajas de compensación y las empresas de medicina prepagada.

Con la ley 1122 de 1997 se crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se estableció como órgano rector de IVC a la Supersalud. El sistema de IVC amplió los alcances de los ejes de financiamiento, prestación de servicios, aseguramiento, atención al usuario y, además, le otorgaron a la Supersalud la función jurisdiccional y de conciliación (Superintendencia Nacional de Salud, 2010).

La última reestructuración de Supersalud se produjo en 2013 con el Decreto 2462, luego de que en el plan de desarrollo de ese gobierno presidencial se estableciera la misión de la Supersalud hacia la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud. De la mencionada reestructuración, se establece la estructura funcional de la actual Superintendencia, la cual se compone de la siguiente manera:

Un componente de supervisión conformado por:

- Supervisión por cumplimiento: se enfoca en la verificación y seguimiento del cumplimiento de la normatividad vigente por parte de los actores del sistema de salud. Esta supervisión, que hace parte de las funciones de inspección y vigilancia de la SNS, es ejercida por la Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional.
- Supervisión basada en riesgos: hace parte de las funciones de inspección y vigilancia de la SNS, la cual es ejercida por la Superintendencia Delegada de Riesgos, con la que se busca detectar los riesgos operativos, económicos y jurídicos de las entidades del sector y, de esta forma, realizar el seguimiento a estos procesos. Tiene un enfoque preventivo y de mitigación de riesgos en el sistema.
- Protección al usuario: se encarga de la recepción, trámite y solución de las peticiones, quejas y reclamos (PQR) interpuestas por los usuarios, así como de la inspección y vigilancia sobre el seguimiento de dichas PQR con el objetivo de garantizar la protección de los derechos de los usuarios del sistema de salud. Esta función de inspección y vigilancia es ejecutada por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario.

Un componente de control conformado por dos delegadas:

- Control desde los procesos administrativos: esta función de control de la SNS es ejercida por la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos y permite aplicar sanciones revocatorias de funcionamiento, cuando las entidades vigiladas generan conductas que vulneran el derecho a la salud, cuando incumplen con la normatividad legal vigente o con las instrucciones emitidas por la SNS.
- Control desde las medidas especiales: la Superintendencia Delegada de Medidas Especiales es la encargada de ejercer esta función de control, la cual es aplicada cuando se evidencia que las entidades vigiladas se encuentran en una situación crítica o que, debido a sus malas prácticas, pongan en riesgo a los usuarios. Por lo anterior, se aplican medidas especiales, ya sean preventivas o de intervención para administrar o liquidar.

A su vez, y con el fin de proteger los derechos y reconocer las obligaciones y deberes de los distintos actores del sector, la Superintendencia Nacional de Salud tiene asignadas las siguientes funciones:

- Ejercicio de la facultad jurisdiccional: actúa como juez de la salud respecto de controversias que involucren garantías y derechos de los usuarios y actores del SGSS.
- Función de conciliación extrajudicial: actúa como un mecanismo alternativo de solución de conflictos, por medio del cual las partes resuelven directamente sus controversias con la ayuda de un tercero neutral.

La Supersalud es el órgano rector de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia y, tal como lo refiere Supersalud (2015), la razón de ser de esta entidad es la de la protección de todos los derechos de los usuarios en salud con criterios de oportunidad y transparencia llevando a cabo acciones de inspección, vigilancia y control, y también a través de la función jurisdiccional y de conciliación.

Además, la Supersalud cuenta con presencia en las ciudades de Cali, Chocó, Barranquilla, Bucaramanga, Medellín y Neiva a través de sus oficinas regionales, con el fin de descentralizar su operación. De igual manera, y con el fin de acercar la Superintendencia al ciudadano, se cuenta con doce (12) Puntos de Atención situados en las Casas del Consumidor: de Armenia, Pereira, Popayán, Barranquilla, Bucaramanga, Cartagena, Ibagué, Montería, Neiva, Pasto, Villavicencio y Casanare. También hay (15) Puntos de Atención en el Centro de Atención de Reparación Integral para las Víctimas en: Apartadó, Arauca, Buenaventura, Caucasia, El Charco, El Molino, Pitalito, Policarpa, San José del Guaviare, Soacha, Soledad, Tame Cúcuta, Ocaña y Valledupar, y presencia en las siguientes (20) gobernaciones: Arauca, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Cundinamarca, San Andrés, Guainía, La Guajira, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada (Superintendencia Nacional de Salud, 2016).

Las entidades a las cuales la Supersalud realiza inspección, vigilancia y control se constituyen en grupos de prestadores, generadores de recursos y recaudadores de recursos, y cuenta con un universo de aproximadamente 9000 entidades vigiladas, como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2. *Universo de vigilados por la Supersalud 2016*

GRUPO	CLASE	TOTAL
PRESTADORES	ESE y Hospitales Públicos	1001
	IPS Privadas	8049

	Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagados	18
RECAUDADORES DE RECURSOS	Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado	32
	Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo	13
	Entidades Adaptadas al Sistema	2
	Regímenes de Excepción	4
	Regímenes de Especiales	10
	Cajas de Compensación Familiar (No ARS)	32
	Compañías de Seguros (SOAT)	13
	Departamentos	32
	ARL	10
GENERADORES DE RECURSOS	Coljuegos	1
	Concesionarios de Apuestas Permanentes	28
	Operadores de Juegos	398
	Fondo Cuenta de Productos Extranjeros	1
	Concesionarios de Licores	4
	Licoreras Departamentales	10
	Productores Nacionales de Cerveza	17
	Productores Privados de Licores, Vinos, Aperitivos y Similares	119

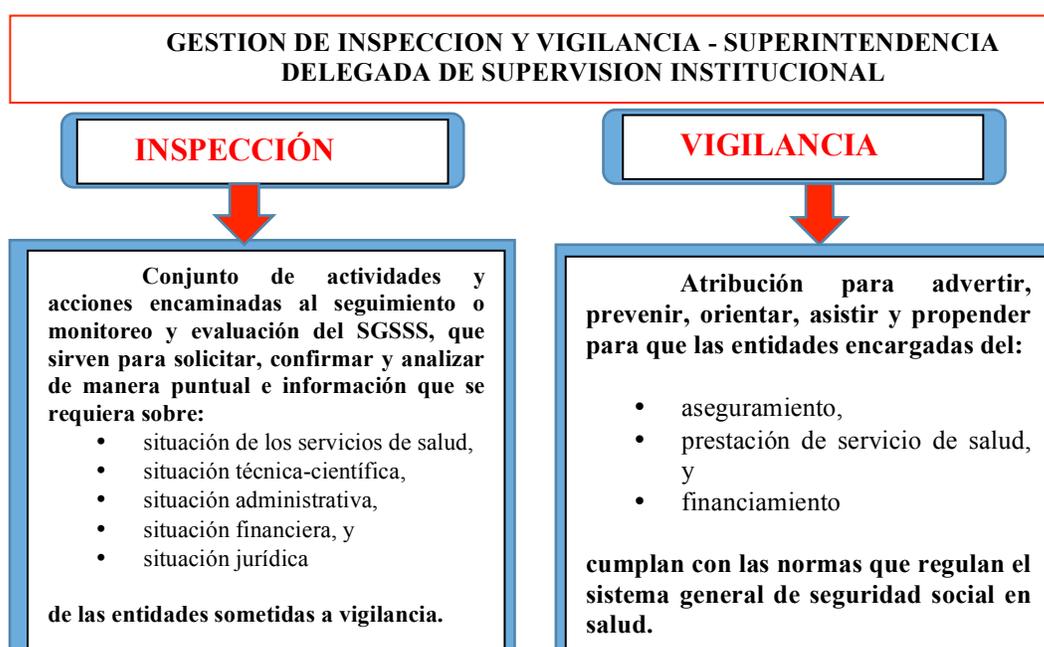
Fuente. Elaboración propia con datos obtenidos de la Delegada de Supervisión Institucional- Supersalud (2017).

6.3 Supervisión por cumplimiento, realizado por la Superintendencia Delegada Institucional

Según la Superintendencia Nacional de Salud (2012), la Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional tiene como objeto principalmente realizar acciones de inspección y vigilancia (IV) del aseguramiento, la prestación de servicios y la generación de recursos.

En la Figura 1, se muestra el enfoque de las acciones de IV realizadas por esta Superintendencia Delegada.

Figura 1. Gestión de Inspección y vigilancia- Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional



Fuente. Tomado de (Superintendencia Nacional de Salud , 2012).

En el año 2016, a través de la Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional, se desarrollaron 430 auditorías a sujetos vigilados, discriminadas como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Auditorías realizadas, año 2016

TIPO DE AUDITORIA	ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO	PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD	ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL (COLJUEGOS Y FOSYGA)	ENTIDADES DEL ORDEN TERRITORIAL	TOTAL
Auditoría integral	1	185	0	12	98
Auditoría documental	6	0	0	8	1

Visitas	19	69	0	13	01
Auditoría especial	109		1	0	10
Auditoría forense	7				7
Total general	142	254	1	33	30

Fuente. Tomado de (Rendición de cuentas Supersalud 2016, 2016).

6.4 Supervisión basada en Riesgos por la Superintendencia Delegada de Riesgos

De acuerdo con la metodología e instrumentos desarrollados en la Supersalud, la Delegada de Riesgos ejerce sus funciones realizando acciones de IV enfocadas en los riesgos económicos, financieros, de prestación de servicios, entre otros, en las entidades vigiladas por la Superintendencia (Superintendencia Nacional de Salud , 2012).

Las ESE categorizadas en riesgo medio o alto por el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollan un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP). No adoptarlo, no cumplirlo o no acoger las indicaciones y directrices impartidas será causal de intervención por parte de 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, y tal como lo menciona Rendición de cuentas Supersalud 2016 (2016), la SNS implementó los 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”. (p.27)

“Durante los años 2014, 2015 y 2016, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público remitió a la Superintendencia los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de 333 ESE, por diversos motivos, entre otros, por la no adopción del programa dentro de los términos previstos en la normatividad, por la no presentación del programa debidamente ajustado dentro de los términos establecidos, por no cumplir los lineamientos mínimos determinados por el Ministerio, y por la falta del documento de red del departamento” (Rendición de cuentas Supersalud, 2016, p.27). Al cierre de la vigencia 2016, la Supersalud se encuentra en seguimiento de 115 ESE en PHGIR.

6.5 Control realizado desde la Superintendencia Delegada de Medidas Especiales a ESE

La función de control desde la Delegada de Medidas Especiales de la SNS involucra a aquellas entidades que se encuentran en estado crítico y que cuentan con una medida de salvamento, e implica el seguimiento y control de estas. Dichas medidas pretenden evidenciar si la entidad puede tener algún mecanismo de salvamento para mejorar sus condiciones o si, por el contrario, deben ser objeto de liquidación. Existen medidas preventivas y otras de toma de posesión e intervención en las que se asignan interventores, liquidadores y contralores quienes realizan un seguimiento de la gestión (Rendición de cuentas Supersalud, 2016).

- Medida de vigilancia especial: es una medida preventiva en la cual no se hace separación del gerente de la entidad sino que, a través de la ejecución de un plan de acción por parte de la ESE, se busca generar correctivos que permitan la superación de la situación actual y evitar la toma de posesión de la entidad y su posterior intervención o liquidación por parte de la SNS.
- Intervención forzosa administrativa para administrar: se produce la toma de posesión de los bienes, haberes y negocios de la ESE, se separa al gerente de esta y la SNS designa a dos personas para ejercer las actividades de Interventor y Contralor. Esta medida es adoptada con el fin de determinar si la entidad puede tener algún tipo de salvamento y ponerla en condiciones en las que no generen riesgo para el usuario o, en su defecto, indicar si se debe liquidar.

- Intervención forzosa administrativa para liquidar: en esta intervención se realiza la toma y posesión de la ESE para disponer la extinción jurídica de esta y se designa por parte de la SNS el liquidador que llevará a cabo el proceso.

Tal como se muestra en la Tabla 4, a enero de 2017, existen 12 ESE con medida especial por parte de la SNS. De las 12 ESE, 4 se encuentran en medida de vigilancia especial, 4 en medida de intervención forzosa para administrar y los 4 restantes se encuentran en liquidación.

Tabla 4. ESE con Medidas Especiales por parte de la SNS a enero de 2017

Nombre de Entidad	Tipo de Medida
ESE UBA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN 1 NIVEL	Intervención forzosa para liquidar
ESE HOSPITAL DPTAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	Intervención forzosa para administrar
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE	Intervención forzosa para administrar
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE CARTAGO	Intervención forzosa para liquidar
ESE HOSPITAL DPTAL MANUEL ELKIN PATARROYO	Intervención forzosa para liquidar
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E.	Vigilancia especial
ESE HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO	Intervención forzosa para administrar
ESE HOSP. DEPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	Intervención forzosa para liquidar
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	Intervención forzosa para administrar
HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES ESE	Vigilancia especial
ESE HOSPITAL SAN DIEGO DE CERETÉ	Vigilancia especial
ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN	Vigilancia especial

Fuente. Elaboración propia con datos obtenidos de la Superintendencia Delegada de Medidas Especiales (2017).

7 MARCO CONTEXTUAL

7.1 Empresas Sociales del Estado (ESE): historia

El sistema de salud colombiano sufrió innumerables modificaciones hasta llegar a la ley 10 en el año de 1990, donde se estableció la prestación de servicios de salud como un servicio

público y gratuito en sus niveles asistenciales, a cargo de la Nación y coordinado con las entidades territoriales y los privados que estos autorizaran. Esto generó la descentralización del flujo de recursos del sistema de salud, lo cual le dio un papel importante a los departamentos y municipios del país. Sin embargo, el sistema de salud colombiano solo presentaba la cobertura del 60% de la población. Esto representaba un problema, al igual que la falta de calidad y accesibilidad para atender a la población vulnerable.

Teniendo en cuenta lo anterior, entre otras cuestiones, se establece la Ley 100 de 1993, en donde el Sistema Nacional de Salud pasa a convertirse en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la salud pasa de ser un servicio público a un derecho de toda la población (Wills de Moya, 2016).

Igualmente, Wills de Moya (2016) señala que, con respecto a la prestación de servicios, la Ley 100 estableció que estos debían ser prestados bajo principios de eficiencia, teniendo en cuenta políticas definidas y los conceptos de autonomía y descentralización, lo cual obliga a que los hospitales se conviertan en empresas sociales del estado con carácter público descentralizado para prestar servicios de salud con autonomía administrativa y financiera.

Considerando lo contemplado en la Ley 100 de 1993, los hospitales, convertidos en empresas autónomas, se vieron obligados a competir en el mercado y a ser eficientes ya que, a partir de ese momento, dejaron de recibir recursos por parte de la Nación como pago por la oferta de sus servicios y debieron comenzar a ser auto sostenibles financieramente a través de la venta y contratación de sus servicios de acuerdo a la demanda. Es decir, estos ahora compiten en el mercado con las instituciones públicas o privadas, por lo que les corresponde mejorar su gestión en todos sus componentes (financieros, administrativos y operativos) para garantizar su permanencia en el sistema (Orozco Gallo, 2014).

7.2 Gestión hospitalaria: enfoque

Los hospitales públicos, las ESE, en el caso de Colombia, deben contar con modelos de gestión hospitalaria con estándares de calidad que les permitan estabilidad, sostenibilidad y permanencia en el tiempo, ya que están enfocadas a la auto sostenibilidad financiera. Por ejemplo, Suñol (2009) manifiesta que la calidad depende de que los servicios de salud estén dirigidos tanto a los individuos como a las poblaciones y así favorecer los resultados de salud.

Por su parte, Donabedian (1982) menciona que se deben obtener los mayores beneficios con los mínimos riesgos para el paciente con un uso adecuado de los recursos.

Es importante que las ESE cuenten con indicadores de gestión que permitan tanto medir el estado actual de la institución como también tomar las acciones correctivas en el momento oportuno y así disminuir las brechas que impidan alcanzar los objetivos propuestos. Por ejemplo, el Informe Nacional de Competitividad 2015-2016 establece que *“la salud –junto con la educación– constituye uno de los 12 pilares que determinan la competitividad de un país”*. Por consiguiente, es necesario apostarles a estrategias para impulsar la productividad, en el marco de un sistema de salud sólido, partiendo del argumento que una población saludable es más productiva, lo que se traduce en mayores retornos al sistema productivo y más contribuciones al sistema tributario. En consecuencia, esto genera menos costos para los empleadores y para el sistema de salud.

Navarro (2007) demostró que es posible integrar y clasificar la información disponible acerca de la atención para obtener una aproximación representativa del desempeño de la actividad de un hospital en conjunto. Por su parte, Donabedian (1982) establece que el mejor comportamiento de algunos indicadores, como los de producción y los de oportunidad, puede reflejar la calidad de la atención tras haber logrado la eficiencia, pues son un índice de la eficacia y efectividad de una institución. *“Las mejores evaluaciones de calidad de la atención se obtendrán de un balance apropiado entre indicadores de estructura, proceso y resultados”* (Donabedian, 1982, p.32).

Ahora bien, calidad y eficiencia son dos conceptos que se encuentran unidos y son dependientes entre sí. Ambos son definidos como conceptos abstractos. Jiménez Peneque (2004) considera a la eficiencia como parte integral de la calidad, ya que no se puede lograr la primera si no se trabaja en función de la segunda. Se trata de dos dimensiones que no deben estar separadas, y no se debe sacrificar la calidad para lograr la eficiencia, pues esta condición no sería equitativa ni ética. David Naranjo Gil (2010) indica que los hospitales españoles están involucrados en procesos estratégicos para hacer frente a un nuevo entorno sanitario, caracterizado por el impacto de nuevas enfermedades y tecnologías, cambios demográficos estructurales -como el envejecimiento de la población-, el control del gasto en sanidad y la mayor presión institucional y de los ciudadanos para disponer de servicios sanitarios más eficientes y de mayor calidad. Esta

situación impone demandas adicionales en los sistemas de información de gestión de los hospitales para poder conseguir el cumplimiento de numerosos objetivos estratégicos.

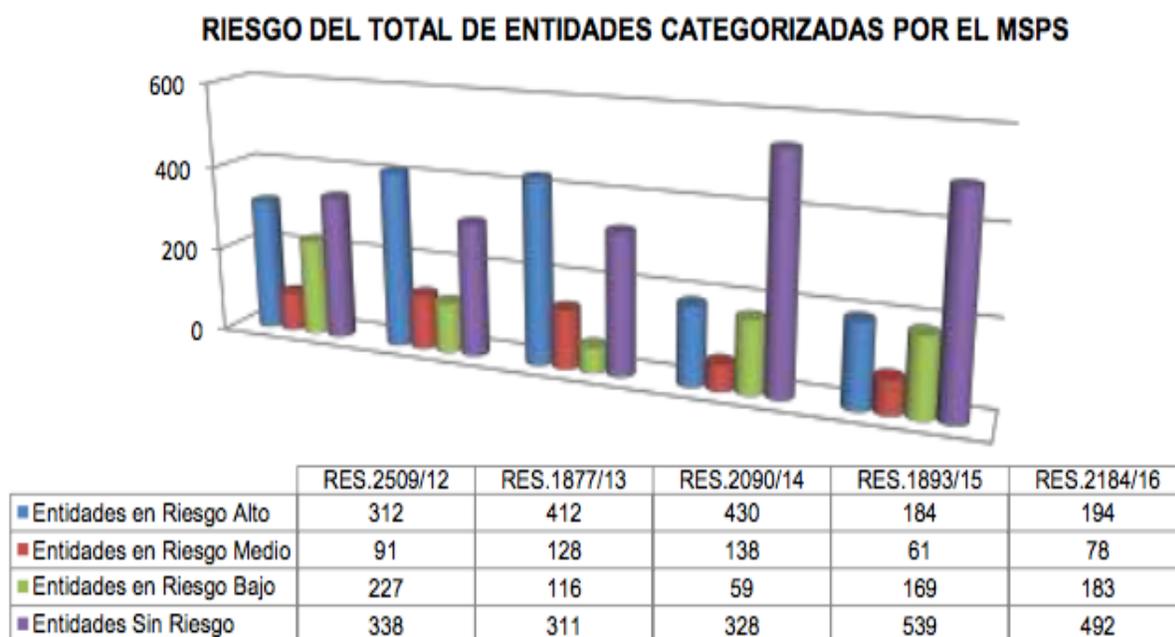
Existen muchas técnicas con el fin de que haya mayor eficiencia en los hospitales. Por ejemplo, Pieper SH (2005) demostró que una técnica usada en el control del gasto y en la gestión de los hospitales es el presupuesto. Zelman, McCue, Millikan, et al. (2004) y Gisbert, Brosa y Bohigas (2007) afirman que el presupuesto tiene una amplia presencia en los hospitales, amparado en diversos mecanismos de legalidad (intervención, auditorías, tribunal de cuentas, etc.). Esta técnica puede considerarse como un plan integrado y coordinado, expresado en términos monetarios, sobre las operaciones y los recursos que forman parte de una organización, para un período determinado, con el fin de lograr los objetivos fijados por la dirección. Horngren, Datar y Foster (2003) e Inamda y Kaplan (2003) establecen que el presupuesto induce a los directivos a centrarse en el rendimiento económico y a tomar decisiones a corto plazo, lo cual puede ir en contra de ciertas estrategias basadas en la flexibilidad y la calidad.

También, Muñiz y Monfort (2005) argumentan que una técnica de control de gestión recientemente introducida en el sector sanitario es el Cuadro de Mando Integral (CMI).

7.3 Situación actual de las ESE

Desde el año 2012, el Ministerio de Salud viene categorizando el riesgo que presentan las ESE en el país a través del cálculo de un índice de riesgo que integra ejecuciones presupuestales, equilibrio o déficit corriente y no corriente, lo que permite evidenciar si las empresas se encuentran en situaciones insostenibles o inviables en el corto, mediano o largo plazo.

Figura 2. Categorización del riesgo de ESE, 2012- 2016

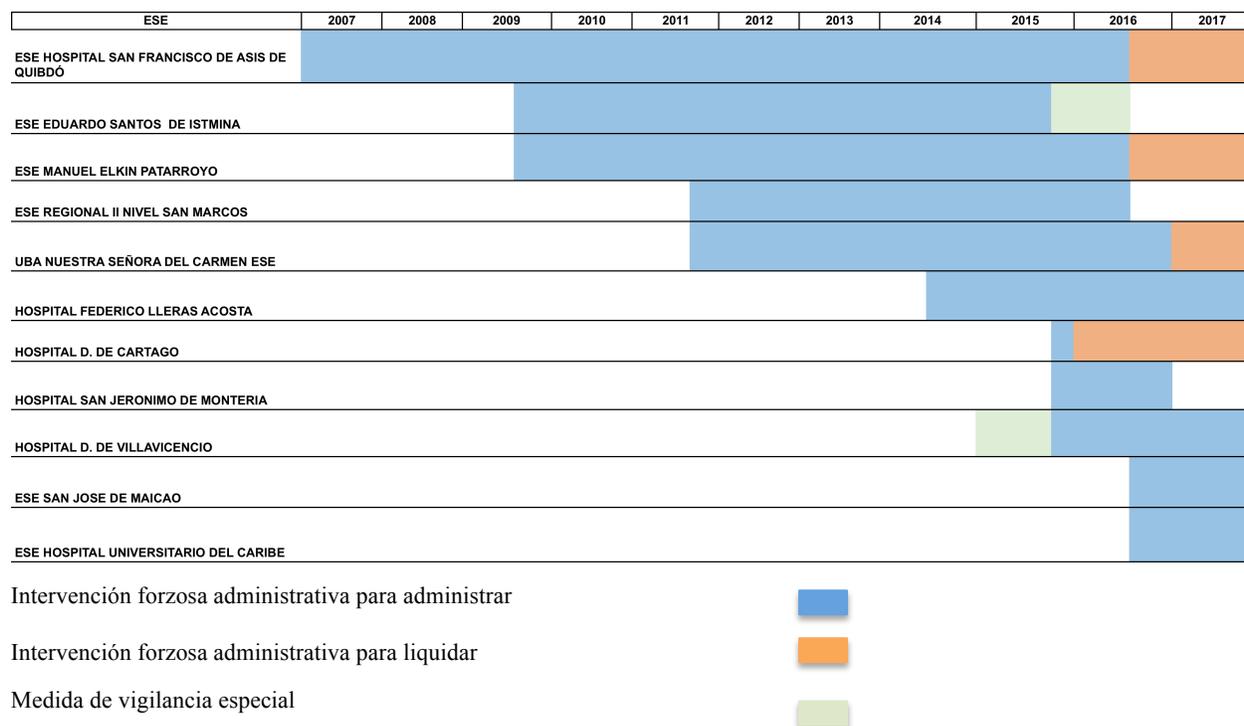


Fuente: Tomado de Ministerio de Hacienda, 2017.

Como se observa en la Figura 2, de las 947 ESE que fueron analizadas, solo 492 se encuentran sin riesgo en la última categorización realizada por el Ministerio de Salud en el 2016, el equivalente al 52%. El resto de las ESE se encuentran categorizadas en riesgo bajo, medio y alto. Ahora bien, también se evidencia que el número de entidades sin riesgo ha ido incrementándose al pasar de 338 en el año 2012 a 492 en el año 2016.

Frente a la medida de intervención administrativa para administrar ejecutada por la Supersalud a las ESE, el comportamiento de estas se describe en la Figura 2, de la siguiente manera:

Figura 3. Intervenciones forzosas administrativas para administrar ESE 2007- enero de 2017



Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de Superintendencia Nacional de Salud, 2017.

En la Figura 3 se muestra que, desde el año 2007 a enero de 2017, se han realizado 11 tomas de posesión con intervención forzosa administrativa para administrar y se observa que el número de ESE intervenidas se incrementa a partir del año 2015. Además, se observa que hay intervenciones que han sido ejecutadas en lapsos superiores a 5 años, como es el caso de las ESE de San Francisco de Asís, Eduardo Santos y Manuel Elkin Patarroyo. En la figura también se refleja que varias de las ESE intervenidas han culminado en procesos de liquidación, como las ESE de San Francisco de Asís, Manuel Elkin Patarroyo, Nuestra Señora del Carmen y el Hospital de Cartago.

7.4 ESE a las que se les inició intervención forzosa administrativa para administrar, años 2015 y 2016

Las ESE a las cuales la Supersalud les inició toma de posesión con intervención forzosa administrativa para administrar durante los años 2015 y 2016 son:

- ESE Hospital de Cartago
- ESE Hospital San Jerónimo
- ESE Hospital Departamental de Villavicencio
- ESE Hospital San José de Maicao
- ESE Hospital Universitario del Caribe

7.4.1 ESE Hospital Departamental de Cartago.

Es un hospital ubicado en el Valle del Cauca cuya persona jurídica desapareció desde el año 2016 y se encuentra en liquidación forzosa por parte de la Supersalud.

En su momento, cuando el hospital prestaba sus servicios, estaba catalogado como hospital de mediana complejidad, es decir que prestaba servicios de II Nivel. Esto la convertía en un hospital con amplia cobertura en el departamento. Según el Ministerio de Salud (2017), antes de ser intervenida, la ESE contaba con 87 servicios habilitados para la prestación de servicios y su planta de personal fija tenía alrededor de 113 empleados. Su facturación promedio anual durante el año 2015, según reportes de Minsalud (2017), fue de \$1 507 279 463, toda vez que varios de sus servicios habían sido cerrados.

7.4.2 ESE Hospital San Jerónimo.

Este hospital se encuentra ubicado en el Departamento de Córdoba, presta servicios de mediana y alta complejidad, y es catalogado como hospital de referencia en el departamento. Durante el año 2016, contaba con 51 servicios habilitados de acuerdo a lo reportado por el Ministerio de Salud (2017) y presentaba en su nómina de personal alrededor de 105 empleados. Su promedio de facturación durante el año 2016, según Minsalud (2017), fue de \$68 941 354 232. La medida de intervención culminó y fue devuelto al departamento para su administración.

7.4.3 ESE Hospital Departamental de Villavicencio.

Antes de ser intervenido, el Hospital de Villavicencio tuvo una medida de vigilancia especial por parte de la Supersalud. Sin embargo, dos meses después, fue instaurada la medida de intervención forzosa. Es un hospital que se encuentra ubicado en el departamento del Meta y es centro de referencia en el departamento. Presta servicios de mediana complejidad y durante el año 2016 contaba con 85 servicios habilitados en su portafolio (Ministerio de Salud, 2017). Durante ese mismo año, presentaba un promedio de facturación anual de \$94 542 807 447. Actualmente, continúa en medida de intervención forzosa.

7.4.4 ESE Hospital San José de Maicao.

Se encuentra ubicado en Maicao, departamento de Guajira, y al igual que los hospitales anteriores, presta servicios de mediana complejidad, siendo centro de referencia en su departamento. Según Ministerio de Salud (2017), en el año 2016 tenía 57 servicios habilitados y contaba en su planta de personal fija con 74 empleados. Presentó un promedio de facturación durante al año 2016 de \$10 386 695 288 (Minsalud, 2017). Actualmente, sigue en medida de intervención.

7.4.5 ESE Hospital Universitario del Caribe.

Ubicado en Cartagena, departamento de Bolívar, este hospital se destaca por ser una entidad de referencia en el departamento y, a su vez, sobresale por ser un hospital universitario. Presta servicios de alta complejidad y a finales del año 2016 contaba en su portafolio con 75 servicios habilitados (Ministerio de Salud , 2017). Durante al año 2016, presentó un promedio de facturación de \$ 83 263 134 712 y su planta de personal tenía alrededor de 38 empleados (Minsalud, 2017).

8 METODOLOGÍA

El estudio realizado es de tipo cuantitativo transversal. Su diseño de investigación es documental, donde a través de la revisión de documentos, informes y datos se identifican las causas que dan origen a la intervención forzosa administrativa ejecutada en algunas Empresas Sociales del Estado (ESE).

8.1 Unidades de análisis

8.1.1 Empresas Sociales del Estado

El análisis se realizó recolectando información de las siguientes ESE, a las que la Supersalud decretó o inició medida de intervención forzosa administrativa para administrar durante los años 2015 y 2016:

- ESE Hospital de Cartago
- ESE Hospital San Jerónimo
- ESE Hospital Departamental de Villavicencio
- ESE Hospital San José de Maicao
- ESE Hospital Universitario del Caribe

Cabe resaltar que, para estos años, existía un mayor número de ESE en medida de intervención. Sin embargo, algunas de estas fueron decretadas o iniciadas durante años anteriores al 2015 y 2016. Teniendo en cuenta que el incremento de ESE intervenidas se evidencia a partir del año 2015 y en aras de poder recolectar la mayor cantidad de información posible que permita realizar un análisis transversal de las causas que dieron origen a estas medidas, se tomó como unidad de análisis las 5 ESE mencionadas anteriormente.

8.1.2 Superintendencia Nacional de Salud.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de esta investigación es identificar las acciones de Inspección y Vigilancia realizadas por la Supersalud, previas a la instauración de la medida de intervención a la ESE, fue necesario recolectar información que permitiera evidenciar si se ejecutaron acciones previas con estas ESE por parte del ente rector de vigilancia, que

permitieran minimizar los riesgos de intervención a estas empresas. Por lo anterior, se tuvo en cuenta para el análisis a las siguientes Superintendencias Delegadas de Inspección y Vigilancia:

- Superintendencia Delgada para la Supervisión Institucional,
- Superintendencia Delegada de Riesgos,
- Superintendencia Delegada de Medidas Especiales.

8.2 Recolección de datos y análisis

Dado que el tipo de investigación es documental y lo que se busca es determinar las causas que dieron lugar a la intervención, la recolección de datos se realizó teniendo en cuenta las unidades de análisis especificadas y se revisó de cada una de ellas la siguiente documentación:

8.2.1 Superintendencia Nacional de Salud.

De acuerdo con la competencia de cada Superintendencia Delegada establecida como unidad de análisis se tendrá en cuenta la siguiente documentación:

- Esquema de priorización de auditorías anuales,
- Informes de auditorías realizadas a las ESE,
- Informe de planes de mejoramiento suscritos con las ESE (si aplica),
- Análisis de riesgo realizado a las ESE,
- Planes de gestión integral de riesgo aprobados a las ESE.

Con la información anterior, a partir de la revisión documental se determinó el tipo de acciones realizadas a las ESE objeto del estudio por parte de la Supersalud, previas a la implementación de la intervención forzosa administrativa, en tres aspectos fundamentales:

- Implementación del Plan de Gestión Integral de Riesgo a las ESE, con anterioridad a la adopción de la intervención.
- Auditorías realizadas y planes de mejoramiento suscritos con las ESE con anterioridad a la adopción de la medida de intervención.
- Hallazgos que dieron lugar a la medida de intervención administrativa de las ESE.

8.2.2 Empresas Sociales del Estado.

Para la realización del análisis se tiene en cuenta la siguiente información:

- Informes SIHO de los últimos tres años, presentados al Ministerio de Salud;
- Informes Circular Única de los últimos tres años, presentados a la Supersalud;
- Informes de los hospitales que presentaron programas de saneamiento fiscal y financiero, presentados a Ministerio de Hacienda (si aplica)
- Categorización del riesgo de la ESE durante los últimos tres años;
- Diagnóstico e informe inicial de la toma de Intervención de la ESE por parte del Interventor y Contralor.

8.2.2.1 Indicadores seleccionados para el análisis en las ESE.

Para la realización del análisis de datos de las ESE, se establecieron 4 áreas de gestión para cada entidad. A cada área se le designaron criterios de evaluación y a los criterios identificados se les construyeron indicadores de medición con el fin de detectar brechas y deficiencias relevantes en estas áreas de gestión que pudieran incrementar el riesgo de Intervención por parte de la Supersalud.

En la Tabla 5, se muestran los indicadores que se tuvieron en cuenta en el análisis para cada ESE.

Tabla 5. Indicadores seleccionados para análisis de ESE en intervención entre 2015 y 2016

NO	ÁREA O COMPONENTE DE GESTIÓN	CRITERIO A EVALUAR	NOMBRE DEL INDICADOR
1	Gestión Administrativa y financiera	Proceso/eficiencia	Porcentaje de ocupación
2			Promedio día estancia
3		Proceso/ eficacia	% de reconocimiento frente a lo facturado
4			% de recaudo frente al reconocimiento
5			% de cartera mayor a 360 días
7			Días de rotación de la cartera
8			% de cartera sin radicar
9		Proceso	Razonabilidad de los estados financieros
10			Procesos judiciales contestados
11			Facturación acumulada
12		Resultado/	Equilibrio presupuestal contra recaudo

13		eficiencia	Variación del Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad producida del año en que se intervino comparado con el año anterior	
14			Variación del Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad	
15		Resultado	Utilidad operacional frente a los ingresos	
16			Riesgo financiero	
17		Gestión asistencial y de calidad	Proceso	Porcentaje de adherencia a guías prioritarias en maternidad: Código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfixia perinatal, sepsis obstétrica
18			Resultados	Porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización
19				Porcentaje de cancelación de cirugía programada
20				Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
21	Tasa de mortalidad perinatal			
22	Tasa de mortalidad materna			
23	Porcentaje de satisfacción de los usuarios			

Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, para contar con datos que permitan generar un análisis más específico y obtener un resultado más significativo, se diseñaron indicadores cuya medición permita un análisis comparativo entre las ESE objeto de estudio. Los mismos fueron construidos para que su unidad de medida esté dada en porcentajes y tasas (entre otros), y su medición se realizó teniendo en cuenta la totalidad de la vigencia (anualidad), es decir, a diciembre de cada año para todas las ESE.

Adicionalmente, y en aras de poder determinar la tendencia de dichos indicadores y su efecto, en los que han tenido un proceso de intervención superior a dos años, se realizó más de una medida anual. En la Tabla 6, se muestra el número de mediciones para cada ESE.

Tabla 6. Mediciones realizadas para los indicadores en las ESE objeto de estudio

ESE	Ciudad	Departamento	Fecha ordenamiento de la Intervención forzosa administrativa para administrar	Número de mediciones del indicador	Medición 1 (Antes de la intervención)	Medición 2 (Durante la intervención)	Medición 3 (Durante la intervención)
-----	--------	--------------	---	------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

ESE Hospital Departamental de Cartago	Cartago	Valle del Cauca	22 de junio de 2015	1	A diciembre de 2014		
ESE Hospital San Jerónimo de Montería	Montería	Córdoba	28 de julio de 2015	3	A diciembre de 2014	A diciembre de 2015	A diciembre de 2016
ESE Hospital Departamental de Villavicencio	Villavicencio	Meta	27 de octubre de 2015	3	A diciembre de 2014	A diciembre de 2015	A diciembre de 2016
Ese Hospital San José de Maicao	Maicao	Guajira	14 de junio de 2016	2	A diciembre de 2015	A diciembre de 2016	
ESE Hospital Universitario del Caribe	Cartagena	Bolívar	28 de noviembre de 2016	1	A diciembre de 2015		

Fuente: Elaboración propia.

8.2.2.2 Grupo de clasificación de IPS

Adicional a lo anterior, se tuvo en cuenta un indicador que se denomina Grupo de clasificación de IPS, para identificar aspectos importantes relacionados con el riesgo de intervenciones administrativas a ESE, ya que dicho indicador, tal como lo menciona la Circular 018 de 2015 emitida por la Supersalud, agrupa a las IPS del país basándose en criterios relacionados con la vulnerabilidad de la población atendida y al tamaño de la entidad. Este último concepto se recoge a través de diferentes variables, como el nivel de complejidad, clasificación NIIF, y número y tipo de servicios habilitados. Dicha clasificación representa una alerta para la Supersalud en lo que refiere a definir priorizaciones de supervisión ya que, de acuerdo con el grupo donde se encuentren clasificadas, podrían tener mayor riesgo financiero y mayor impacto en la población atendida (Superintendencia Nacional de Salud, 2015). Según la Circular 018 de 2015 y tal como lo menciona Superintendencia Nacional de Salud (2015), las IPS son reunidas en 7 grupos con diferentes características, como se muestra en la Figura 4, para los cuales se deben diseñar políticas diferenciadas y acorde a sus observables. Esta agrupación se basa en tres conceptos: el primero, relacionado con el NIT de la IPS y los NIT de las aseguradoras; el segundo, con la vulnerabilidad de la población atendida, y; por último, con el tamaño de la

entidad. Este último concepto se recoge a través de diferentes variables como son el nivel de complejidad, clasificación NIIF, y número y tipo de servicios habilitados. Los umbrales

Figura 4. Clasificación IPS

Grupo	Criterios
Grupo A	<ul style="list-style-type: none"> IPS cuyo Nit es el mismo de alguna EAPB o empresa aseguradora
Grupo B	<p>IPS que no cumplen con las características del Grupo A y, son único prestador en el municipio, tienen solo habilitados servicios en ese municipio, y,</p> <ul style="list-style-type: none"> prestan servicios en el departamento con menos de 16 IPS por cada 100.000 habitantes, y, distancia del municipio a la capital más cercana es superior a 68 kms, o, prestan servicios en un municipio cuya distancia a la capital más cercana es superior a 132.71 kms.
Grupo C1	<p>IPS que no cumplen con las características del Grupo A y B, y,</p> <ul style="list-style-type: none"> tienen Activos totales superiores a \$ 51,039 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014, o, tienen Ingresos totales superiores a \$ 50,601 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014, o, tienen Patrimonio total superior a \$ 45,814 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014, o, pertenecen al Grupo 1 de las NIIF (IPS Privada o Mixta) , o, están clasificada como Nivel 3 de complejidad (IPS pública), o, tienen habilitados más de 26 servicios de alta complejidad (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes), o, tienen habilitados más de 57 servicios de complejidad media (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes), o, tienen habilitados más de 43 servicios intramurales hospitalarios (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes)
Grupo C2	<p>IPS que no cumplen con las características del grupo A, B, C1 ,y,</p> <ul style="list-style-type: none"> tienen Activos totales superiores a \$ 24,325 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014, o, tienen Ingresos totales superiores a \$ 23,628 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014, o, tienen Patrimonio total superior a \$ 20,712 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014, o, tienen habilitados más de 13 servicios de alta complejidad (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes), o, tienen habilitados más de 37 servicios de complejidad media (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes), o, tienen habilitados más de 27 servicios intramurales hospitalarios (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes)
Grupo D1	<p>IPS que no cumplen con las características del grupo A, B, C1 , C2 y,</p> <ul style="list-style-type: none"> tienen Activos totales por valor mayor a \$ 14,816 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014, o, tienen Ingresos totales por valor entre \$ 14,613 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014, o, tienen Patrimonio por valor entre \$ 11,749 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014, o, están clasificada como Nivel 2 de complejidad (IPS pública), o, tienen habilitados más de 6 servicios de alta complejidad (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes), o, tienen habilitados más de 32 servicios de complejidad media (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes), o, tienen habilitados más de 21 servicios intramurales hospitalarios (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes)
Grupo D2	<p>IPS que no cumplen con las características del grupo A, B, C1 , C2, D1 y,</p> <ul style="list-style-type: none"> pertenecen al Grupo 2 de las NIIF (IPS Privada o Mixta) , o, son de naturaleza pública y tener activos totales por valor superior a \$ 1,196 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014, o, son de naturaleza pública y tener ingresos totales por valor superior a \$1,582 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014 son de naturaleza pública y tener un patrimonio por valor superior a \$1,186 millones de pesos con corte a Diciembre de 2014, o, tienen habilitados más de 5 servicios de alta complejidad (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes), o, tienen habilitados más de 17 servicios de complejidad media (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes), o,
	<ul style="list-style-type: none"> tienen habilitados más de 11 servicios intramurales hospitalarios (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes)
Grupo D3	<p>IPS que no cumplen con las características del grupo A, B, C1 , C2 , D1 ,y, D2</p>

Fuente: Circular 018, 2015

Tal como lo expresa Pinzón (2017), las características resaltadas en cada grupo no son excluyentes al interior, cualquier entidad que cumpla alguna de las enumeradas en cada grupo es condición suficiente para ser clasificada en el mismo. No obstante, quedar clasificado en un grupo sí excluye de quedar clasificado en cualquier otro, esto haciendo una revisión de criterios en orden descendente, empezando por el grupo A hasta el grupo D2. Es importante notar que el grupo D3 abarca todas las IPS que no pudieron ser clasificadas en los otros grupos por no cumplir las características asociadas a estos. Adicionalmente, las IPS de las cuales no se tiene información para las variables claves fueron clasificadas como NA.

Es así que en el grupo A se van a encontrar aquellas IPS cuyos NIT son iguales a los de alguna aseguradora, como una manera de identificar aquellas entidades que pueden llevar un proceso diferente debido a la supervisión específica que se hace con las EPS y aseguradoras de planes adicionales de salud.

Luego, se encuentran las empresas clasificadas en el grupo B, las cuales son clasificadas allí por el nivel de vulnerabilidad que tiene la población del municipio donde prestan sus servicios. Es decir que, son único prestador en el municipio, tienen solo habilitados servicios en ese municipio, prestan servicios en el departamento con menos de 16 IPS por cada 100.000 habitantes, la distancia del municipio donde prestan el servicio a la capital más cercana es superior a 68 km o prestan servicios en un municipio cuya distancia a la capital más cercana es superior a 132.71 km (Pinzón, 2017).

También menciona Pinzón (2017) que, de allí en adelante, es decir grupos C y D, se centran en criterios que determinan el tamaño de la empresa y, por tanto, su participación en el sistema de salud. El grupo C es aquel con las entidades más grandes, no obstante, debido a la necesidad de priorizar un grupo pequeño de prestadores, se dividió el grupo en dos: grupo C1 y C2. De esa manera, se busca lograr identificar dentro de las IPS más grandes aquellas con mayor impacto en el sistema. Para el grupo C1 se utiliza como umbral mínimo el percentil 97,5 y para el C2 el percentil 95 de la distribución de activos totales, ingresos totales y patrimonio. Teniendo en cuenta esto, en el grupo C se incluyen la mayoría de las empresas que son identificadas como grandes según el artículo 2 de Ley 950 de 2004 (empresas con activos totales superiores a treinta mil (30 000) salarios mínimos mensuales legales vigentes -\$19 330 500 000 en 2015-). En

concordancia con esto, es importante incluir en ese grupo a las ESE clasificadas en el nivel de mayor complejidad y a aquellas IPS privadas clasificadas como NIIF grupo 1.

Asimismo, teniendo en cuenta la distribución del número de diferentes servicios habilitados para las IPS, el grupo C1 también incluye a aquellas que cumplen con el criterio de tener más de 26, 57 y 43 servicios de alta complejidad, media complejidad e intramurales hospitalarios habilitados, respectivamente, y el grupo C2 incluye aquellas que tienen más de 13, 37 y 27 servicios de alta complejidad, media complejidad e intramurales hospitalarios habilitados, respectivamente. Estos criterios surgen como resultado del análisis de la distribución de estas variables para los proveedores grandes, siendo los umbrales el valor redondeado del promedio más una desviación estándar. La inclusión de estos criterios permite incluir IPS para las que no se tenga información financiera, clasificación NIIF o clasificación de nivel de complejidad disponible (Pinzón, 2017).

El grupo C se encuentra seguido por las empresas del grupo D1 en tamaño. Estas son empresas cuyos ingresos, activos o patrimonio se encuentra entre el percentil 92,5 y 95 de las distribuciones, o ESE clasificadas en el segundo nivel de complejidad. De forma similar a las del grupo C, el grupo D1 también incluye aquellas IPS que tienen un total de servicios de alta complejidad, media complejidad e intramurales hospitalarios habilitados superior al promedio más una desviación estándar de las empresas cuyos ingresos, patrimonio o capital se encuentran entre el percentil 92,5 y 95 de la distribución (más de 6, 32 y 21 diferentes servicios, respectivamente).

Adicionalmente, tratando de hacer una división del resto de empresas que son las más pequeñas del sector, y teniendo en cuenta la clasificación NIIF, se clasifican en el grupo D2 aquellas empresas que no cumplan características del resto de grupos y que, además, sean similares a las IPS clasificadas como NIIF 2 pequeñas. Es así como en el grupo D2 se encuentran empresas pequeñas que en términos de ingresos, activos o patrimonio presentan valores superiores a la mediana de las IPS clasificadas como grupo NIIF 2. También, se incluyen en este grupo todas las IPS con un total de servicios habilitados de alta, media complejidad e intramural hospitalarios superiores al promedio más una desviación estándar de la distribución para empresas que cumplan con los otros criterios mencionados anteriormente para el grupo D2 (más de 5, 17 y 11 diferentes servicios, respectivamente).

Finalmente, se encuentran las IPS que no cumplen ninguna de las características de los grupos A, B, C, D1 o D2, las cuales se clasifican en el grupo D3.

Menciona Pinzón (2017) que, a partir de la definición de los grupos, se encontró que las IPS de la muestra tomada se distribuyen en los grupos de la siguiente manera: el 5,76% de las IPS cumplen con las características del grupo A; casi el 3% con las del B; el 0,7% con las del grupo C; el 31,74% con las del grupo D, un total del 41.82%.

8.2.2.3 Otras variables seleccionadas del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) del Ministerio de Salud

El Decreto 2193 de 2004 tiene por objeto “establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional” (Ministerio de Salud, 2015). Las ESE reportan trimestral y anualmente los datos referentes a la gestión hospitalaria al Minsalud a través de una plataforma denominada SIHO, lo que permite evaluar las condiciones de prestación de servicios de la institución.

Con el objetivo de contar con otros datos que permitan evidenciar la situación de las ESE en estudio y las causas de las intervenciones administrativas de las mismas, se seleccionaron algunas variables sobre datos reportados por estas ESE a través de la plataforma SIHO. Los datos analizados corresponden a las siguientes variables que se muestran en la Tabla 7. Estos pertenecen a los años 2013, 2014, 2015 y 2016. Se busca evidenciar la tendencia de estas variables y su relación con las causas de las intervenciones administrativas realizadas por la Supersalud.

Tabla 7. Variables seleccionadas reportadas por las ESE, a través de SIHO

Variables
Categorización del riesgo por parte de Minsalud
Producción de servicios equivalente (UVR)
Camas de hospitalización
Total de egresos
Total cargos planta de personal (Provistos)
Total cartera
Total pasivo

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de (Ministerio de Salud , 2017)

9 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez aplicadas todas las herramientas de recolección de la información, así como el estudio de la documentación referenciada en el marco metodológico, se analizaron e interpretaron los resultados.

9.1 Acciones de inspección, vigilancia y control realizadas por la Supersalud a las ESE con anterioridad a la medida de intervención forzosa administrativa para administrar

Con el fin de identificar las causas o factores que tuvieron que ver con la intervención de las ESE, se realizó el estudio de los actos administrativos de la Supersalud y de conceptos técnicos de la Superintendencia Delegada de Medidas Especiales que dieron lugar a la intervención de cada una de las ESE. De igual manera, se realizó una revisión de documentación en la Superintendencia Delegada de Riesgos, para constatar la existencia de Planes de Gestión Integral del Riesgo (PGIR) en estas entidades objeto de estudio antes de la intervención y en la Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional, se estudió la existencia de auditorías y planes de mejoramiento realizados con anterioridad a la ordenación de la intervención forzosa por parte de la Supersalud. Posterior a la revisión de la documentación mencionada, se obtuvo la información que se describe a continuación.

9.1.1 ESE Hospital Departamental de Cartago

El Hospital Departamental de Cartago E.S.E. es una entidad con categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden departamental, de conformidad con lo dispuesto en la Ordenanza 005 de 1996.

9.1.1.1 Acciones de Inspección y Vigilancia: Plan de gestión integral del Riesgo (PGIR)- Superintendencia Delegada de Riesgos.

La resolución 1877 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección que efectuó la categorización del Riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2013, en su artículo 3 numeral 1, establece que la ESE mantendrá su categoría de riesgo y, en consecuencia, debe acogerse a un Programa de Ajuste Fiscal y Financiero.

Teniendo en cuenta lo anterior, el hospital elaboró un programa de saneamiento fiscal y financiero, pero este no fue radicado oportunamente ante la oficina de apoyo fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En mayo de 2014, toda vez que no adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) dentro de los términos legales, incumpliendo así lo establecido en la normativa, dicha entidad presentó el Plan de Gestión Integral de Riesgo (PGIR) a la Supersalud en el mes de febrero de 2015, el cual fue evaluado y recibió retroalimentación para aplicar la metodología de formulación del plan de acuerdo con lo establecido en las guías (Superintendencia Delegada de Riesgos, 2016).

Ahora bien, dicho proceso no continuó, teniendo en cuenta que se ordenó la intervención forzosa administrativa de la ESE Departamental de Cartago.

9.1.1.2 Acciones de Inspección y Vigilancia: Auditorías realizadas por Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional.

No se realizaron auditorías previas por parte de la Supersalud, ni se suscribieron planes de mejoramiento.

9.1.1.2.1 Acciones de Control: Superintendencia Delegada de Medidas Especiales.

De acuerdo con lo mencionado por Superintendencia Delegada de Medidas Especiales (2015), mediante decreto No. 0265 de abril 7 de 2014, el departamento del Valle del Cauca, previo aval técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, definió la transformación de la red de servicios de salud departamental contemplando, entre otras cosas, la liquidación del Hospital Departamental de Cartago E.S.E en el año 2014, aspecto que a mayo de 2015 no se cumplió y, en consecuencia, la entidad territorial presentó ante la Superintendencia Nacional de Salud el 25 de mayo de 2015 el Documento Técnico de justificación de liquidación del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE CARTAGO ESE.

En virtud de esa solicitud, se ordenó preparar un informe técnico de seguimiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, el cual fue presentado el día 5 de junio de 2015, recomendando según lo establecido en el numeral 17 del artículo 21 del Decreto 2462 de 2013 que se evaluara por parte del comité técnico de medidas especiales y se tomaran las decisiones a que hubiera lugar, tendiente a garantizar la prestación del servicio de salud en la Red Norte del Valle del Cauca. Es así que, el 22 de junio de 2015, mediante la Resolución 1043, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la intervención forzosa administrativa, toda vez que antes de una liquidación forzosa se hace necesario establecer intervención administrativa como medida de salvamento.

Las causales más significativas que dieron origen a la intervención según Superintendencia Nacional de Salud (2015) son las siguientes:

- Sub explotación de la capacidad instalada, traducida en el decremento de la facturación (producción) y, por ende, de sus ingresos operacionales.
- Contrario a lo anterior, mostraba un aumento de costos y gastos de la operación para los años 2011, 2012, 2013 y 2014, sin generar los ingresos suficientes para su sostenibilidad.
- El desequilibrio presupuestal originado en la adquisición de compromisos por encima de los ingresos, los cuales no alcanzan a cubrir, al menos, los servicios personales.
- Envejecimiento de la cartera y carencia de gestión de cobro, pues se soporta el recaudo en gran porcentaje, al giro directo y los ingresos no operacionales.
- Tenía un incremento constante de la cartera.
- Presentaba un aumento en nivel de endeudamiento pasando del 28% en 2011 y al 53% en el año 2014.

- Presentaba pérdidas.
- No contaba con el registro de contingencias en su contra.

Sin embargo, durante los 5 meses que aproximadamente duró la intervención administrativa para así agotar la etapa de salvamento, se tomó la decisión de liquidación de la entidad y de conformidad con la Resolución No 02376 de fecha 20 de noviembre de 2015, se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios, y la intervención forzosa administrativa para liquidar el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DEL CARTAGO E.S.E.

9.1.2 ESE Hospital san Jerónimo de Montería

El Hospital San Jerónimo de Montería es una entidad prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, la cual se constituye en la cabeza de red de los prestadores públicos de salud en el departamento de Córdoba, lo cual hace que sea uno de los más importantes centros referentes de la región.

Según el documento de red del departamento de Córdoba, la operación de la red se realizará a través de flujos desde el primer nivel de atención a la mediana complejidad establecida en la subred por la ESE Hospital San Jerónimo de Montería. En caso de atención de tercer nivel y alto costo para el cual el Hospital San Jerónimo no tenga la capacidad resolutive necesaria, se remitirá a las instituciones con las cuales la Secretaría de la Salud del departamento tenga contrato, bien sea dentro o fuera del departamento, privadas o públicas.

Además, la red de servicios de media complejidad de la ciudad de Montería está concentrada en instituciones privadas con suficiente capacidad de oferta de servicios de salud. Para la atención especializada del segundo nivel, sin embargo, la población proveniente de un sector más vulnerable no tiene un adecuado acceso a los servicios disponibles, por ende, la demanda de servicios ha terminado sobresaturando la capacidad de respuesta del Hospital San Jerónimo, el cual asume toda la atención de los municipios de Canalete, Los Córdoba, Puerto Escondido, Tierralta, Valencia, Montelíbano, Buenavista, Pueblo Nuevo, Ayapel, Puerto Libertador, San José de Uré, Montería y es centro de referencia de todo el departamento.

9.1.2.1 Acciones de Inspección y Vigilancia: Plan de gestión integral del Riesgo (PGIR)- Superintendencia Delegada de Riesgos.

Fue remitido por el MHCP a la Supersalud en el mes de noviembre de 2015, toda vez que la ESE no cambió su categorización de riesgo alto a medio, incumpliendo así la normativa establecida.

Como medida de control alternativa al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, la entidad se encontraba en medida de intervención para administrar, ordenada por la Delegada de Medidas Especiales, a través de la Resolución 1368 del 28 de julio de 2015, en el momento de la remisión del MHCP, por lo que el PGIR no se inició en ese momento para esta entidad (Superintendencia Delegada de Riesgos, 2016).

9.1.2.2 Acciones de Inspección y Vigilancia: Auditorías realizadas por Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional. (sangría)

La Superintendencia realizó auditoría integral a esta ESE durante el año 2013 con 41 hallazgos durante la auditoría. No se aprobó el plan de mejoramiento presentado por la ESE porque no subsanaba los hallazgos encontrados en la auditoría.

9.1.2.3 Acciones de Control: Superintendencia Delegada de Medidas Especiales. (sangría)

Según la Superintendencia Nacional de Salud (2015), el 28 de julio de 2015 por medio de la Resolución 001368, se ordenó la toma de posesión de los bienes haberes y la intervención forzosa administrativa para administrar la ESE Hospital San Jerónimo de Montería.

Dentro de los hallazgos que dieron origen a la intervención, según lo informa la Superintendencia Delegada de medidas especiales (2015), se encuentran los siguientes:

- Disminución progresiva de la producción de servicios - capacidad instalada relacionada con la disminución de producción.
- Disminución en contratación por venta de servicios de salud.

- Disminución del recaudo.
- Déficit presupuestal.
- Incremento del pasivo.
- Procesos judiciales sin provisión.
- Generación de ingresos por debajo de sus costos y gastos.
- Inoportunidad en la consulta de pediatría.
- Incremento en la cancelación de cirugía programada.
- Aumento de eventos adversos.
- La NO medición de la infección intrahospitalaria.
- El NO control de la mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas.

9.1.3 ESE Hospital Departamental de Villavicencio

El Hospital Departamental de Villavicencio es un establecimiento público del orden departamental, dotado de personería jurídica y autonomía administrativa. Su origen se remonta al año 1910 cuando fue creado el Hospital Monfort, en conjunto con funcionarios de la administración de la entonces Intendencia Nacional del Meta y personas privadas. Creado como Instituto Privado de Utilidad Común, prestó sus servicios con aportes de la comunidad, de la Nación, del Departamento y del Municipio y, posteriormente, el de la Beneficencia del Meta.

El Hospital General de Villavicencio fue construido en 1950 con recursos asignados por la Nación. A partir de 1967, el Hospital Monfort se fusiona con el Hospital General de Villavicencio asumiendo su dirección y administración hasta 1969. En ese año, la administración del departamento considera que el hospital fue levantado con recursos mayoritariamente de la Nación, y que debe ser de carácter público y de propiedad del departamento.

En 1975, con el Decreto 350 del Gobierno Nacional, el hospital se constituye como Sede de Unidad Regional de Villavicencio, adscrito al Sistema Nacional de Salud. Con la promulgación de la Ley 10 de 1990, se inicia en el Sistema de Salud un proceso de reordenamiento institucional para definir las situaciones jurídicas y laborales que se presentaban en este. Posteriormente, con el Decreto Ordenanza No. 0782 de 1991, el Hospital Regional de Villavicencio se constituye como Establecimiento Público del Orden Departamental, con

personería jurídica y autonomía administrativa y patrimonio propio, regido por una Junta Directiva y un Director.

9.1.3.1 Acciones de Inspección y Vigilancia: Plan de gestión integral del Riesgo (PGIR)- Superintendencia Delegada de Riesgos.

No se evidencia remisión del MHCP, ni tampoco suscripción de PGIR ante la Supersalud.

9.1.3.2 Acciones de Inspección y Vigilancia: Auditorías realizadas por Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional.

Se realizó una auditoría integral por parte de la Supersalud en el año 2015, obteniendo 58 hallazgos. No se suscribió plan de mejoramiento.

9.1.3.3 Acciones de Control: Superintendencia Delegada de Medidas Especiales.

La Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 1612 del 28 de agosto de 2015 adoptó la Medida Cautelar de Vigilancia Especial para el Hospital Departamental de Villavicencio ESE, como consecuencia de las graves inconsistencias que se evidenciaban dentro del componente asistencial y financiero de la entidad que generaban riesgo para la adecuada prestación del servicio a sus usuarios. Como resultado de la decisión anterior, se ordenó al Representante Legal de la ESE presentar un Plan de Acción donde se determinaran las acciones necesarias para subsanar y enervar, en el menor tiempo posible, las causales que dieron origen a la medida de Vigilancia Especial (Superintendencia Delegada de medidas Especiales, 2017).

El 28 de septiembre de 2015, el Gerente del Hospital Departamental de Villavicencio presentó ante la Superintendencia Nacional de Salud el plan de acción propuesto, el cual no fue aprobado por la Superintendencia, ya que no apuntaba a brindar una solución estructural y definitiva a los hallazgos que dieron origen a la adopción de la Medida Cautelar de Vigilancia Especial. Durante la vigencia de la medida cautelar de vigilancia especial, la Superintendencia Nacional de Salud llevó a cabo dos visitas de seguimiento, a saber: una el 11 de septiembre y otra los días 13 y 14 de octubre de 2015. Las mismas, junto con los informes presentados por el Contralor (preliminar y seguimiento), evidenciaron que no se habían superado los hallazgos y que existía una tendencia al deterioro constante de la institución.

Por las razones anteriores, el 27 de octubre de 2015, mediante Resolución 2001, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó: “**LEVANTAR la medida cautelar de VIGILANCIA ESPECIAL ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la Resolución No. 001612 de 2015 y, en su lugar, ORDENAR LA TOMA DE POSESIÓN INMEDIATA DE LOS BIENES, HABERES Y NEGOCIOS, Y LA INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA ADMINISTRAR EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE**”.

De acuerdo a lo mencionado por SUPERSALUD (2015), los hallazgos que dieron lugar a la intervención fueron los siguientes:

- alto grado de iliquidez;
- sobrestimación del 61% de la cartera;
- insuficiencia de la capacidad instalada;
- estancia prolongada de pacientes;
- debilidades en procesos de desinfección;
- prácticas inseguras en los servicios de urgencias y hospitalización.

9.1.4 ESE Hospital San José de Maicao

En 1999, la Asamblea Departamental de la Guajira eleva al hospital a II nivel de atención, que constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa del II nivel, adscrito al Departamento Administrativo de Salud.

9.1.4.1 Acciones de Inspección y Vigilancia: Plan de gestión integral del Riesgo (PGIR)- Superintendencia Delegada de Riesgos.

Remitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a la Supersalud en el mes de julio de 2014, toda vez que para la fecha de presentación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero no presentó el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes de empresas sociales del estado (PTTRM) viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El proceso PGIR no se ejecutó, en el entendido que, para empezar el proceso

de viabilidad es requisito formal la viabilidad del PTTRM (Superintendencia Delegada de Riesgos, 2016).

9.1.4.2 Acciones de Inspección y Vigilancia: Auditorías realizadas por Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional.

Se realizaron 2 auditorías integrales. La primera fue en el año 2015, en la cual se produjeron 77 hallazgos. La segunda fue en el año 2016 con el objetivo de realizar un seguimiento al plan de mejoramiento suscrito en la auditoría anterior. Con el seguimiento se constató un 32% de cumplimiento del plan de mejoramiento.

9.1.4.3 Acciones de Control: Superintendencia Delegada de Medidas Especiales. (sangría)

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución 1615 del 14 de junio de 2016, tomó la decisión de adoptar la medida de intervención forzosa administrativa para administrar la ESE Hospital San José de Maicao, como consecuencia de que los hallazgos evidenciados generan riesgo para la adecuada prestación de los servicios a sus usuarios, tal como lo menciona Superintendencia Delegada de Medidas Especiales (2017):

- La atención prestada a los usuarios en la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE MAICAO es potencialmente peligrosa para el personal asistencial y principalmente para los usuarios, generando en ellos un impacto negativo que, en muchas ocasiones, puede concluir en un evento adverso, poniendo en riesgo la seguridad del paciente.
- A pesar del bajo número de pacientes y de contar con el personal suficiente para la prestación del servicio, los tiempos para Triage II son superiores a los permitidos por la Circular 056 de 2009, expedida por esta Superintendencia, lo que claramente determina un riesgo en la complicación del estado de salud de los usuarios.
- La ESE atraviesa por un alto grado de iliquidez, la cartera recuperable se encuentra por debajo del 50% del total de la misma y no hay depuración de saldos en las cuentas de las

entidades responsables del pago; situaciones que impiden la recuperación inmediata para atender los pasivos exigibles.

- Los estados financieros, con corte a diciembre 31 de 2015, muestran resultados negativos, toda vez que al cierre de la misma vigencia reflejan pérdidas operacionales por valor de \$5 910 143 000.

9.1.5 ESE Hospital Universitario del Caribe de Cartagena

La ESE Hospital Universitario del Caribe es una entidad estatal, descentralizada, del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa sometida al régimen jurídico que, para las Empresas Sociales del Estado, está previsto en los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y normas reglamentarias, y creada mediante Decreto Ordenanza No. 895 del 29 de diciembre de 2004.

La creación de la ESE Hospital Universitario del Caribe tiene como antecedentes la situación de la salud en el departamento de Bolívar y el Distrito de Cartagena, atendiendo las necesidades en los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de mediana y alta complejidad, lo cual constituye la principal justificación de la creación, existencia y funcionamiento de esta entidad hospitalaria.

La ESE Hospital Universitario del Caribe fue concebida como una entidad para fortalecer la gestión de formación del recurso humano del área de la salud de pre y postgrado, y del componente investigativo del sector, con un esquema de docencia, asistencia e investigación, en conjunto con la Universidad de Cartagena (Superintendencia Delegada de Medidas Especiales, 2017).

9.1.5.1 Acciones de Inspección y Vigilancia: Plan de gestión integral del Riesgo (PGIR)- Superintendencia Delegada de Riesgos.

Según la Superintendencia Delegada de Riesgos (2016), en el mes de abril de 2016, el MHCP remitió al Hospital Universitario del Caribe a la Supersalud por no presentar el informe de monitoreo y seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizado. En consecuencia, se inició el proceso PGIR presentando los documentos en el mes de octubre. Sin embargo, a través de la Resolución 3569 del 28 de noviembre de 2016, la Delegada de Medidas

Especiales ordenó la toma de posesión inmediata y la intervención forzosa para administrar la ESE, por ende, el trámite de viabilidad del PGIR concluyó.

9.1.5.2 Acciones de Inspección y Vigilancia: Auditorías realizadas por Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional.

Se realizaron 3 auditorías anteriores a la intervención administrativa. La primera, durante el año 2015, de la cual se suscribió un plan de mejoramiento para subsanar 62 hallazgos. La segunda auditoría inspectiva se realizó en mayo de 2016 y la última auditoría fue realizada en noviembre de 2016 para realizar seguimiento al plan de mejoramiento, evidenciando un cumplimiento en la ejecución de 51%.

9.1.5.3 Acciones de Control: Superintendencia Delegada de Medidas Especiales.

La Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales, mediante Auto No. 000526 de 20 de septiembre de 2016, ordenó efectuar visita a la ESE con el objeto de “recaudar información administrativa, financiera, jurídica, técnico-científica y de servicios que reporte la entidad, con el fin de ser sometida al análisis de la Superintendencia Nacional de Salud”, la cual se llevó a cabo los días 22 y 23 de septiembre de 2016.

Según la Superintendencia Delegada de Medidas Especiales (2017), el equipo asignado elaboró un informe que describía la situación real de la entidad. A partir del mismo, se concluyó lo siguiente y se tomó la decisión de ordenar la intervención administrativa:

- Se evidenció un alto número de trabajadores vinculados a través de contratos sindicales o empresas temporales para la operación permanente de los servicios.
- Se evidenció un bajo recaudo de lo facturado, lo cual conllevaba a un desequilibrio financiero operativo e iliquidez, que afectaba el adecuado desarrollo de las actividades en la entidad y la exponía a un riesgo financiero alto.
- No existía plan de ventas y la función de mercadeo era incipiente.
- Se evidenció desequilibrio económico en la participación de la ESE con relación a los contratos de tercerización de servicios en detrimento de los intereses y sostenibilidad

financiera de la ESE, lo cual puede verse reflejado en el corto y mediano plazo sobre la adecuada prestación de servicios de salud a los usuarios.

Tabla 8. ESE en las que se ejecutó la intervención forzosa administrativa 2015-2016. Acciones previas de inspección, vigilancia y control por parte de la Supersalud

ESE	Ciudad	Departamento	Fecha ordenamiento de la intervención forzosa administrativa para administrar	Acto administrativo	Duración intervención en meses	Acciones Supersalud antes de la intervención			Liquidación	Actualmente en intervención	Devolución a la Entidad territorial - Terminación Intervención
						PGIR	Auditorías	Planes de mejoramiento			
ESE Hospital Departamental de Cartago	Cartago	Valle del Cauca	22 de junio de 2015	Resolución 1043 de 2015	5	NO	NO	NO	R. 02376 de 20 de noviembre de 2015	NO	NO
ESE Hospital San Jerónimo de Montería	Montería	Córdoba	28 de julio de 2015	Resolución 1368	15	NO	SI	NO	NO	NO	SI
ESE Hospital Departamental de Villaviecnico	Villaviecnico	Meta	27 de octubre de 2015	Resolución No 2001	Actualmente en intervención	NO	SI	NO	NO	SI	NO
Ese Hospital San José de Maicao	Maicao	Guajira	14 de junio de 2016	Resolución No 001615	Actualmente en intervención	NO	SI	SI	NO	SI	NO
ESE Hospital Universitario del Caribe	Cartagena	Bolívar	28 de noviembre de 2016	Resolución n 003569	Actualmente en intervención	NO	SI	SI	NO	SI	NO

Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de Superintendencia Delegada de Riesgos (2016) , Superintendencia Delegada de medidas especiales (2015), Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional.

La Superintendencia Nacional de Salud ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios, y la intervención forzosa administrativa para administrar la ESE

Hospital Universitario del Caribe, por medio de la Resolución 003569 del 28 de noviembre de 2016. En la Tabla 8, se resumen los aspectos más relevantes de los datos recolectados frente a las acciones de inspección, vigilancia y control realizados por la Supersalud a las entidades objeto de estudio, antes de la implementación del proceso de intervención para administrar.

Es posible establecer, de acuerdo con la Tabla 8, que el 100% de las ESE con ordenamiento de intervención forzosa administrativa durante las vigencias 2015-2016, no se encontraban implementado el PGIR por parte de la Superintendencia Nacional de Salud antes de la intervención. El 80% de estas ESE recibió auditorías por parte de la Superintendencia Nacional de Salud antes de la intervención y, de estas auditorías, solo el 40% de ellas presentó plan de mejoramiento o les fue aprobado el mismo. De estas cinco ESE, solo una fue liquidada y, hoy día, el 60% se encuentran en intervención, es decir, tres de las cinco con intervención forzosa. Solo una de estas ESE fue devuelta a la Entidad Territorial para continuar con su operación.

En la Tabla 9 se resumen los hallazgos que dieron lugar a la decisión de realizar la intervención de las ESE.

Tabla 9. Principales hallazgos que dieron lugar a la intervención forzosa administrativa para administrar las ESE

ÁREA	HALLAZGOS- VARIABLES	H. Villavicencio	H. San José de Maicao	H. Universitario del Caribe	H. San Jerónimo de Montería	H. Cartago
FINANCIERA	Iliquidez	x		x	x	
	Sobreestimación cartera	x				
	Incremento de costos y gastos frente a los ingresos	x			x	
	Incremento- envejecimiento cartera				x	
	Pérdidas operacionales					
	No provisión de pasivos contingentes- altas demandas	x				x

	Desequilibrio presupuestal	x		x	x	
ASISTENCIAL	Prácticas inseguras en la atención de usuarios	x				x
	Estancias prolongadas	x				
	Deterioro de indicadores de oportunidad y calidad	x				x
	Incumplimiento estándares habilitación	x				
	Disminución de la producción					x
ADMINISTRAT IVA	Trabajadores misionales con contratos de Prestación de servicios	x				
	Desequilibrio económico por contratación tercerizada			x		

Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de (Superintendencia Delegada de Medidas Especiales , 2017), (Superintendencia Delegada de medidas especiales , 2015).

- Se observa en la Tabla 9 que, de los 14 hallazgos que dieron lugar a la intervención forzosa administrativa de las ESE, 7 de estos, es decir, el 50%, son hallazgos relacionados con la gestión financiera; el 35 %, es decir, 5 hallazgos, están relacionados con la gestión asistencial y de calidad; y 2 hallazgos, 15%, están relacionados con la gestión administrativa.

Ahora bien, también se puede decir que muchos de los hallazgos presentados podrían ser consecuencia de otros. Tal como se observa en la Tabla 9, todas las ESE estudiadas presentaron hallazgos financieros y asistenciales. Es importante mencionar que cualquier empresa que no cuente con una estructura financiera sólida y con mecanismos que le permitan una gestión financiera adecuada correrá el riesgo de que sus procesos misionales o asistenciales se vean afectados, es decir, en el caso de estos hospitales la falta de liquidez, el equilibrio presupuestal, las pérdidas operacionales, entre otras situaciones, puede conllevar a la inadecuada prestación de servicios de salud, deterioro de indicadores de calidad y afectación de la seguridad en la atención de los pacientes. Adicionalmente, las prácticas inseguras en la atención a los usuarios y el

incumplimiento de estándares de habilitación podrían generar deterioro de los indicadores de oportunidad y calidad.

Se evidencia en la Tabla 9 que el 100% de las ESE con intervención forzosa administrativa presentaron iliquidez y desequilibrio presupuestal. El 80% de estas ESE tuvieron hallazgos de incremento de costos y gastos frente a los ingresos, presentaron prácticas inseguras en la atención a usuarios y deterioro de indicadores de oportunidad y calidad. Se observa que 3 de las ESE tuvieron hallazgos como el incremento en el envejecimiento de la cartera y, además, presentaron pérdidas operacionales. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las pérdidas operacionales pueden ser mayores, ya que algunas ESE no realizaban la provisión de pasivos contingentes, lo que podría dar lugar a utilidades operacionales incongruentes.

9.2 Resultados de la medición de los indicadores y variables seleccionados para cada una de las ESE

Una vez consultadas las fuentes de información de recolección de los datos para la medición de los indicadores construidos para cada hospital y las variables de SIHO seleccionadas, se obtuvieron los resultados que se muestran en las diferentes figuras. Los datos fueron recolectados de las siguientes fuentes de información oficiales: Ministerio de Salud, a través de la plataforma SIHO en la que las ESE reportan la información anual de gestión hospitalaria y cuyo mecanismo de reporte de información se explicó anteriormente; y la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la plataforma FENIX.

El Sistema de Gestión y Control para las Medidas Especiales – FENIX es un aplicativo diseñado y desarrollado a partir del conocimiento y experticia de los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud en ambiente web y usuario dependiente, con una estructura sólida, competente y amable que revolucionó en términos de política pública la manera en que se ejecutan las acciones de control. Posibilita la gestión en línea de los procedimientos necesarios para la formulación, aplicación y seguimiento de las medidas de intervención forzosa administrativa requeridas y el control sobre los resultados obtenidos en cada una de ellas (Vargas, 2017).

Vargas (2017) también menciona que la arquitectura de la plataforma permite personalizar las medidas de acuerdo con el tipo y la situación particular de cada institución, pues posibilita la creación de componentes, áreas y líneas de acción, así como de indicadores requeridos y ajustados a las necesidades de cada una de ellas. El aplicativo está abierto a cualquier persona externa a la Supersalud que desee ingresar para revisar el comportamiento de las ESE objeto de intervención, ingresando a fenix.supersalud.gov.co.

De los resultados obtenidos frente a los indicadores y variables se puede decir que, tal como se observa en la Tabla 10, el 100% de las ESE intervenidas al momento de la toma de posesión y durante los 2 años anteriores a la intervención se encontraban categorizadas en RIESGO por parte del Ministerio de Salud. Por lo tanto, no contaban con la capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes, frente a los ingresos operacionales corrientes.

Tabla 10. *Categorización Riesgo financiero de las ESE por parte el Ministerio de salud y Protección Social*

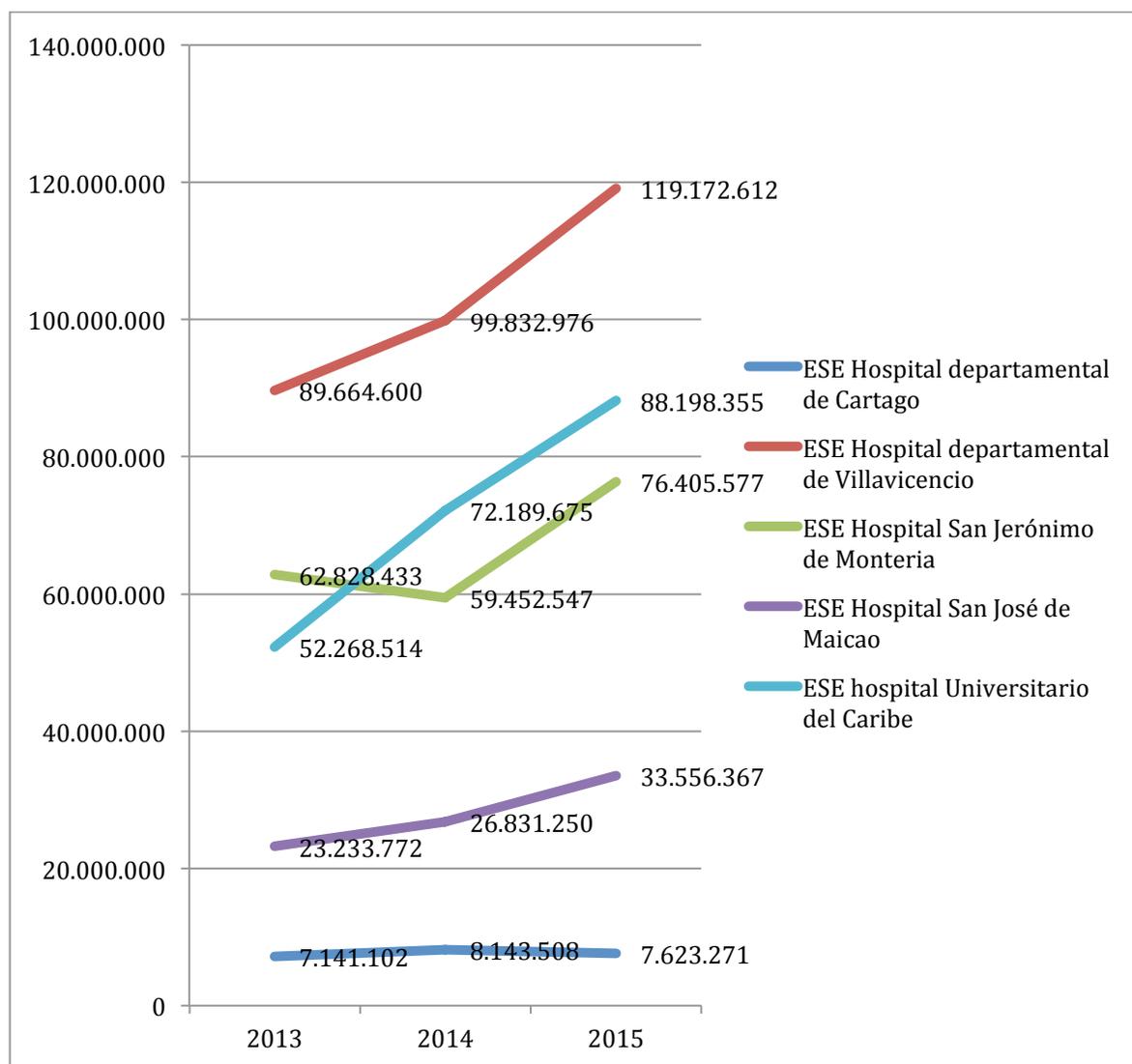
	Año 2016: Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Año 2015: Resolución 1893 (con información cierre año 2014)
ESE Hospital Departamental de Cartago	En liquidación. No se realizó medición.	Riesgo alto
ESE Hospital Departamental de Villavicencio	Riesgo alto	Riesgo alto
ESE Hospital San Jerónimo de Montería	Riesgo alto	Riesgo alto
ESE Hospital San José de Maicao	Riesgo alto	Riesgo alto
ESE hospital Universitario del Caribe	Riesgo alto	Riesgo medio

Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de Minsalud, 2017.

Se evidencia que la mayoría de las ESE, durante los años 2014 y 2015, presentaron un riesgo alto, se observa que en el Hospital Universitario del Caribe inclusive se deteriora su situación al pasar de riesgo medio a riesgo alto de 2014 a 2015, y durante el 2015 no se categorizó al Hospital Departamental de Cartago, ya que se decretó la liquidación de esta ESE.

Con relación a indicadores y variables financieras relacionadas con la cartera, durante los años 2013 a 2015, el 100% de las ESE presentaron un incremento de los valores en cuentas por cobrar o cartera total.

Figura 5. Cartera total de las ESE en estudio



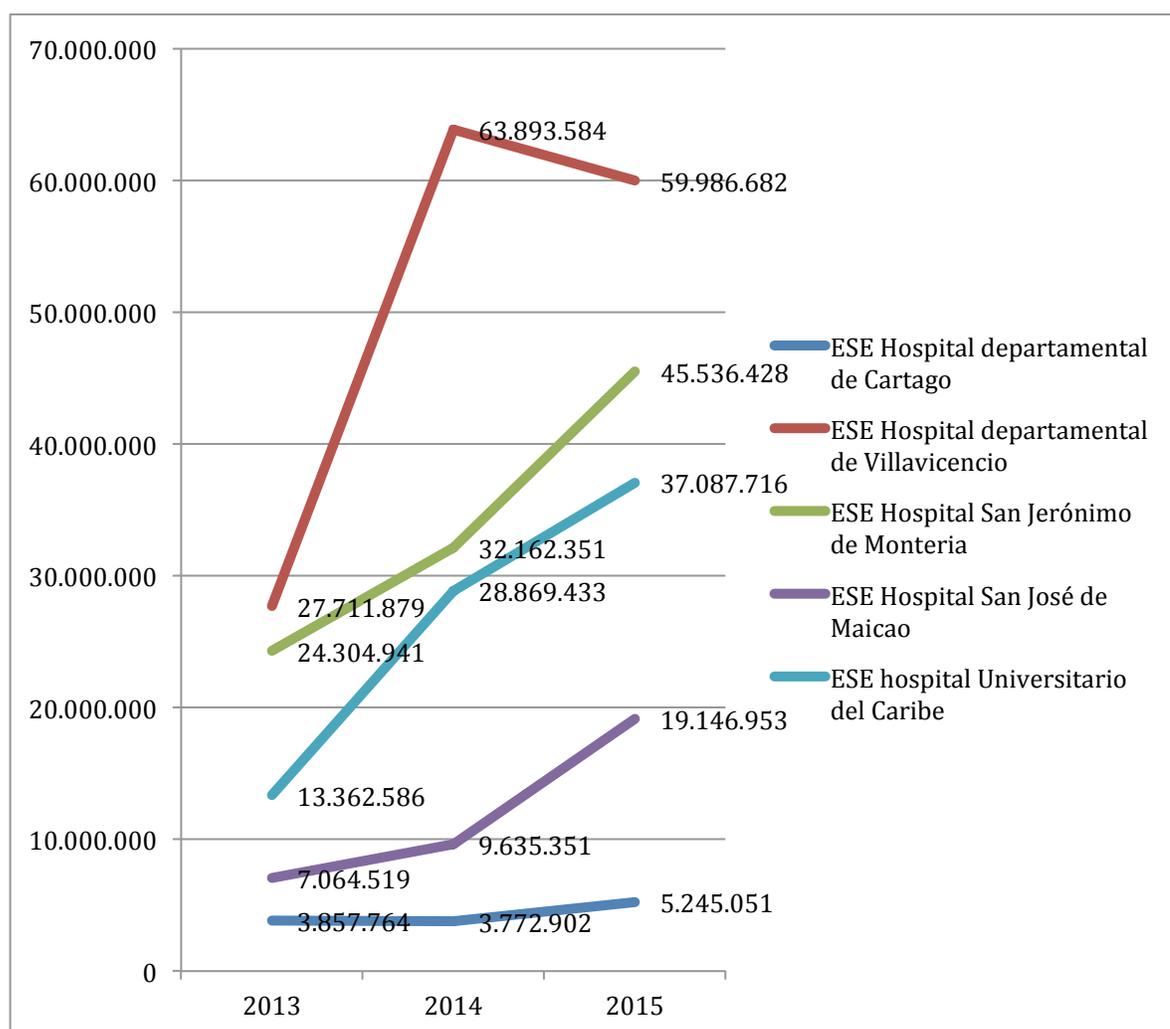
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de Minsalud, 2017.

La Figura 5 muestra la tendencia creciente de la cartera total de las ESE en los años previos a la intervención. La ESE Hospital de Cartago muestra un comportamiento constante,

debido a que dicho hospital cerró los servicios que tenía habilitados y no hubo producción y, por ende, tampoco facturación.

Ahora bien, el 100 % de los hospitales en estudio no solo presentan un incremento de su cartera total, sino que la participación de la cartera mayor a 360 días en la cartera total se fue incrementando, como se muestra en la Figura 6.

Figura 6. Cartera mayor a 360 días de las ESE en estudio



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de Minsalud, 2017.

El incremento progresivo de la cartera total de las ESE puede conllevar a una falta de liquidez en la institución y a un desequilibrio operacional, ya que es posible que no se cuente con

los recursos para pagar las obligaciones contraídas por la ESE. También es importante mencionar que el incremento de la cartera total y de la cartera mayor a 360 días denota problemas a nivel de la estructura de flujo de recursos entre el pagador y el prestador, y puede evidenciar la falta de políticas administrativas de gestión de cobro en las ESE.

Teniendo en cuenta el valor de la cartera mayor a 360 días con relación a la cartera total en las ESE en estudio, se puede determinar que, en promedio, el 45% de la cartera de estas empresas es cartera mayor a 360 días, situación que puede dar lugar a que esta cartera sea irrecuperable y se genere un desequilibrio financiero en las ESE. Lo anterior también se convierte en una situación de riesgo para las ESE, teniendo en cuenta que los hospitales, en muchas ocasiones, realizan sus presupuestos de ingresos y gastos basados en la cartera por cobrar, generando estados contables poco razonables que pueden llegar a mostrar una situación financiera poco consistente o generar indicadores financieros positivos que no evidencian la realidad empresarial.

De acuerdo con Superintendencia Nacional de Salud (2017) y teniendo en cuenta los resultados obtenidos de las ESE en estudio en el aplicativo FENIX de seguimiento a las entidades intervenidas, se evidenció que el 100% de las ESE no cuentan con estados financieros razonables por falta de depuración, de provisión de contingencias y sobre estimación de cifras en cartera, lo cual se encuentra directamente relacionado con lo mencionado en párrafos anteriores en cuanto al comportamiento de la cartera.

De igual forma, muy ligado a la cartera, existen indicadores de equilibrio y eficiencia en los hospitales, como el que mide el equilibrio presupuestal frente al recaudo. En la Tabla 11, se puede observar que ninguna de las ESE contaban con equilibrio presupuestal contra recaudo antes del proceso de intervención, es decir, que no lograban recaudar los recursos que necesitaban para cumplir con los gastos comprometidos. Para que exista equilibrio presupuestal, el indicador debe presentar un valor de 1 o >1 , lo que se traduce en que por cada peso que la ESE compromete en sus gastos recauda un peso para pagar la obligación. Como se observa en la Tabla 11, durante los años 2014 y 2015, en promedio, las ESE solo recaudan aproximadamente 4 centavos para pagar un peso de los gastos a los que se comprometían o podríamos decir también que, con lo que recaudaba, solo podían pagar el 40% de los gastos, lo cual generaba desequilibrio, incumplimiento en el pago de las obligaciones contraídas, inestabilidad financiera, iliquidez y, como consecuencia, afectación en la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

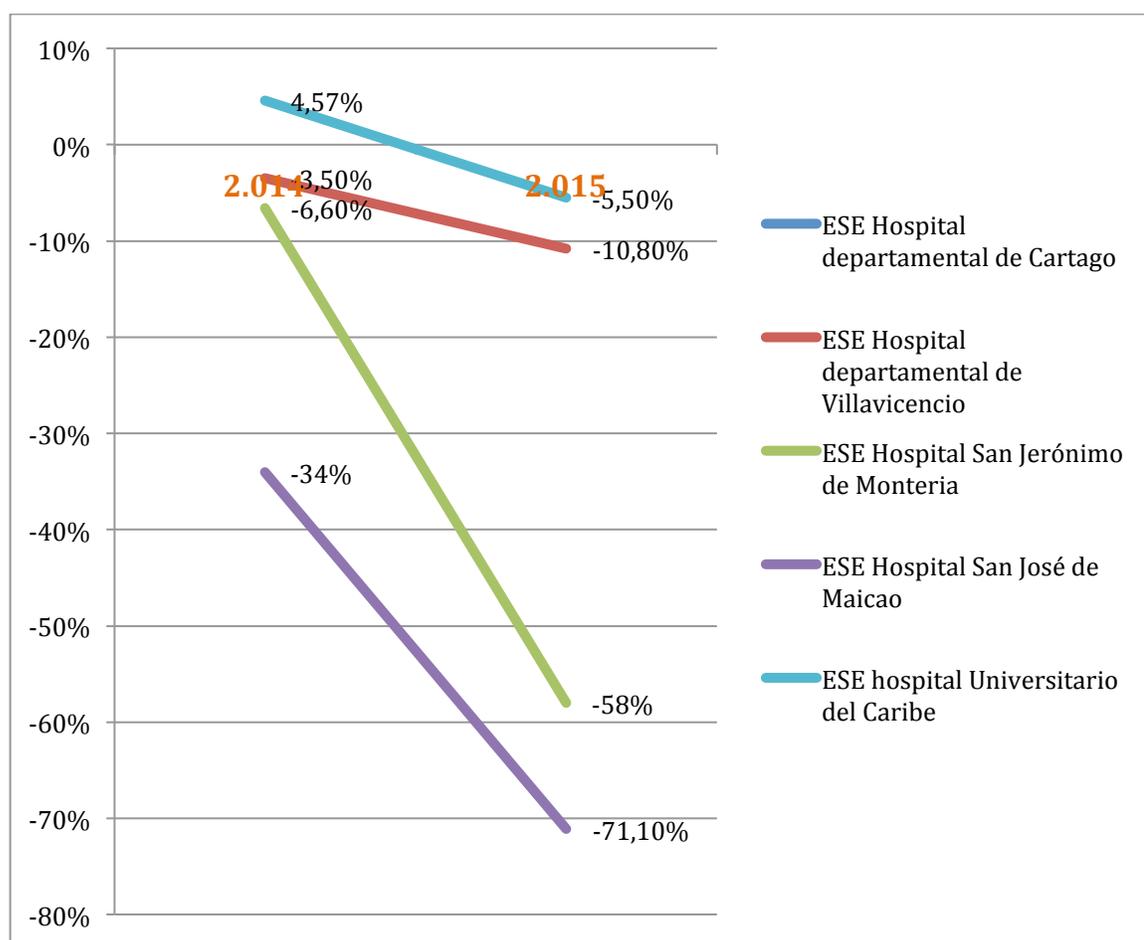
Tabla 11. *Equilibrio presupuestal contra recaudo de las ESE estudiadas*

	2014	2015
ESE Hospital departamental de Cartago	0,7	0,3
ESE Hospital departamental de Villavicencio	0,5	0,4
ESE Hospital San Jerónimo de Montería	0,4	0,4
ESE Hospital San José de Maicao	0,8	0,7
ESE hospital Universitario del Caribe	0,6	0,4

Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de Minsalud, 2017.

La utilidad operacional (margen operacional) está influenciada por el costo de las ventas al igual que por los gastos operacionales de administración y ventas. El margen operacional tiene gran relevancia dentro del estudio de la rentabilidad de una empresa, puesto que indica si la empresa es o no es operativamente viable y puede mostrar la eficiencia en el uso de los recursos. Como lo muestra la Figura 7, en los dos años anteriores a la intervención (2014 y 2015), el 100% de las ESE presentan pérdidas operacionales frente a sus ingresos operacionales; es decir, que no son operativamente viables en la ejecución de su misión y la tendencia del indicador muestra deterioro. Como se observa, el Hospital Universitario del Caribe en el año 2014 presentó utilidad operacional, sin embargo, en 2015, presentó pérdidas operacionales.

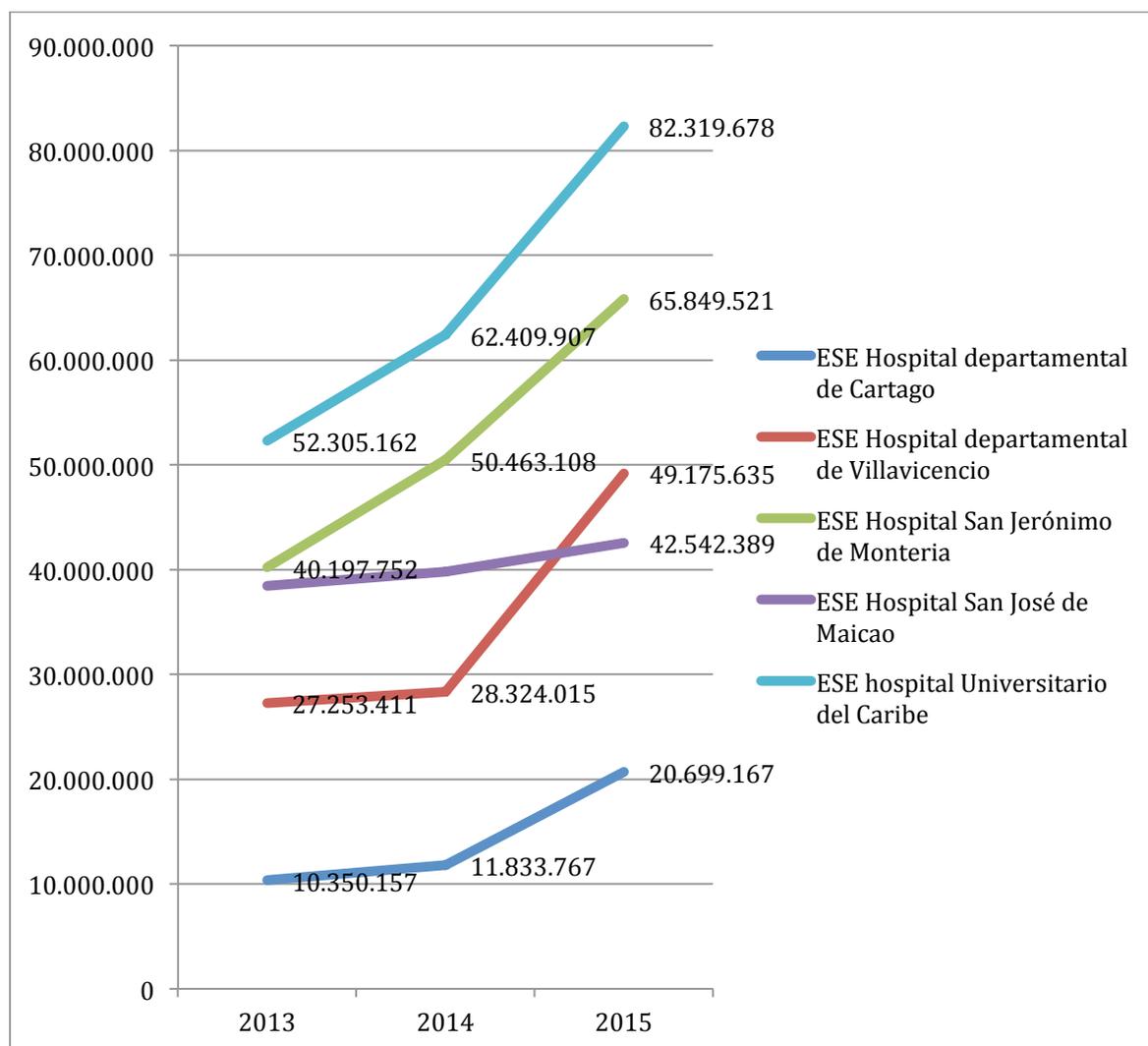
Figura 7. Porcentaje del margen operacional de las ESE en estudio



Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de Minsalud, 2017.

Todas las ESE estudiadas presentan, además, un incremento progresivo de sus pasivos como lo evidencia la Figura 8. Algunas posibles causas de tal situación son: la iliquidez, el desequilibrio financiero, la ineficiencia en el uso adecuado de los recursos con los que se cuenta y el incremento de los gastos (sin contar con los recursos necesarios para cubrirlos), entre otras. El incremento de pasivos y el no pago de las obligaciones puede generar demandas o cobros jurídicos que afectarían igualmente la operación de la ESE y su estabilidad financiera.

Figura 8. Pasivos de las ESE en estudio



Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de Minsalud, 2017.

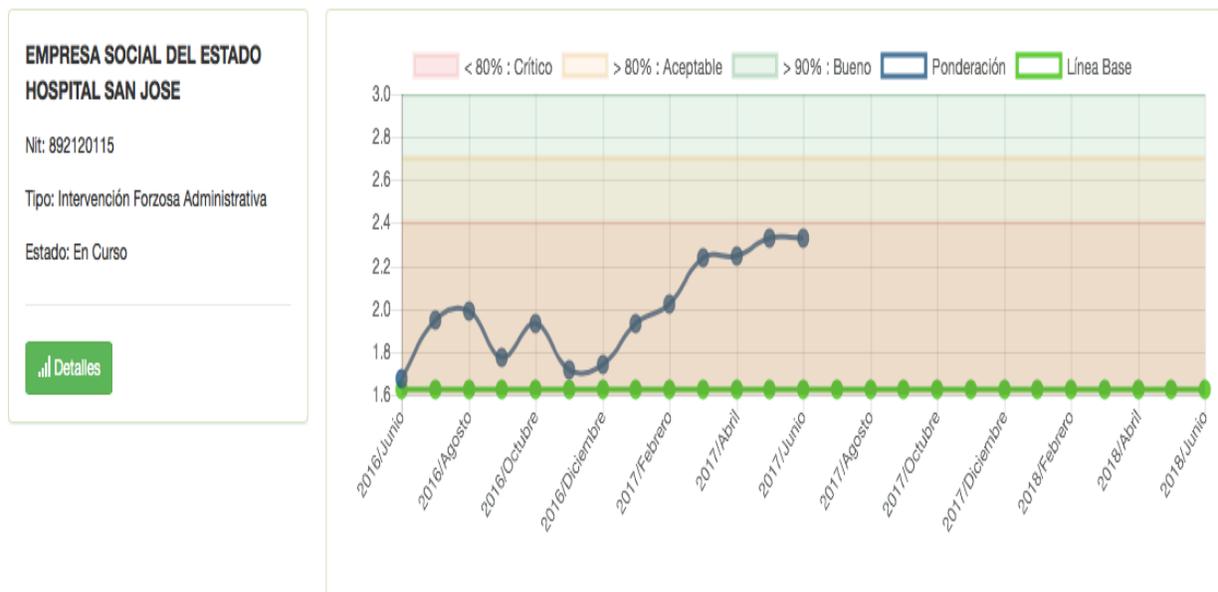
Es importante anotar que, según lo que muestra Superintendencia Nacional de Salud (2017) en su aplicativo FENIX, en las 2 ESE en que se realizaron 3 mediciones de indicadores para observar el comportamiento y resultados de la intervención por parte de la Supersalud (ESE Hospital San Jerónimo y ESE Hospital Departamental de Villavicencio) se observó una mejoría significativa en la tendencia de los siguientes indicadores:

- ❖ **Porcentaje de recaudo frente al reconocimiento:** presenta una tendencia creciente tras la intervención. Denota mejora en la gestión del recaudo y mejora en la austeridad de gastos, ya que sus gastos disminuyeron.

- ❖ **Porcentaje de cartera mayor a 360 días:** presenta una disminución con la ejecución de la intervención, lo cual muestra mejora en la gestión del recaudo.
- ❖ **Valor promedio del gasto de personal comprometido por unidad producida y el valor promedio total de gastos comprometidos de funcionamiento, operación, comercialización y prestación de servicios por unidad producida:** presenta una disminución representativa con la ejecución de la intervención, lo cual evidencia que la entidad gasta menos por cada unidad que produce y se refleja en la eficiencia económica de la ESE.
- ❖ **Indicadores de % de cancelación de cirugía, tasa de mortalidad perinatal y tasa de mortalidad materna:** presentan, durante la intervención, un comportamiento decreciente, lo cual evidencia mejora en los procedimientos de calidad y seguridad del paciente.

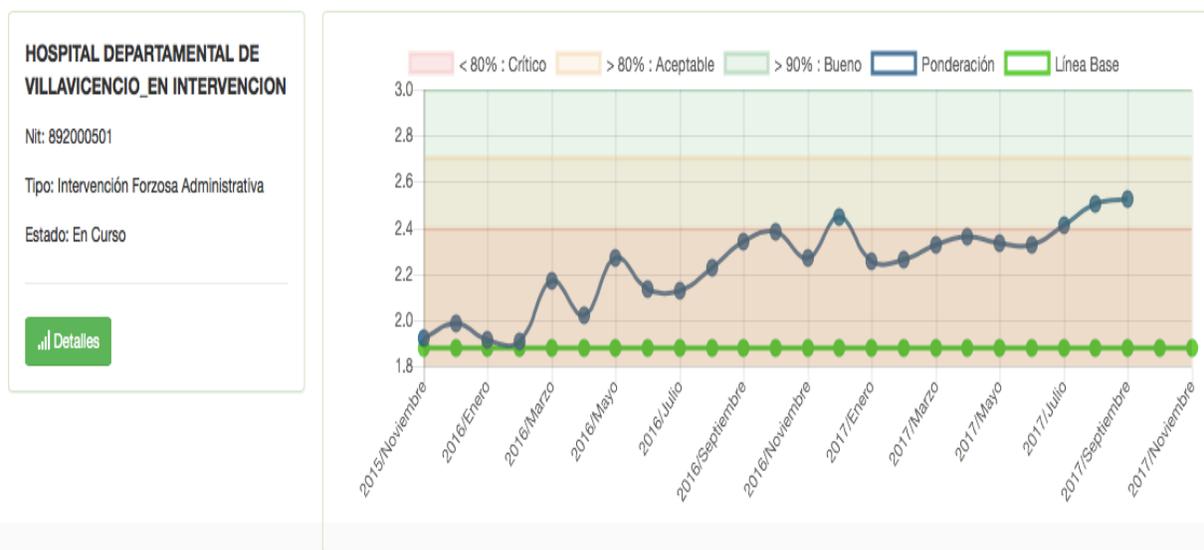
Adicionalmente, de acuerdo con lo que muestra actualmente Superintendencia Nacional de Salud (2017) en su aplicativo FENIX, las ESE estudiadas que aún se encuentran bajo intervención por parte de la Supersalud muestran una tendencia a la mejora en términos generales, como se muestra en las Figuras 9, 10 y 11.

Figura 9. Avance intervención ESE, Hospital San José de Maicao



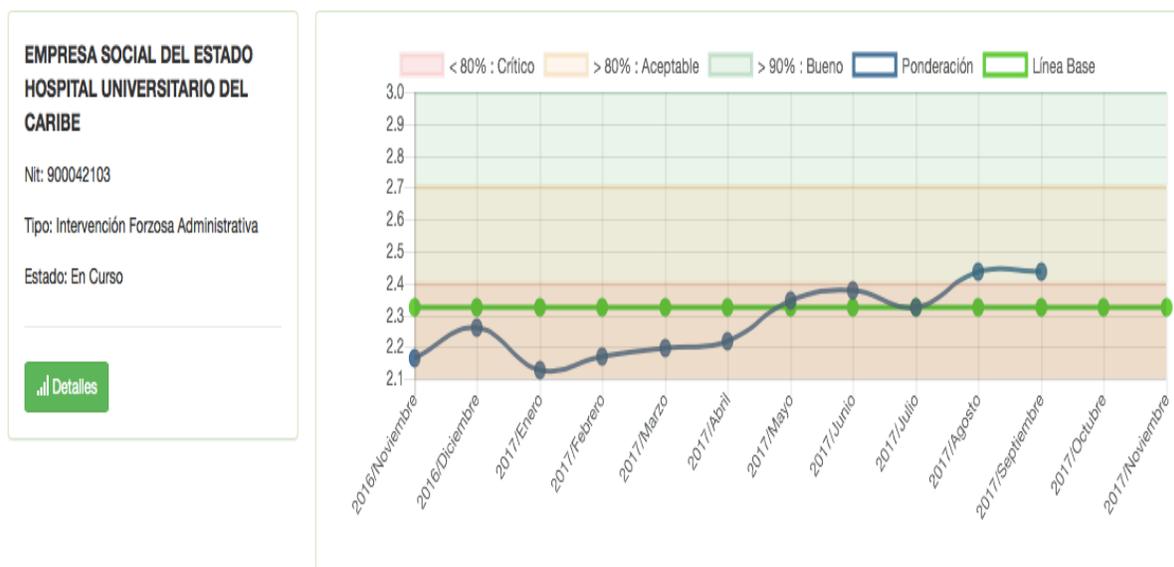
Fuente: Tomado de Superintendencia Nacional de Salud, 2017. Aplicativo FENIX.

Figura 10. Avance Intervención ESE, Hospital Departamental de Villavicencio



Fuente: Tomado de Superintendencia Nacional de Salud, 2017. Aplicativo FENIX.

Figura 11. Avance Intervención ESE, Hospital Universitario del Caribe



Fuente: Tomado de Superintendencia Nacional de Salud, 2017. Aplicativo FENIX.

9.3 Resultados: grupo de clasificación de IPS según Circular 018 de 2015

Según la Oficina de Metodología Supersalud (2015), luego de aplicar los criterios de clasificación, se observa que en todos los grupos C y D se incluyen diferentes IPS distribuidas a lo largo de la mayor parte del territorio nacional. La Tabla 10 muestra la distribución de la presencia (sedes) de IPS en cada departamento, según el grupo en el que han sido clasificadas.

Tabla 12. *Distribución de sedes de IPS por departamento y grupo*

Departamento	Grupo A	Grupo B	Grupo C1	Grupo C2	Grupo D1	Grupo D2	Grupo D3
ANTIOQUIA	34	9	62	36	25	293	450
ATLANTICO		9	42	29	35	210	314
BOGOTA		13	72	53	30	488	1011
BOLIVAR	8	8	26	20	21	118	212
BOYACA		3	16	12	11	69	201
CALDAS		5	24	15	8	75	79
CAQUETA	2	1	5	2	1	24	30
CAUCA		3	19	5	5	59	130
CESAR	5	5	13	12	13	107	149
CORDOBA	1	3	18	8	17	103	187
CUNDINAMARCA		6	23	15	16	95	127
CHOCO		2	1	2		24	109
HUILA		4	15	7	3	84	100
LA GUAJIRA		3	6	7	9	42	78
MAGDALENA		8	15	13	17	103	169
META	1	5	14	10	8	79	133
NARIÑO	9	2	15	10	14	96	127
N. DE SANTANDER	1	5	14	6	9	115	113
QUINDIO		3	15	8	8	69	47
RISARALDA		3	20	12	12	66	89
SANTANDER		9	31	21	20	185	332
SUCRE		2	10	8	11	99	162
TOLIMA		5	20	10	17	114	125
VALLE DEL CAUCA		8	50	31	26	299	484
ARAUCA		1	1	3	1	22	29
CASANARE		1	3	3	2	29	80
PUTUMAYO	2	1	1		3	23	50
SAN ANDRES			2		1	3	4

Departamento	Grupo A	Grupo B	Grupo C1	Grupo C2	Grupo D1	Grupo D2	Grupo D3
AMAZONAS			1	1		2	5
GUAINIA					1		4
GUAVIARE			1	2	1	7	4
VAUPES					1	1	
VICHADA	1			1	1	1	5

Fuente: Tomada de Oficina de Metodología Supersalud, 2015.

La Oficina de Metodología Supersalud (2015) menciona que la suma de los ingresos de todas las IPS clasificadas en el grupo C1 corresponde a casi el 60% del total de ingresos de las 8 413 IPS de la muestra, 59% de las IPS privadas o mixtas y 48% de las públicas. De manera similar, poseen un porcentaje significativamente mayor al del resto de IPS en activos totales (60,5%), patrimonio (62,3%) y utilidades (48,5%). En total, las IPS del grupo C1 y C2 abarcan casi el 70% del total de ingresos de las IPS en 2014. Es importante aclarar que el grupo D2, en el agregado, representa más del ingreso total que el grupo C2. No obstante, en el grupo D2 se incluyen 2 744 IPS y en el C2 se incluyen tan solo 230.

Luego de verificados los criterios y variables para la clasificación de IPS, según la Circular 018 de 2015, se obtiene como resultado que las 5 ESE objeto de estudio se encuentran clasificadas en el grupo C1. Las IPS clasificadas en grupo C1 son las IPS de mayor tamaño, ya que captan el mayor porcentaje de ingresos del sector y tienen el mayor impacto en el sistema.

Tabla 13. Clasificación Circular 018 de 2015

ESE	Grupo: clasificación
ESE Hospital Departamental de Cartago	C1
ESE Hospital San Jerónimo de Montería	C1
ESE Hospital Departamental de Villavicencio	C1
ESE Hospital San José de Maicao	C1
ESE Hospital Universitario del caribe	C1

Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de Oficina de Metodología, 2015.

Las 5 ESE estudiadas cumplen con algunos de los siguientes criterios de clasificación en dicho grupo:

- No son único prestador en el Municipio donde se encuentran ubicadas.
- Tienen activos totales superiores a \$51 039 millones de pesos, con corte a diciembre de 2014.
- Tienen ingresos totales superiores a \$ 50 601 millones de pesos, con corte a diciembre de 2014.
- Tienen patrimonio total superior a \$ 45 814 millones de pesos, con corte a diciembre de 2014 o pertenecen al Grupo 1 de las NIIF (IPS privada o mixta).
- Están clasificadas como Nivel 3 de complejidad (IPS pública) o tienen habilitados más de 26 servicios de alta complejidad (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes).
- Tienen habilitados más de 57 servicios de complejidad media (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes).
- Tienen habilitados más de 43 servicios intramurales hospitalarios (totalidad de diferentes servicios habilitados en todas las sedes).

10 CONCLUSIONES

Con la elaboración del trabajo de grado se pretendió analizar y evaluar las causas que dieron lugar a las intervenciones forzosas administrativas ejecutadas por la Superintendencia Nacional de Salud y generar recomendaciones que puedan contribuir a minimizar el riesgo de que se presenten estas situaciones adversas que generan procesos de intervención e inclusive coadyuvan a la problemática sistémica del sector de la salud en Colombia.

Como aporte final al presente estudio, es imperativo que en nuestro país todos los que hacemos parte del sector salud, desde los reguladores, organismos de IVC, aseguradores, prestadores, proveedores, jueces y pacientes estemos en plena capacidad de entender las limitaciones económicas del sistema de salud y no debemos pensar que el sistema es elástico y que la demanda de servicios puede crecer ilimitadamente, ya que no sería sostenible el sistema y se pondría en riesgo la atención en salud de muchas otras generaciones que lo necesiten.

11 RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones fueron enfocadas a acciones a llevar a cabo por parte de las ESE y por parte de la Superintendencia como organismo de inspección, vigilancia y control del sistema de salud colombiano:

- El número de entidades sin riesgo categorizadas por el Ministerio de Salud ha ido incrementándose al pasar de 338 en el año 2012 a 492 en el año 2016, es decir que lograron establecer mecanismos de minimización del riesgo financiero, pero en las que no se corrigieron o minimizaron dichos riesgos, su desenlace fue la medida de intervención forzosa administrativa o su liquidación, como es el caso de los 5 hospitales estudiados. Estos hospitales, como se evidenció, no se encontraban aplicando los Planes Integrales de Gestión del Riesgo (PGIR) diseñados por la Supersalud, por lo que es importante que los PGIR, que son una medida de inspección basada en riesgos con la que cuenta la Supersalud para mejorar las condiciones financieras, administrativas y asistenciales de las ESE, no sea aplicada solo a las ESE remitidas por Ministerio de Hacienda, sino que puedan ser aplicadas a las ESE en las que la Supersalud evidencie algún tipo de riesgo sistémico que pueda conllevar a medidas de control extremas como intervención o liquidación.
- A lo largo del trabajo de grado se ha evidenciado que la información que generan y reportan las ESE a través de las plataformas dispuestas (como SIHO) a Ministerio de salud y Circular 030 a Superintendencia Nacional de Salud frente a aspectos financieros, no es información coherente y presenta inconsistencias que no muestran la realidad de estas instituciones. Con las intervenciones se ha evidenciado que no existe coherencia en datos como cartera, pasivos, causación de pasivos contingentes, entre otros; así como la evidencia de que no cuentan con estados contables fehacientes. Por lo anterior, la Supersalud debe contar con mecanismos, políticas y sistemas de información que permitan auditar los datos suministrados por las ESE para evidenciar su verdadera situación organizacional.

- Se constató a través de la clasificación de IPS descrita en la Circular 018 de 2015 que todas las ESE estudiadas y con medida de intervención son entidades de mediana y alta complejidad, de gran tamaño, que cuentan con un número importante de servicios habilitados, tienen altos ingresos, son hospitales de referencia en sus departamentos y ocupan a nivel del sector salud una posición importante en el país por la participación y peso que tienen en el mercado de los servicios de salud. Además, se evidenció en las auditorías realizadas por la Supersalud a estas entidades que no cumplieron con los planes de mejoramiento suscritos para superar los hallazgos encontrados. Por ello, es necesario que la Supersalud establezca una política clara de priorización y abordaje de IVC frente a las IPS catalogadas en el grupo C1, con un seguimiento continuo con el fin de minimizar los riesgos de una posible intervención o liquidación.
- Las ESE con intervenciones forzosas administrativas realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud durante el período 2015-2016 muestran indicadores deteriorados en sus ingresos y recaudo y, contrario a lo anterior, presentan un aumento de costos y gastos de la operación, generando pérdidas operacionales, aumento de pasivos e iliquidez, poniendo en riesgo la sostenibilidad de la empresa. Por tal motivo, las ESE deben propender por establecer un sistema de costos y sistemas de información adecuados en tiempo real para poder tomar decisiones a tiempo.
- Los órganos de control interno y de revisoría fiscal de las ESE deben tener un papel más destacado en la verificación del adecuado funcionamiento de la ESE, con el fin de emitir las alertas y acciones pertinentes frente a las brechas detectadas.
- Se confirmó que la cartera en las ESE es un indicador de alto impacto en la sostenibilidad financiera. Es importante anotar que va en aumento, pero más importante es notar que aproximadamente el 40% del total de la cartera sea mayor a 360 días. Por lo anterior, las ESE deben establecer unas políticas bien definidas de gestión de cartera y es imperativo que se activen de manera continua los comités de saneamiento contable y de cartera en estas entidades, a fin de realizar un análisis apropiado y tomar decisiones frente a las situaciones presentadas.
- Ahora bien, complementando lo expuesto en el párrafo anterior y teniendo en cuenta que existe normatividad e instrucciones emitidas por el gobierno central para el saneamiento y depuración de las cuentas entre pagadores y prestadores, es imperativo que la

Superintendencia Nacional de Salud genere los mecanismos de control necesarios para la adecuada ejecución de estos procesos que permita mejorar el flujo de recursos del sistema de salud. Actualmente, según lo comentado por Superintendencia Nacional de Salud (2017), las coincidencias de las cuentas entre pagadores y prestadores del sector salud oscila aproximadamente en un 12%, lo cual afecta en gran proporción el adecuado flujo de recursos, ya que al no estar depuradas las cuentas se estancan los pagos, desatando consecuencias en la sostenibilidad de los prestadores y, por ende, en la adecuada prestación de servicios de salud.

- En las ESE, más que en cualquier otro tipo de IPS, es necesario y muy importante que se cuente con estrategias y políticas financieras, y también no financieras, ya que estas deben tener en cuenta otros valores como la rentabilidad social, equidad y la justicia en el servicio. Por lo anterior, las ESE podrían establecer cuadros de mando integrales, ya que estos complementan las medidas financieras con medidas operativas en tres dimensiones: satisfacción del cliente, procesos internos, e innovación y aprendizaje organizativo.
- Las ESE deben contar obligatoriamente con códigos de buen gobierno, ya que estos minimizan los riesgos en las entidades. La Supersalud emitió la Circular 007 de 2017, donde presenta instrucciones para el cumplimiento de códigos de buen gobierno para las EPS. Sin embargo, en cuanto a los prestadores, no se ha avanzado en presentar políticas de obligatorio cumplimiento frente a conductas de buen gobierno, ni tampoco se han realizado acciones de IVC.
- Con el análisis de los avances de la intervención realizada por la Supersalud a las ESE, hubo mejoras en algunos indicadores financieros y asistenciales. Mejoró la eficiencia en el uso de los recursos, hubo disminución de costos y gastos, mejoró la gestión de recaudo y cobro de cartera y mejoraron los indicadores de oportunidad y calidad, por lo que se puede decir que el manejo gerencial y administrativo que se le dé a las entidades, así como el seguimiento y control realizado es crucial para el buen desempeño de las ESE. Por lo anterior, es importante que las Juntas Directivas de las ESE realicen un seguimiento continuo a la gestión gerencial.

12 REFERENCIAS

- Concejo Privado de Competitividad (2016). Informe nacional de competitividad 2015-2016.
- Donabedian, A. (1982). Una exploración conceptual. *La calidad de la atención médica. La Prensa Médica mexicana*. México, D.F.
- Entrevista realizada a Pinzón, D. (2017, 31 de agosto). Metodología de Clasificación de IPS- Circular 018 de 2015. (S. Hoyos Buvoli, Entrevistador).
- Entrevista realizada a Vargas, E. (2017, 21 de septiembre). Aplicativo de seguimiento a Medidas de Intervención administrativa "FENIX". (S. H. Buvoli, Entrevistador).
- Gisbert R, Brosa M, Bohigas L. (2007) Distribución del presupuesto sanitario público en Cataluña del año 2005 entre 17 categorías CIE-9-MC. *Gaceta Sanitaria*, 21(2), 124–31.
- Gómez Vélez C, (2015). IVC y Regulación de la Seguridad Social en Salud, OISS 60 años, p3, 144-165.
- Horngren, C. T., Foster, G., Datar S. M., et al (2010). Cost accounting: A managerial emphasis. *Issues in Accounting Education*, 2010, 25(4), 789-790.
- Inamdar, N., Kaplan, R. S. & Reynolds, K. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations/Practitioner's Response. *Journal of healthcare management*; 47(3),179–195.
- Jaramillo, I. (2012). *UNPAN.ORG*. Recuperado de <http://unpan.1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0040210.pdf>
- Jiménez Paneque, R. E. (2004). Indicadores de calidad y ciencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. *Revista cubana de Salud Pública*, 30(1).
- Ministerio de Salud. (2015). *Decreto 2193*. Recuperado de www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2193-de-2004.pdf

- Ministerio de Hacienda. (2017). *MinHacienda*. Recuperado de www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty?nodeId=%2FOCS%2FP_MHCP_WCC-063276%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased
- Ministerio de Salud. (2017). *Registro especial e prestadores de salud*. Recuperado de <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Ministerio de Salud. (2017). *Minsalud: Fichas técnicas* . Recuperado de prestadores.minsalud.gov.co/siho/vistas/fichasTecnicas.aspx
- Minsalud. (2017). *Minsalud: Sistema de información de Hospitales Públicos*. Recuperado de <https://prestadores.minsalud.gov.co/SIHO>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Minsalud* . Recuperado de www.minsalud.gov.co/Paginas/El-52-por-ciento-de-las-ESE-del-pais-calificadas-sin-riesgo-financiero.aspx
- Monfort, E. (2005). *Aplicación práctica del cuadro de mando integral*. Barcelona: Gestión 2000.
- Naranjo Gil, D. N. (2010). El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos. *Gaceta Sanitaria*, 24(3), 220–224.
- McKee, M., Healy, J. (Eds). (2002). *Hospitals in a changing Europe* (Vol. 3). Buckingham, UK: Open University Press.
- Navarro Espigares, J. L. (2007). ¿Es posible relacionar la calidad y la eficiencia de los hospitales públicos? *Granada: Facultad Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Granada*.
- Oficina de Metodología Supersalud. (2015). *Metodología de clasificación de IPS- Analisis de Riesgos* . Bogotá.

Orozco Gallo, A. (2014). *Banco de la república* . Recuperado de www.banrep.org/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_201.pdf

Periódico El Pulso. (07 de 2016). *El Pulso*. Recuperado de www.periodicoelpulso.com.co/html/1607jul/debate/debate-05.htm

Periódico El Pulso. (10 de 2016). *El Pulso*. Recuperado de www.periodicoelpulso.com.co/html/1610oct/editorial/editorial.htm

Pieper, S. K. (2005). Reading the right signals: How to strategically manage with scorecards. *Healthcare Executive*, 20(3), 9–14.

Secretaría del Senado de la República. (2016). *Secretaría de Senado*. Recuperado de www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_2462_2013.html

Senado de la República de Colombia. (2017). *Senado*. Recuperado de www.secretariassenado.gov.co

Superintendencia Delegada de Medidas Especiales. (2015). *Concepto técnico de seguimiento* . Bogotá.

Superintendencia Delegada de medidas Especiales. (2017). *Concepto técnico de Seguimiento ESE Villavicencio*. Bogotá .

Superintendencia Delegada de Medidas Especiales. (2017). *Concepto Técnico de Segumiento- ESE Hospital San Jose de Maicao*. Bogotá.

Superintendencia Delegada de Medidas Especiales. (2017). *Concepto Técnico de seguimiento- ESE Hospital Universitario del caribe*. Bogotá.

Superintendencia delegada de Medidas Especiales. (2017). *Concepto Técnico de Seguimiento-ESE Hospital Universitario del Caribe*. Bogotá.

Superintendencia Delegada de Riesgos. (2016). *Seguimiento a Planes de Gestión Integral de Riesgo ESE*. Bogotá.

Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional. *Informe de Auditorías realizadas a ESE*. Bogotá.

Superintendencia Nacional de Salud. (2010). *Supersalud*. Recuperado de www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/nuestra-entidad/historia

Superintendencia Nacional de Salud. (2012). *Supervisión institucional*. Recuperado de Sitio Web de www.supersalud.gov.co/es-co/delegadas/supervision-institucional

Superintendencia Nacional de Salud. (2015). *Normatividad*. Recuperado de www.supersalud.gov.co/es-co/normatividad/resoluciones

Superintendencia Nacional de Salud. (2016). *Medidas especiales*. Recuperado de www.supersalud.gov.co/es-co/delegadas/medidas-especiales/directorio-de-entidades

Superintendencia Nacional de Salud. (2016). *Informe de Gestión Rendición de cuentas 2015-2016*. Bogotá.

Superintendencia Nacional de Salud. (2016). *Rendición de cuentas*. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/Rendicion%20de%20Cuentas/INFO/RME%20RDC.pdf>

Superintendencia Nacional de Salud. (2017). *Resoluciones*. Recuperado de www.supersalud.gov.co/es-co/normatividad/resoluciones

- Supersalud. (2014). *Monitor estratégico*. Recuperado de docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MonitorEstrategico/Monitor-Estrategico005-2014.pdf
- Supersalud. (2015). *Misión y visión*. Recuperado de www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/nuestra-entidad/misión-y-visión
- Supersalud. (2015). *Proceso de adopción y seguimiento de Medidas Especiales*. Recuperado de www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/sistema-integrado-de-gestion/subsistema-gestion-de-la-calidad#Default
- Supersalud.(2016). *Rendición de cuentas Supersalud 2016*. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/Portal/Web/planeacion/Rendicion%20de%20Cuentas/INFORME%20RDC.pdf>
- Suñol, R. (2009). Implementation of patient safety strategies in European hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 18(Suppl. 1), i57-i61.
- Wills de Moya, G. (2016). Las empresas sociales del estado y el derecho fundamental a la salud. Estudio de caso Hospital Simón Bolívar ESE (2002-2014). *Universidad del Rosario* . Recuperado de repository.urosario.edu.co/handle/10336/11877
- Zelman, W. N., McCue, M., Millikan, A., et al. (2004). *Financial management of health care organizations: an introduction to fundamental tools, concepts, and applications*. Oxford: Blackwell Publishing.