



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Efectos del Giro Directo del Régimen Subsidiado en los Hospitales Públicos de Bogotá

Jazmin Carolina Jaimes Roman

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Económicas

Bogotá, Colombia

2017

Efectos del Giro Directo del Régimen Subsidiado en los Hospitales Públicos de Bogotá

Jazmin Carolina Jaimes Roman

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Ciencias Económicas

Director:
Ph.D. Oscar Rodríguez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas
Bogotá, Colombia
2017

A mi madre, a mis hermanas y a mi abuelito querido

Agradecimientos

Quiero agradecerle al profesor Ph. D. Oscar Rodríguez por su orientación y apoyo, al Ministerio de Salud y Protección Social por la ayuda brindada en la recolección de datos, especialmente a Jairo Tirado, Julián Olarte, Otoniel Cabrera y Milton Urbano, a mis evaluadores por sus valiosos comentarios, a Diana Lorena Muñoz por su apoyo incondicional y a la Universidad Nacional de Colombia por la oportunidad que me brindó en la formación de esta disciplina.

Resumen

Uno de los problemas en el sector salud colombiano son los problemas financieros que existen en las IPS. Por lo tanto, esta investigación buscó identificar los efectos del giro directo del régimen subsidiado en los hospitales públicos de Bogotá para superar estas limitaciones. Esto se realizó a través de una evaluación de resultados, analizando indicadores financieros y de calidad. Adicionalmente, se realizó una encuesta semi-estructurada para conocer la percepción de los actores sobre esta medida de política.

De acuerdo con los resultados encontrados en esta tesis, se logró identificar que el giro directo si ha contribuido a agilizar el flujo de los recursos hacia la red prestadora de servicios de salud y a mejorar los indicadores financieros de las IPS objeto de este estudio.

Palabras Clave: EPS, IPS, ARS, Giro Directo

Abstract

One of the problems in the Colombian health sector is the financial problems that exist in the hospitals. Therefore, this research sought to identify the effects of the “*Giro Directo*” of the subsidized system in the public hospitals of Bogota to overcome these limitations. This was done through an evaluation of results, analyzing financial and quality indicators. Additionally, a semi-structured survey is carried out to know the actors' perception of this policy measure.

According to the results found in this thesis it was possible to identify that the “*Giro Directo*” has contributed to streamline the flow of resources towards the network providing health services and an improvement of the financial indicators of the IPS of this study.

Keywords: EPS, IPS, ARS, *Giro Directo*

Contenido

	Pág.
Agradecimientos	VII
Resumen	IX
Abstract	X
Lista de Ilustraciones	XII
Lista de tablas	XIII
Introducción	1
1. Propuesta Teórica: El Sistema de Protección Social y la Economía de la Salud ...	7
1.1. La Salud en la Constitución de 1991	7
1.2. Economía de La Salud	13
1.3. Diseño Metodológico.....	15
1.4. Flujo de Recursos	17
1.5. Problemas del Sistema de Salud en Colombia.....	22
1.6. Ajustes Normativos para Agilizar el Flujo de los Recursos	29
2. Análisis de los indicadores y Percepción de los Actores	34
2.1. ¿El Giro Directo ha Contribuido a Mejorar la Sostenibilidad y Calidad de las IPS?	34
2.1.1. Indicadores Financieros	35
2.1.2. Indicadores de Calidad.....	47
2.2. Opinión de los Actores	55
2.2.1. Encuestas IPS.....	55
2.2.2. Encuesta EPS	63
2.2.3. Encuesta Ministerio de Salud y Protección Social	65
2.2.4. Encuesta Órganos de Control.....	66
3. Conclusiones y Recomendaciones	68
3.1. Conclusiones.....	68
3.2. Recomendaciones.....	69
Bibliografía	71
Anexos	74
A. Anexo: Encuestas IPS.	74
B. Anexo: Encuestas EPS.....	76
C. Anexo: Encuesta Ministerio de Salud.....	78

D.	Anexo: Encuesta Órganos de Control.	79
E.	Anexo: Ficha de Indicadores de Calidad.	80

Lista de Ilustraciones

	Pág.
Ilustración 1. Costo de Afiliación por Régimen	10
Ilustración 2. Flujo de Recursos – Régimen Contributivo	18
Ilustración 3. Fuentes y Flujo de Recursos – Régimen Subsidiado	19
Ilustración 4. Evolución de la Afiliación al Sector Salud.....	23
Ilustración 5. Giro Directo Régimen Subsidiado (Precios Corrientes).....	25
Ilustración 6. Giro Directo Régimen Subsidiado (Precios Constantes)	26
Ilustración 7. Cartera Red Pública Nivel Nacional	27
Ilustración 8. Cartera Red Pública Bogotá.....	28
Ilustración 9. Composición Sector Salud	30
Ilustración 10. Capital de Trabajo por Niveles de Atención	36
Ilustración 11. Composición del Gasto de Personal – Red de Bogotá.....	38
Ilustración 12. Índice de Liquidez por Niveles de Atención	39
Ilustración 13. Porcentaje de Endeudamiento por Niveles de Atención.....	42
Ilustración 14. Rotación de Cartera por Niveles de Atención.....	44
Ilustración 15. Evolución Giro Directo del RS Bogotá – Por Niveles de Atención	45
Ilustración 16. Nivel de Recaudo (Recaudo/Facturación Reconocida)	46
Ilustración 17. Oportunidad de Atención en Consulta de Urgencias por Niveles de Atención.....	47
Ilustración 18. Oportunidad de la Asignación de Citas en la Consulta Médica General por Niveles de Atención	48
Ilustración 19. Oportunidad en la Realización de Cirugía Programa por Niveles de Atención.....	49
Ilustración 20. Proporción de Cancelación de Cirugía Programada por Niveles de Atención.....	50
Ilustración 21. Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos por Niveles de Atención ..	51
Ilustración 22. Tasa de Infección Intrahospitalaria por Niveles de Atención	52
Ilustración 23. Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria Después de 48 Horas por Niveles de Atención.....	53
Ilustración 24. Tasa de Satisfacción Global por Niveles de Atención	54
Ilustración 25. Encuesta IPS - Percepción Modelo Flujo de los Recursos Anterior.....	56
Ilustración 26. Encuesta IPS – Porcentaje de Pago por parte de las EPSS	57
Ilustración 27. Encuesta IPS – Cartera Corriente Vs. Cartera Vencida	58
Ilustración 28. Encuesta IPS – Problemas en el Flujo de Recursos	59
Ilustración 29. Encuesta IPS – Efectos del Giro Directo en la Sostenibilidad Financiera.	61
Ilustración 30. Encuesta IPS – Efectos del Giro Directo en la Calidad del Servicio	62

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Indicadores Financieros.....	15
Tabla 2. Indicadores de Calidad	16
Tabla 3. Fuentes del Sector Salud.....	20
Tabla 4. Usos del Sector Salud	21
Tabla 5. Capital de Trabajo por IPS.....	36
Tabla 6. Índice de Liquidez por IPS	39
Tabla 7. Porcentaje de Endeudamiento por IPS	42
Tabla 8. Rotación de Cartera por IPS	45
Tabla 9. IPS Encuestadas	55
Tabla 10. Encuesta IPS - Porcentaje de Facturación del RS	56

Introducción

El sistema de Salud antes de la Ley 100 de 1993, funcionaba con un modelo de subsidios a la oferta, en el cual se le otorgaban recursos a los prestadores de servicios de salud para que garantizaran la atención a la población. Estos recursos, se proveían con base en el presupuesto histórico del prestador.

Sin embargo, este modelo presentaba bastantes limitaciones como una baja cobertura, una asignación de recursos ineficiente, incentivos inadecuados e insatisfacción de los usuarios. Así mismo, los indicadores de salud evidenciaban problemas de infecciones emergentes y rezagos epidemiológicos. Por lo tanto, la Ley 100 de 1993 buscó eliminar todas estas deficiencias mediante la descentralización del gasto, la competencia regulada, y la transición del subsidio de oferta a la demanda.

Esta Ley instauró el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS con el objetivo de establecer las condiciones de acceso de toda la población al servicio de salud en todos los niveles de atención. Para lo cual, definió los siguientes tipos de afiliados: afiliados al régimen contributivo¹, afiliados al régimen subsidiado² y afiliados al régimen especial y de excepción³. Sin embargo, hay otro segmento de la población que a la fecha no está afiliada a ningún tipo de régimen los cuales se denominan vinculados.

En los inicios de la Ley 100 de 1993 el dinero salía desde el nivel central a las entidades territoriales, quienes le pagaban a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB y estas últimas le giraban los recursos a los prestadores de servicios de salud. Este procedimiento en el flujo de recursos, ocasionó problemas financieros en los hospitales, debido a que el dinero no llegaba de forma adecuada y oportuna a los

¹ Aquellas personas vinculadas a través de un contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

² Aquellas personas pobres y vulnerables que no tienen capacidad de pago para cubrir la cotización total.

³ Aquellas personas que se encuentran en las fuerzas militares, la policía nacional, el personal civil de las fuerzas militares y de policía vinculado antes de la vigencia de la Ley 100/1993, los docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y los funcionarios de Ecopetrol vinculados antes de la vigencia de la Ley 797 de 2003.

prestadores de servicios de salud, quienes son los que prestan directamente el servicio a los individuos.

Con la expedición de la Ley 1438 de 2011 se intentaron superar estas deficiencias evitando intermediarios en el flujo de los recursos y adicionalmente estableció una estrategia para fortalecer el SGSSS a través de la atención primaria en salud con el fin de permitir la acción coordinada entre el estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud.

Para el cumplimiento de estos objetivos, uno de los mecanismos utilizados por el Gobierno Nacional para el seguimiento y control del aseguramiento en la administración del régimen subsidiado fue girar directamente a la red en nombre de las EPS la Unidad de Pago por Capitación – UPC⁴.

Sin embargo, a pesar de las medidas tomadas por el Gobierno Nacional para mejorar el flujo de recursos hacia la red, se ha evidenciado que la cartera de las IPS crece constantemente colocando en dificultades la prestación de servicios de los hospitales. En el año 2016, las IPS públicas reportaron una cartera por concepto de las atenciones a los afiliados al régimen subsidiado y contributivo por un valor de más de \$5 billones de pesos⁵.

Lo anterior, puede estar ocasionado por la falta de pago de las EPS hacia los Hospitales, que aunque ya no existen intermediarios para el flujo de los recursos a la red, se evidencia el hábito del no pago por parte de las EPS, impidiendo mejorar la infraestructura hospitalaria y que la red realice pagos oportunos a sus proveedores y trabajadores.

Este hábito del no pago por parte de las EPS es en parte ocasionado porque “las EPS reciben por anticipado sus ingresos por concepto de UPC y contra estos ingresos asumen los costos de garantizar el POS mediante el pago que deben realizar a las IPS.

⁴ UPC: Valor que se le reconoce a cada una de las Empresas Promotoras de Salud para financiar los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS de cada afiliado

⁵ Fuente: SIHO – Sistema de Gestión de Hospitales Públicos del Ministerio de Salud y Protección Social

Este ciclo de los recursos actual estimula a las EPS para retener los recursos el mayor tiempo posible porque adicionalmente pueden apropiarse de los rendimientos financieros que estos generan”.

Por otro lado, los usuarios ante la falta de acceso oportuno a la prestación de los servicios han visto en las tutelas una herramienta efectiva para acceder a los servicios de salud, ocasionando un costo muy alto para el sistema. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, en el año 2014 se concentró el mayor número de tutelas desde la creación de este instrumento en la Constitución Política de 1991, donde este número llegó a 498.240 tutelas interpuestas, lo cual se debe al mayor reconocimiento por parte de la sociedad de este mecanismo de defensa jurídico más oportuno y eficaz . Y de acuerdo con la encuesta realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social a las entidades territoriales sobre su percepción sobre la aplicación de la Resolución 1479 de 2015⁶, también coinciden en que las tutelas para acceder a los servicios No POS han presentado un crecimiento continuo.

En el marco de los problemas descritos anteriormente, surge la necesidad de realizar una investigación que determine si el giro directo del régimen subsidiado implementado en la Ley 1438 de 2011 para el adecuado flujo de los recursos a la red, tiene efectos sobre la sostenibilidad de los hospitales y la calidad de los servicios prestados a los usuarios.

Este estudio se realizó a través de un análisis del Sistema de Salud y Protección Social en Colombia, el cual se desarrolla en el primer capítulo de este documento. En esta sección se manifiesta que la salud al estar presente en la Constitución Política de Colombia como un derecho fundamental sentó las bases para implementar la reforma al sector salud que se dio a través de la Ley 100 de 1993, creada para solucionar los problemas de acceso, inequidad y calidad en el sistema. Adicionalmente, se caracteriza el flujo de los recursos tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado y los ajustes normativos efectuados por el Gobierno Nacional para agilizar el flujo de los mismos.

⁶ Resolución 1479 de 2015 establece el procedimiento para el cobro y pago por las entidades territoriales departamentales y distritales a los prestadores de servicios de salud por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS

En el segundo capítulo, se analizan los indicadores financieros y de calidad de la red hospitalaria desde el año 2010, antes de implementado el giro directo en el régimen subsidiado, hasta el año 2015. Lo anterior, con el fin de identificar el comportamiento que han tenido estos indicadores después de efectuada esta medida de política. Adicionalmente, se realiza una encuesta semi-estructurada que da cuenta de la percepción que existe por parte de los diferentes actores involucrados en el sistema frente al giro directo del régimen subsidiado.

Se precisa que para el correspondiente análisis se consultó la red pública del Distrito de Bogotá teniendo en cuenta que es la ciudad con mayor población afiliada al régimen subsidiado en todo el país, para ser precisos 1.166.823⁷, además es la entidad territorial que presenta la mayor participación del giro directo hacia la red pública desde que inició esta medida de política en el año 2011 hasta la fecha, con un promedio anual del 11%⁸ y a su vez es la red pública que reportó la mayor cartera en el año 2016, representando un 15%⁹ sobre el total, seguida por Medellín que representa un 5%.

Adicionalmente, la Secretaría de Salud Distrital ha evidenciado barreras en la prestación de los servicios debido a la infraestructura hospitalaria que no soporta la demanda, tiene déficit de camas e inoportuna prestación del servicio¹⁰.

Finalmente, se precisa que con los resultados hallados en esta tesis se podrá identificar si la política de giro directo en el régimen subsidiado ha ayudado a agilizar el flujo de los recursos hacia la red hospitalaria y en consecuencia beneficiar los prestadores de servicios de salud. Cabe resaltar, que se encuentra abierta la posibilidad para realizar un estudio posterior analizando los efectos de esta medida sobre la red de otros departamentos y ciudades del país.

⁷ Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en www.minsalud.gov.co

⁸ Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en www.minsalud.gov.co

⁹ Fuente: SIHO – Ministerio de Salud y Protección Social.

¹⁰ La Secretaría de Salud del Distrito expidió el Decreto 063 de 2016 declarando emergencia sanitaria distrital

1. Propuesta Teórica: El Sistema de Protección Social y la Economía de la Salud

“El aseguramiento emerge como una estrategia para generar protección a los trabajadores. En el proceso de industrialización se requería la fuerza de trabajo de las personas y mantener sus condiciones de salud buscaba que no se afectaran los procesos productivos. Los sistemas de protección social nacen, principalmente, ligados a este modelo de proteger a los trabajadores” (Peñaloza, 2017).

En esta sección se presentará el Sistema de Protección Social en Colombia por cuanto se considera que la salud es una parte integral del sistema. La protección social se puede definir como *"public actions taken in response to levels of vulnerability, risk and deprivation, which are deemed socially unacceptable within a given polity and society"* (Tim Conway, 2000), (como traducción libre del autor: las acciones públicas tomadas en respuesta a los niveles de vulnerabilidad, riesgo y privación, las cuales son consideradas socialmente inaceptables dentro de una política y sociedad dada). Se puede decir que los países inicialmente establecieron la protección social con el fin de generar mayor productividad y proteger su fuerza laboral.

1.1. La Salud en la Constitución de 1991

La norma que rige el sistema en salud en Colombia es la Ley 100 de 1993 con sus respectivos ajustes. Esta ley se analiza a partir de la reforma constitucional de 1991 en la cual se estipula en los artículos 48 y 49 que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se debe prestar bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y establece que el Estado debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Philip Musgrove indica que *“During the past two decades, several middle-income countries have achieved universal health insurance coverage or made substantial progress toward that goal. The Colombian reform that began with Law 100 in 1993 is the most radical and interesting of these experiences”* (Musgrove, 2010) (como traducción libre del autor: Durante las dos últimas décadas, muchos países de ingreso medio han alcanzado la cobertura universal en el aseguramiento de la salud o han hecho progresos sustanciales hacia ese objetivo. La reforma colombiana que comenzó con la Ley 100 de 1993 es la experiencia más radical e interesante de estas experiencias”.

La Constitución Política de Colombia de 1991 establece que se debe garantizar a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social y asimismo se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El hecho que la salud estuviese presente en la Constitución como un derecho fundamental, dio las bases para implementar la reforma en el sector salud que se dio a través de la Ley 100 de 1993. Esta reforma a la salud estuvo bajo el sistema ideológico del pluralismo estructurado, fundado en el aseguramiento y la competencia regulada. Sin embargo, sus promotores también reconocen la existencia de posibles imperfecciones en el mercado de la salud y para corregirlas establece dos regulaciones básicas: una dirigida al servicio, llamada Plan Obligatorio de Salud – POS, y la otra orientada hacia el control de precios, llamada Unidad de Pago por Capitación – UPC (Musgrove, 2010).

La salud estuvo considerada como un derecho fundamental y asistencial, posteriormente como un derecho por conexidad con la vida y la dignidad humana, subsiguientemente como un derecho fundamental para determinadas poblaciones (niños, adulto mayor, personas en estado de discapacidad y desplazados), consecutivamente como un derecho fundamental con relación a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud – POS¹¹

¹¹ De acuerdo con lo definido en el Acuerdo 29 de 2011, el POS es el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud.

y finalmente con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se reconoce como un derecho fundamental per se (Leon, 2013).

En este contexto, el bien que se ofrece a los afiliados al sistema de seguridad social en salud se llama POS, el cual a partir de la Ley Estatutaria se conoce como Plan de Beneficios y comprende procedimientos, medicamentos, tecnologías, atenciones de promoción de la salud y la enfermedad, acciones para la recuperación de la salud, atención ambulatoria, entre otros, los cuales están plenamente identificados en la Resolución 6408 de 2016¹²; y el precio de ese bien es reconocido a las EPS a través de la UPC.

Las personas con empleo formal contribuyen para el pago de esta UPC con el 12.5% de su salario (8.5% el empleador¹³ y 4% el empleado), los pensionados con el 12%, las personas independientes con el 12.5% sobre su IBC¹⁴ y las personas afiliadas al régimen subsidiado no cotizan al sistema de salud.

Dado el principio de solidaridad definido en la Ley 100 de 1993, el valor de la UPC que se le reconoce a las EPS por cada afiliado no está dado por la capacidad de pago del usuario sino que es establecido por el Gobierno Nacional de acuerdo al grupo etario, sexo y zona geográfica. En este contexto, las personas con capacidad de pago ayudan a financiar los servicios de salud de las personas que no están en capacidad de realizar ningún aporte, generando equidad en el acceso a los servicios del sistema.

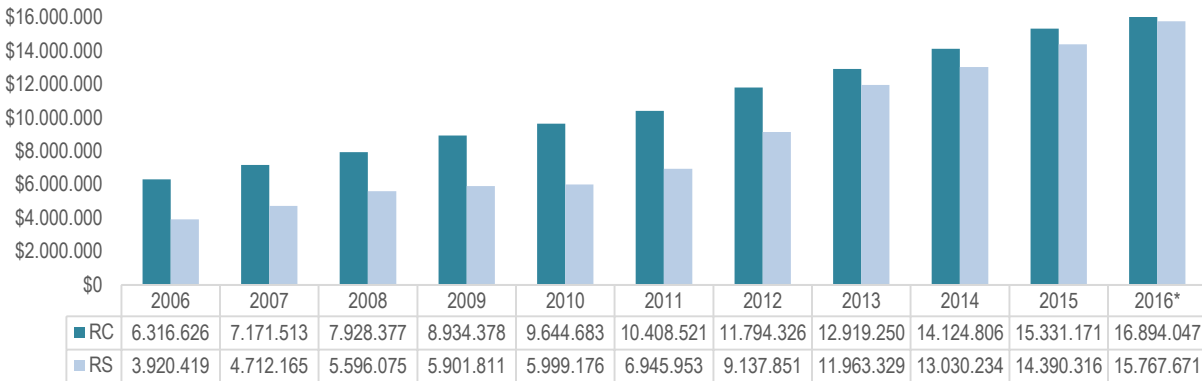
¹² Esta resolución fue modificada por la Resolución 374 de 2017

¹³ A partir del año 2014 en aplicación a la Ley 1607 de 2012 el financiamiento del sector salud se modifica, debido a que la contribución que asume el contratante por los dependientes con salarios inferiores a 10 salarios mínimos se sustituye con el impuesto sobre la renta para la equidad – CREE.

¹⁴ IBC: Ingreso Base de Cotización. Para los independientes es el 40% de sus ingresos, si el IBC es superior al salario mínimo legal vigente, de lo contrario el IBC mínimo para cotizar es el salario mínimo legal vigente.

Ilustración 1. Costo de Afiliación por Régimen

(\$millones corrientes)



Fuente: Cálculos realizados por la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la Base de Datos de la Compensación para el caso del RC. En el caso del RS 2006-2008 a partir del Informe del Cuatrienio 2006-2010 al Congreso, 2009-2011 a partir de la matriz de cofinanciación y 2012-2016 corresponde a la LMA. 2016* del Régimen Contributivo se calcula con datos a noviembre de 2016. Fecha de elaboración: 2017

De acuerdo con la Ilustración anterior, se evidencia el crecimiento que ha tenido el costo de la afiliación en el sector salud de los dos regímenes desde el año 2006 hasta el año 2016, donde el régimen subsidiado ha presentado un crecimiento en el costo más rápido que el régimen contributivo.

Lo anterior puede deberse tanto a la igualación del plan de beneficios entre los dos regímenes realizada en el año 2012¹⁵ como al aumento en la participación de la población afiliada al régimen subsidiado (ver Ilustración No. 4), lo que supone riesgos en la sostenibilidad financiera del sector porque estos usuarios son financiados con la solidaridad de los cotizantes y recursos de la nación.

Tal y como lo señala la CEPAL *“cuando la provisión de educación, salud y seguro contra los riesgos económicos se organiza colectivamente y es financiada por las contribuciones de toda la sociedad, los sistemas de bienestar y fiscales ejercen un impacto redistributivo claro y constituyen herramientas para reducir las desigualdades* (Prado, 2015).

¹⁵ La igualación de los planes de beneficio se realizó en cumplimiento de la ordenanza en la Sentencia T-760/2008.

Sin embargo, a pesar que el sistema de salud colombiano es equitativo en cuanto a su financiamiento, existen aún graves problemas de calidad y de acceso real a los servicios de salud. Lo anterior, puede deberse a que las EPS no tienen incentivos para prestar servicios con calidad y oportunidad a sus afiliados, toda vez que como está diseñado el sistema de salud la UPC recibida por las EPS es percibido de forma anticipada y no está sujeta a resultados en salud o calidad de los servicios¹⁶.

Carmen Eugenia Dávila y Alfredo Rueda señalan que *“las EPS efectivamente compiten por tener el mayor número de afiliados pero una vez posicionadas dentro del mercado no existe una competencia entre ellas determinada por la mejor calidad de los servicios”* (Davila, 2013).

Así mismo, el Banco Mundial precisa que los principales objetivos de un sistema de salud son mejorar los resultados en salud de la población, mejorar la equidad, satisfacer a los usuarios y controlar costos. Esta contención de costos puede hacerse de dos formas, una a través de la frecuencia de uso de los servicios y otra a través del valor unitario de los mismos (Davila, 2013). Sin embargo, dado el funcionamiento del sistema de salud colombiano se incentiva la reducción de costos desfavoreciendo la calidad de los servicios, dado que como se mencionó anteriormente las EPS no tienen incentivos para mejorar la calidad de los servicios.

En este contexto, las personas con capacidad de pago en aras de mejorar sus condiciones de salud realizan gastos privados tales como la medicina prepagada y gastos de bolsillo¹⁷. Sin embargo, *“la participación de los gastos de bolsillo en el gasto total del sector, que aunque ha aumentado en Colombia, está por debajo del promedio mundial y es uno de los países de América Latina con los menores gastos de bolsillo, convirtiéndolo en uno de los pocos países de la región en cumplir con las*

¹⁶ En una reciente tesis del doctorado de Estudios Políticos de la Universidad Externado de Colombia, Enrique Peñalosa dice que el pacto establecido en la Ley 100 de 1993 *“buscó la conveniencia de la correlación de fuerzas de ese momento y logró integrar el poder del sector financiero, con cambios en el modelo económico que configuraron una apertura al sector privado y una mercantilización del sistema de salud colombiano”*.

¹⁷ De acuerdo con la definición de Ke Xu los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud.

recomendaciones de la OMS de mantener esta proporción entre el 15% y el 20% (Gerson Perez, 2015).

Por otro lado, el sistema mecánico del modelo de salud (Procuraduría General de la Nación, 2008) que diseñó la Ley 100 de 1993 busca centralizar las funciones de dirección, regulación y control, donde el SGSSS está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud para la lucha contra enfermedades y mantenimiento de la educación, información y fomento de la salud. Sin embargo, *“esta concepción del subsistema de IVC está adherida a los principios fragmentarios, económicos, financieros y administrativos que orientaron el diseño inicial del SGSSS, principios que... han generado la mayoría de las problemáticas que limitan las posibilidades de cumplir con el derecho a la salud”* (Procuraduría General de la Nación, 2008).

En este sentido, puede decirse que el sistema de IVC¹⁸ de Colombia se ha preocupado por resolver problemas casuísticos sin que esto trascienda a tener reformas estructurales en el SGSSS. Por ejemplo, a partir del año 2011 existe una tendencia en el aumento de las tutelas (Defensoría del Pueblo, 2014), lo que puede traducirse en falta de confianza por parte de los usuarios ante los órganos de control como la Superintendencia y las entidades territoriales para evitar las barreras de acceso, y ven en los jueces la opción más efectiva y rápida para un acceso real a los servicios de salud.

José Renán en su informe de gestión a la Superintendencia Nacional de Salud estableció que *“las funciones del IVC de los entes territoriales no están claramente definidas, lo que no permite determinar su alcance con el propósito de generar acciones de impacto y ejercer las funciones que les han sido asignadas a cabalidad”*.

¹⁸ IVC: Inspección, vigilancia y control.

1.2. Economía de La Salud

Mushkin define la economía de la salud como un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud. Su tarea consiste en evaluar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización (Mushkin, 1999).

Existen características especiales en el mercado de la salud que lo hacen diferente al mercado de la economía clásica, que son:

1. La búsqueda del beneficio no es una explicación adecuada de la actividad en el "mercado" médico. La atención en los hospitales a través de los siglos ha sido primordialmente pública o de instituciones sin ánimo de lucro.
2. En la medicina el precio no es el único mecanismo por el cual la demanda y la oferta de los servicios médicos y de salud alcanzan el equilibrio. Como una responsabilidad social entidades privadas, públicas y sin ánimo de lucro han provisto servicios de salud necesarios para quien no los pueden pagar.
3. Los servicios médicos son servicios personales, porque parte de lo que las personas compran en servicios médicos son una relación personal.
4. Los consumidores no escogen entre servicios de salud y otros bienes y servicios por medio de una simple ponderación racional de elecciones. Por ejemplo, en un año solamente una tercera parte de la población compra servicios dentales. Cerca de una quinta parte de los servicios médicos son servicios de medicina preventiva; el resto de servicios son para atención curativa y diagnóstico de la enfermedad (Mushkin, 1999).

De acuerdo con estas características especiales y dadas las fallas de mercado inherentes a este sector, tales como asimetría de información¹⁹, el problema del principal-agente²⁰, riesgo moral y selección adversa, se le da legitimidad a la intervención del Estado. *“El Estado enfrenta así un problema dual a la hora de diseñar el sistema de*

¹⁹ El individuo sabe más que el asegurador sobre su nivel de riesgo

²⁰ Existe un conflicto de interés que se genera porque el agente (hospitales y/o clínicas) quieren vender más servicios y el principal (las aseguradoras) contener costos.

salud: enfrentarse a las fallas del mercado de aseguramiento de salud y cumplir con el imperativo ético (y mandato constitucional) de garantizar salud de buena calidad a toda la población” (Santamaría, 2008).

Castaño y Zambrano plantean que en Colombia las EPS antes de la reforma de la Ley 100 de 1993, como el Instituto de Seguros Sociales, tienen una mayor probabilidad de presentar problemas de selección adversa debido a que los pacientes de alto costo ya estaban afiliados, y aunque de acuerdo con la reglamentación establecida todos los usuarios pueden hacer libre elección de la Entidad Promotora de Salud a la cual se desean afiliar, pueden existir barreras administrativas a su traslado (Castaño, 2005).

A diferencia de otros bienes, la atención médica se debe a efectos aleatorios y exógenos, y los costos en los que se debe incurrir también son difíciles de medir. En este contexto, el paciente demanda dos tipos de bienes al médico, uno que es información y otro que es tratamiento, donde al segundo bien no se le puede garantizar éxito (Rodríguez, 2002).

En el sector salud el problema de riesgo moral se manifiesta de dos formas, *ex-ante* y *ex-post*: “*el riesgo moral ex-ante se refiere a la decisión de cuidarse menos una vez el individuo está asegurado, mientras que el riesgo moral ex-post hace referencia a la decisión de consumir procedimientos cubiertos por el seguro que no se consumirían si el individuo tuviera que pagar completamente por ellos*” (Santamaría, 2008). De acuerdo con lo mencionado, Pauly propone que ante ese comportamiento de las personas aseguradas se debe controlar el uso innecesario de los servicios de salud con cuotas moderadoras y topes de cobertura (Pauly, 1968).

La Procuraduría ha manifestado que la totalidad de las reformas que ha tenido el SGSSS son de una naturaleza correctiva (Procuraduría General de la Nación, 2008), es decir, que las fallas generadas en el sector salud después de implementada la Ley 100 de 1993, que fue la reforma estructural al sistema de salud colombiano, no han sido subsanadas en su totalidad.

1.3. Diseño Metodológico

Esta investigación realiza una evaluación de resultados del giro directo implementado en el régimen subsidiado, analizando la situación financiera de la red hospitalaria y el acceso y calidad de los servicios de salud a la población antes y después de efectuada esta medida, a través de una investigación cuantitativa y cualitativa.

Para lo cual se efectuó una caracterización del sistema general de seguridad social en Colombia y del mecanismo de flujo de recursos hacia los prestadores de servicios de salud. Posteriormente, se hizo un análisis de los indicadores financieros y de calidad de los Hospitales Públicos de Bogotá antes de implementada la Ley 1438 de 2011 (año 2010) y después de su implementación (año 2011 al 2015), con lo cual se buscó identificar la calidad de la atención en el sistema del sector salud, la sostenibilidad o insostenibilidad financiera de los hospitales y los problemas y beneficios de la medida de giro directo en el régimen subsidiado adoptada en esta Ley, con el fin de proponer alternativas de solución a la problemática encontrada.

- Los indicadores financieros son con base en la información reportada por los Hospitales Públicos a través de SIHO, en el marco del Decreto 2193 de 2004:

Tabla 1. Indicadores Financieros

INDICES FINANCIEROS
Capital de Trabajo (Activo Corriente - Pasivo Corriente)
Índice de Liquidez (Activo Corriente/ Pasivo Corriente)
% Endeudamiento (Total Pasivo/ Total Activo)
Rotación de Cartera (Cuentas por Cobrar RS* 360)/Ventas RS

- Los indicadores de calidad son tomados del reporte que hacen las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de la Circular Única:

Tabla 2. Indicadores de Calidad

INDICADOR CALIDAD IPS
Oportunidad de atención en consulta de urgencias
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general
Oportunidad en la realización de cirugía programada
Proporción de cancelación de cirugía programada
Proporción de vigilancia de eventos adversos
Tasa de infección intrahospitalaria
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
Tasa de satisfacción global

Además, se efectuó una encuesta semi-estructurada a los diferentes actores del sector (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS²¹, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado - EPSS²², Ministerio de Salud y Protección Social²³ y Órganos de Control²⁴), la cual permitió dar cuenta de la percepción que tienen los diferentes actores del sector sobre esta medida de política implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social en aras de agilizar el flujo de los recursos hacia los hospitales.

La importancia de revisar los efectos del giro directo del régimen subsidiado a los hospitales públicos de Bogotá, como se expresó, surge de la necesidad de identificar los motivos por los cuales a pesar que existe un flujo continuo de recursos a la red, cada vez existen más hospitales públicos avocados a problemas financieros que afecta la prestación de los servicios a la comunidad.

En este contexto, se hace importante preguntarnos: ¿Cuáles son los efectos del Giro Directo del Régimen Subsidiado en los Hospitales Públicos de Bogotá? El período seleccionado comprende desde el año 2010 al 2015, por cuanto en el año 2016 se reorganiza el sector salud del Distrito Capital y se fusionan los hospitales públicos en cuatro subredes.

A continuación se especifica la composición de cada una de las subredes integradas:

²¹ Anexo A

²² Anexo B

²³ Anexo C

²⁴ Anexo D

- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE: Empresas Sociales del Estado de Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE: Empresas Sociales del Estado de Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE: Empresas Sociales del Estado de Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE: Empresas Sociales del Estado de Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara

Esta integración impide realizar un análisis comparativo del giro directo para el año 2016 efectuado a cada uno de los hospitales que componen cada una de las subredes porque el número de identificación – NIT para el giro hacia los hospitales se fusiona en uno solo por cada subred.

1.4. Flujo de Recursos

Con el fin de dar mayor claridad sobre el alcance de la protección al derecho, de reducir las llamadas “zonas grises”, de eliminar algunas barreras administrativas, de fortalecer el control de precios a medicamentos, de establecer mecanismos de protección, de disponer de los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el derecho fundamental a la salud, entre otros, se expidió la Ley Estatutaria²⁵ y así fortalecer el SGSSS creado mediante la Ley 100 de 1993.

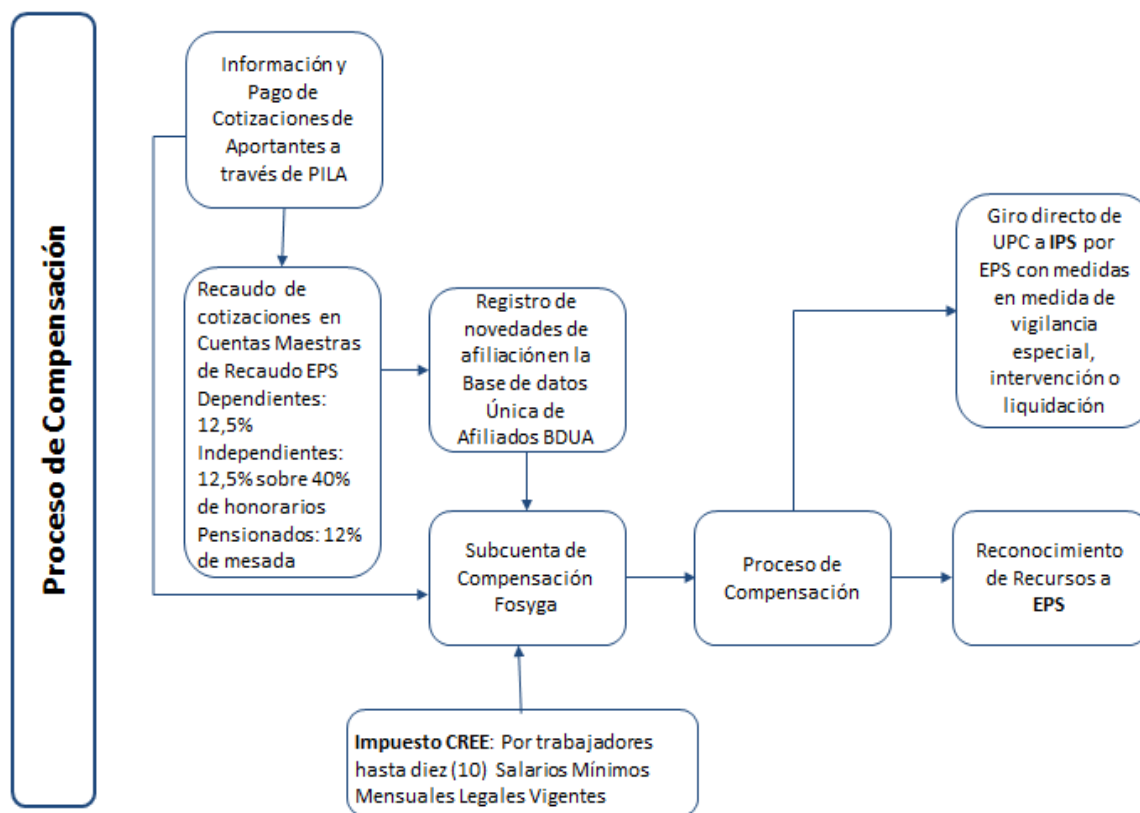
Es importante mencionar que el flujo de los recursos entre el régimen subsidiado y contributivo son diferentes entre sí. Por lo cual, se describe a continuación la operación y el flujo de los recursos en cada uno de estos regímenes:

- *Régimen Contributivo*: El Decreto 4023 de 2011 reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna

²⁵ Preguntas y Respuestas sobre la Ley Estatutaria. Disponible en: www.minsalud.gov.co

del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga²⁶, el cual se detalla en la siguiente Ilustración:

Ilustración 2. Flujo de Recursos – Régimen Contributivo



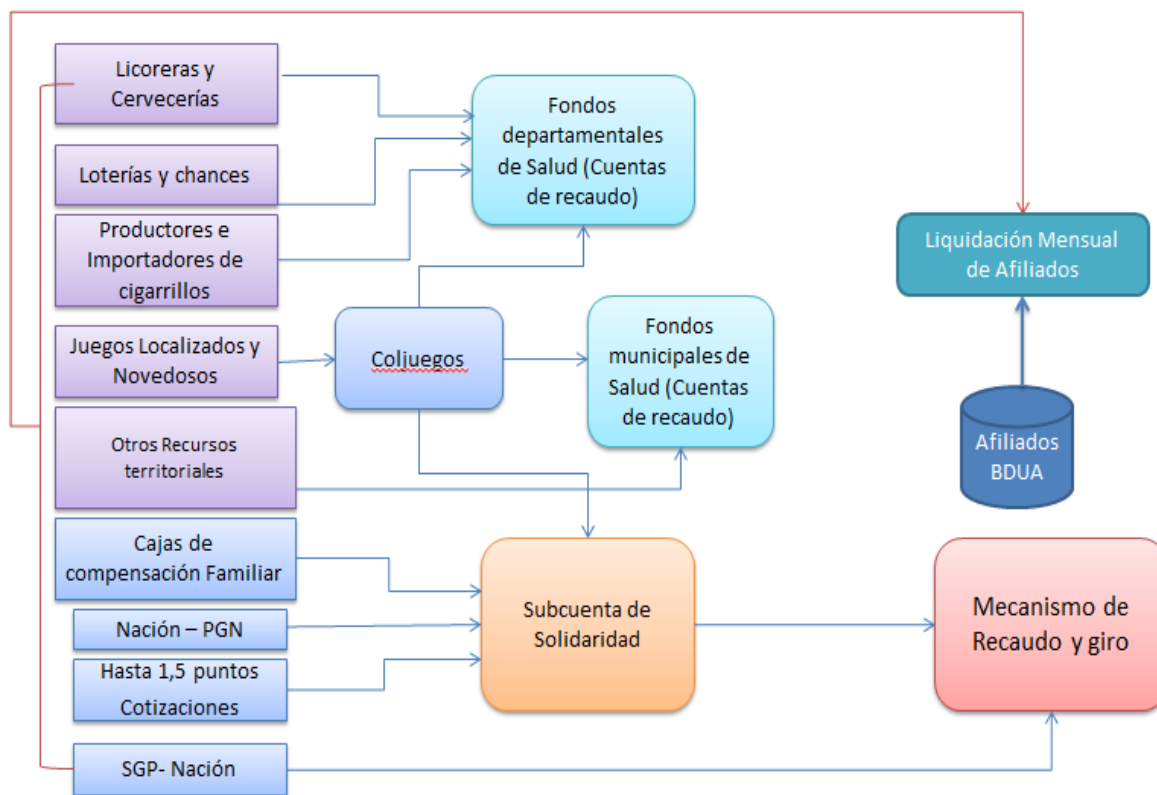
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social 2016

- *Régimen Subsidiado:* El artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 estableció que se girará directamente la UPC a nombre de las entidades territoriales, a las entidades promotoras de salud, o se podrán hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Se precisa, que los pagos de la UPC realizados a las EPS se realiza con base en la Liquidación Mensual de

²⁶ La Ley 1608 de 2013 estableció en su artículo 10 que las entidades promotoras de salud que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente, girarán como mínimo el 80% de la UPC reconocida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, directamente desde el FOSYGA o desde el mecanismo de recaudo y giro creado en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011.

Afiliados – LMA²⁷. A continuación se muestra el modelo de flujo de recursos en el régimen subsidiado con sus respectivas fuentes de financiación:

Ilustración 3. Fuentes y Flujo de Recursos – Régimen Subsidiado



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social 2016

La inversión en salud en Colombia para el año 2016 alcanzó los \$41,13 billones, discriminados por fuente y uso como se evidencia a continuación:

²⁷ LMA: determina el número de afiliados por los que se liquida la UPC y el monto a girar a cada una de las EPS por fuente de financiación para cada entidad territorial.

Tabla 3. Fuentes del Sector Salud

Cifras en millones de pesos

*Fuentes	2015	Participación %	2016	Participación %
Cotizaciones	15.748.508	42%	16.952.067	41%
Impuesto CREE	6.610.221	18%	7.029.030	17%
Otros ingresos (Incluye rendimientos financieros)	428.848	1%	891.517	2%
Cajas de compensación familiar	411.263	1%	399.258	1%
Sistema General de Participaciones	7.021.827	19%	7.630.201	19%
Rentas cedidas	1.651.975	4%	1.759.353	4%
Subcuenta ECAT (SOAT)	1.223.006	3%	1.353.000	3%
Subcuenta de Garantías para la Salud	875.086	2%	302.517	1%
Excedentes financieros FOSYGA	557.614	1%	687.949	2%
Compensación Regalías	106.791	0%	112.931	0%
Esfuerzo propio	81.382	0%	886.672	2%
Recursos de la Nación Ley 1393 de 2010	859.499	2%	908.920	2%
Aportes de la Nación - subcuenta solidaridad FOSYGA	1.832.915	5%	2.212.804	5%
Total fuentes	37.408.935	100%	41.126.219	100%

*Cifras en revisión.

Fuente: Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS, Formulario Único Territorial – FUT Elaborado: Dirección de Financiamiento Sectorial – MSPS. 2017

De acuerdo con la tabla anterior, se muestra que la mayor participación en las fuentes del sector salud son las cotizaciones que hacen las personas afiliadas al régimen contributivo, con un 42% para el año 2015 y 41% para el año 2016, seguido del impuesto CREE y el Sistema General de Participaciones.

En la siguiente tabla se muestra que los principales usos en el sector salud, como es de esperarse, son para financiar el régimen contributivo y el régimen subsidiado, seguido por los recobros de medicamentos No Pos o fallos de tutela los cuales tienen una participación del 7% en el año 2015 y en el 2016.

Tabla 4. Usos del Sector Salud

Cifras en millones de pesos

*Usos	2015	Participación %	2016	Participación %
Régimen subsidiado	14.962.613	40%	16.736.998	41%
Régimen contributivo	16.447.123	44%	18.480.184	45%
Prestación de servicios población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	888.526	2%	880.609	2%
Salud pública y Prom y Prev.	1.359.137	4%	1.310.421	3%
Recobros por medicamentos no pos y fallos de tutela	2.535.127	7%	2.846.968	7%
Cobertura ECAT	154.948	0%	253.000	1%
Otros usos en salud 1/ ²⁸	47.825	0%	50.864	0%
Subcuenta de Garantías para la salud 2/ ²⁹	765.127	2%	302.516	1%
Gastos de funcionamiento (rentas cedidas)	248.508	1%	264.660	1%
Total usos	37.408.935	100%	41.126.219	100%

*Cifras en revisión

Fuente: Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas Formulario Único Territorial – FUT. Elaborado: Dirección de Financiamiento Sectorial. 2017

De los recursos destinados para el régimen subsidiado en la vigencia 2016 que ascienden a la suma de \$16.736.998 millones de pesos, se giraron directamente desde el nivel central hacia las IPS \$9.796.809 millones de pesos, y de estos recursos \$854.274

²⁸ Comprende los recursos de distintas fuentes destinados a COLCIENCIAS para proyectos de investigación, a los entes territoriales para infraestructura e interventoría y para actividades de promoción y prevención

²⁹ Creada mediante el Decreto 4107 de 2011 (artic.41), para apoyar entidades en situación de iliquidez, mediante la Ley 1608 de 2013.

millones fueron destinados a la red de Bogotá³⁰, donde las IPS públicas del distrito recibieron el 47% de estos dineros.

1.5. Problemas del Sistema de Salud en Colombia

La Ley 100 de 1993 tuvo como uno de sus objetivos el desarrollo del capital humano. Al respecto Mushkin argumentó *“que la inversión en salud ofrece grandes dividendos en el capital humano. Para él en las áreas menos desarrolladas del mundo donde no hay excedente para invertir en la empresa rentable de la salud, el círculo vicioso de la pobreza y la enfermedad continúan su curso sin variación”* (Mushkin, 1999).

Como se mencionó en la introducción la Ley 100 de 1993 fue creada además con el fin de solucionar los graves problemas de inequidad, falta de acceso y calidad en el sistema de salud a los que se enfrentaba la comunidad colombiana para aquella época.

En este sentido, uno de los principios generales de la mencionada norma, fue establecer por objeto la garantía de los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

Así mismo, esta norma estableció que el SGSSS debía proveer gradualmente los servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes, tema que no se hizo posible realizar en el año 2001 tal y como se había establecido en la Ley sino que tan solo se hizo efectivo hasta el 2012, es decir, once años después. Actualmente, todos los colombianos pueden gozar del mismo Plan Obligatorio de Salud - POS independientemente del Régimen al que pertenezcan, pero con diferenciales en el valor de la UPC, tal y como se mostró en la Ilustración 1.

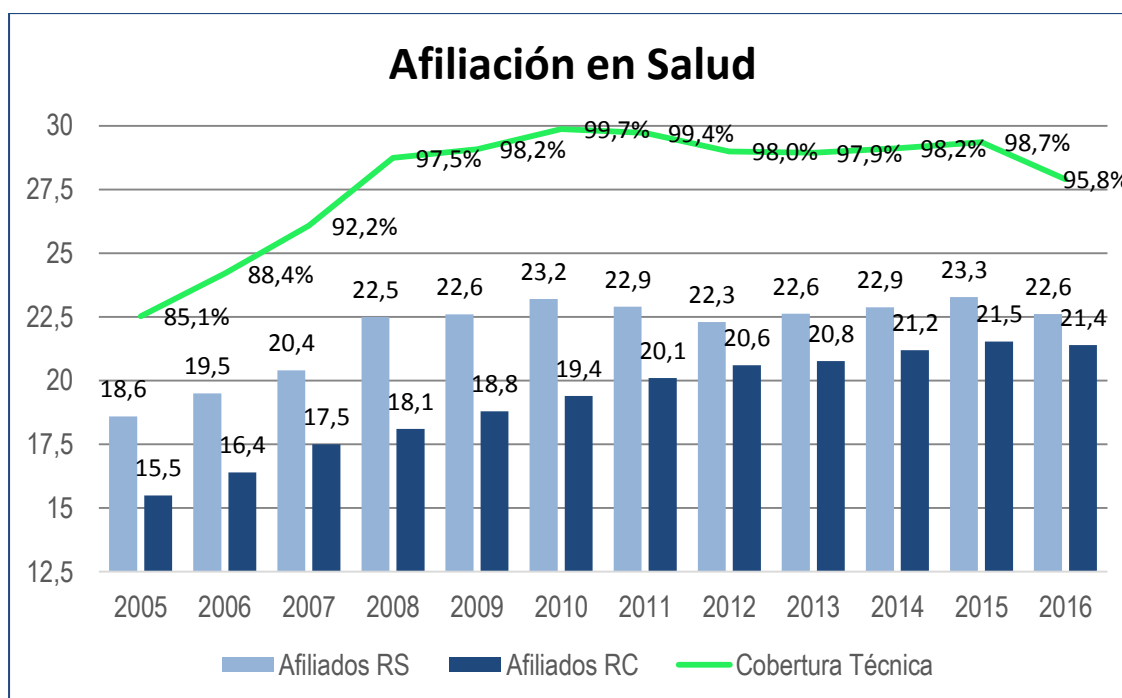
La Ley Estatutaria 1751 de 2015, por su parte definió como parte de los elementos del derecho a la salud la progresividad del derecho, la sostenibilidad y la equidad, entre otros. Sin embargo, todavía persisten algunos elementos de inequidad como los

³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Financiamiento/Paginas/recursos-del-sistema.aspx>

ocasionados a las prestaciones económicas. Los afiliados al régimen contributivo cuentan con su salario en los casos de incapacidad médica y licencias de maternidad y paternidad, pero estos beneficios no existen para los afiliados al régimen subsidiado.

En el tema de universalización, la Ley 100 de 1993 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establecen que se debe lograr una cobertura progresiva. A pesar que se han presentado avances importantes en esta materia, todavía después de 24 años de aplicada la Ley 100 existen personas que no se encuentran afiliadas a ningún régimen (subsidiado o contributivo). Con base en las cifras reportadas de afiliación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, para diciembre de 2016 existe una cobertura de afiliación en salud del 95.8%.

Ilustración 4. Evolución de la Afiliación al Sector Salud



Fuente: Base de Datos de la Compensación y BDU – Ministerio de Salud y Protección Social³¹. 2017³²

³¹ Cobertura técnica hace referencia a la cobertura de la población objeto del régimen contributivo y subsidiado.

³² Se precisa que la caída en el número de afiliados del RS en el año 2016 frente al año 2015 se debe a una depuración que hizo el Ministerio de Salud y Protección Social de la Base de Datos Única de Afiliados – BDU.

El régimen contributivo ha mostrado una participación en la afiliación desde el año 2010 del 47% y el régimen subsidiado un 53%. Esta composición de la afiliación señala las dificultades que tiene la economía colombiana para mejorar la relación salarial y adicionalmente da cuenta de la precariedad laboral.

A partir de la unificación del POS, las Entidades Promotoras de Salud – EPS, han presentado inconformidades ante el Ministerio de Salud y Protección Social exponiendo una posición de vulnerabilidad, pues afirman que la nueva Unidad de Pago por Capitación–UPC, no es suficiente para solventar todos los servicios de salud que demandan los usuarios. Este cambio ha producido que varias EPS se hayan retirado de la administración del aseguramiento, dado que no ven la solvencia para asumir los nuevos costos con los prestadores ni la rentabilidad necesaria para garantizar la prestación de los servicios a la población. Actualmente existen alrededor de 34 EPS que operan el régimen subsidiado y 15 EPS que operan el régimen contributivo, donde antiguamente existían más de 40 EPS en el régimen subsidiado y más de 20 en el contributivo³³.

La Superintendencia Nacional de Salud es la entidad encargada de cumplir las funciones de inspección, vigilancia y control a las entidades del sector, quien ordena los correctivos tendientes a la superación de las inconsistencias o irregularidades presentadas, pero esta entidad no ha hecho un seguimiento tan eficaz como se espera para poner en cintura a las entidades. Una de las causas se le puede atribuir a que la SNS vigila cerca de 40.000 entidades a nivel nacional, pero con un número reducido de empleados, la mayoría con formas de contratación precarias como son las Órdenes de Prestación de Servicios – ODS.

Las Instituciones – IPS³⁴ por su parte afirman que las EPS no cumplen con el pago oportuno y completo de la prestación de los servicios, lo que los ha llevado a tener menores niveles de calidad en la prestación de los servicios a los pacientes, pues no

³³ Las EPSS Cafam, EPSS Colsubsidio, EPS Colseguros, EPS Red Salud, EPS Colpatria y EPS Multimedicas solicitaron la liquidación voluntaria. Y las EPS Cóndor, Solsalud, Unimec, Comcaja, Humana Vivir, Caprecom, Manexka y Saludcoop entraron en intervención forzosa para liquidar. Esta información se encuentra publicada en la página de la Superintendencia Nacional de Salud.

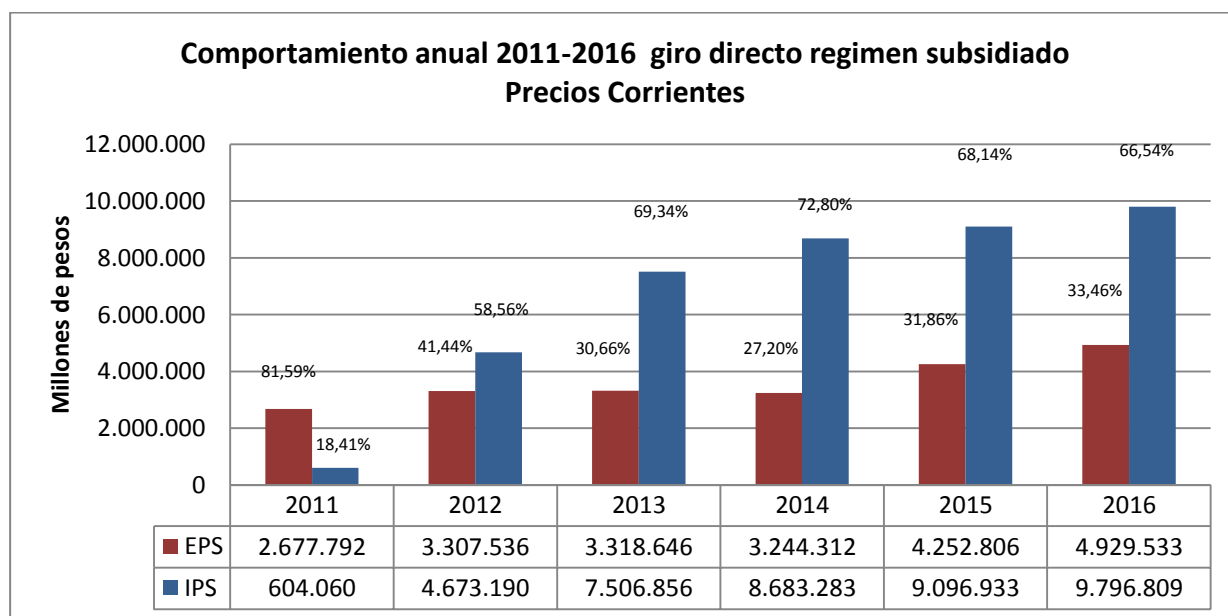
³⁴ Prestadores de Servicios de Salud registrados en el Registro Especial de Prestadores – REPS como IPS (2017).

cuentan con los recursos para seguir operando en condiciones normales. Adicionalmente, existe un déficit en la calidad de la información que ha provocado que aunque los recursos llegan a las IPS, estos no son descargados contablemente dado que las EPS no reportan la información pertinente para la aplicación de estos pagos.

Con el mecanismo de Giro Directo a las IPS del régimen subsidiado definido en la Ley 1438 de 2011, se permitió un mayor flujo de recursos a las IPS públicas y privadas del régimen subsidiado. A partir de marzo de 2011³⁵ se estableció que las EPS debían realizar el reporte ante el Ministerio de Salud y Protección Social de los pagos autorizados a las red, el 100% del valor de los contratos por la modalidad de capitación y mínimo el 50% del valor de las modalidades diferentes a la cápita. Lo anterior, con el fin que los pagos fueran con oportunidad.

A continuación se detalla la evolución del giro directo del régimen subsidiado tanto a las IPS como a las EPS:

Ilustración 5. Giro Directo Régimen Subsidiado (Precios Corrientes)

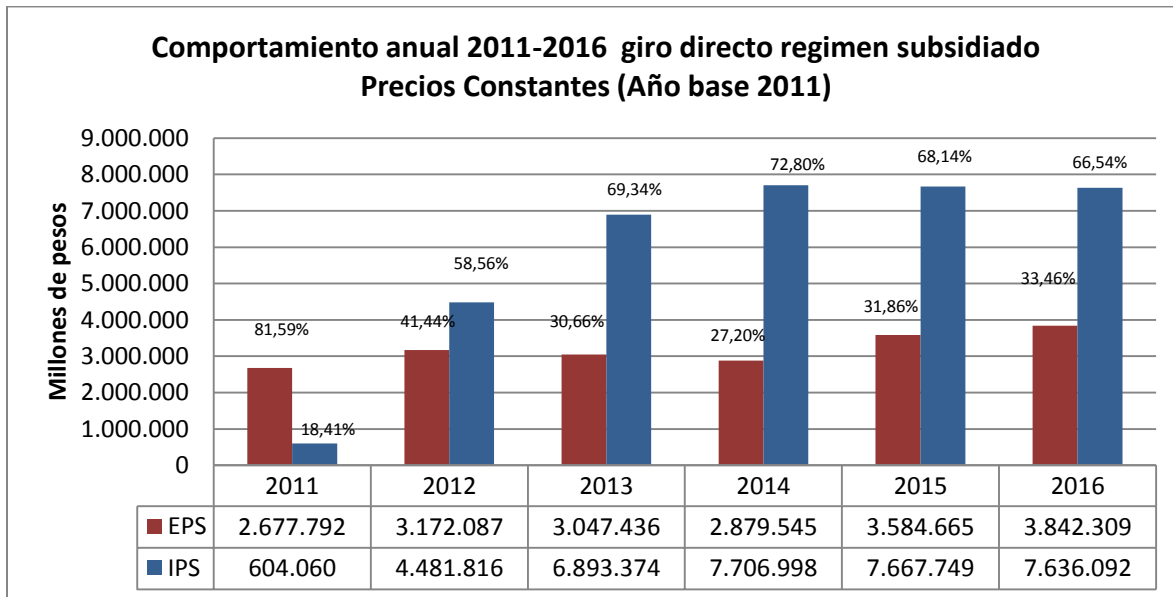


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. 2017

³⁵ Con la Resolución 2320 de 2011 modificada por la Resolución 4182 de 2011 y la Resolución 1587 de 2016.

De acuerdo con la Ilustración anterior, el valor de los recursos (precios corrientes) recibidos por parte de las IPS a través del mecanismo de giro directo del régimen subsidiado aumentó en el año 2016 con respecto al año 2012 más de un 110%. Se precisa que la comparación se hace con respecto al 2012 y no con el 2011, debido a que en el primer año de implementación de esta medida empezó a regir a partir del mes de abril y no desde enero, adicionalmente entre los meses de abril a julio la única EPSS que reportó información fue CAPRECOM, dado que fue un período de prueba piloto y solo se incluyeron pagos a la red pública, las demás EPS empezaron a utilizar este mecanismo a partir del mes de agosto y hasta el mes de octubre se empezaron a incluir giros para la red privada. Por lo tanto, el 2011 no es un año comparable con los demás.

Ilustración 6. Giro Directo Régimen Subsidiado (Precios Constantes)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. 2017³⁶

Revisando la evolución del giro directo en precios constantes, se muestra que aunque los dineros recibidos por los prestadores en el año 2016 frente al año 2012 (año en el que se unifico el Plan de Beneficios) han aumentado en un 70%, existe desde el año 2014 una disminución del valor de los recursos destinados hacia la red hospitalaria y por el contrario los recursos hacia las EPS han aumentado.

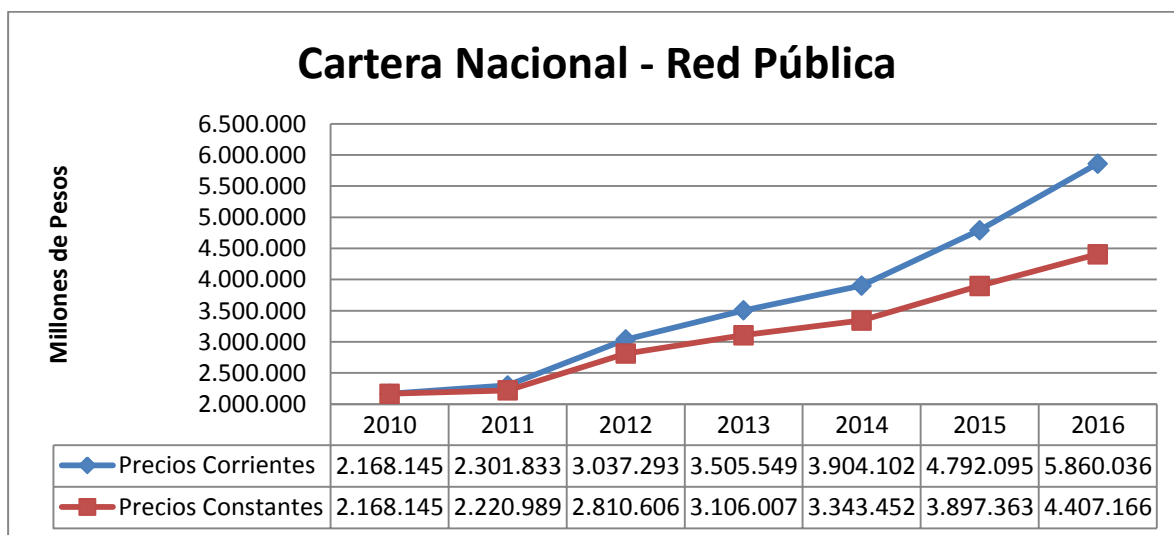
³⁶ Precios Constantes: Deflactados con el IPC de Salud reportado por el DANE. Año base 2011

A pesar de los importantes recursos recibidos por los hospitales, se ha evidenciado que la cartera del régimen subsidiado entre las EPS y las IPS viene en constante crecimiento. De acuerdo con la cartera reportada al Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Decreto 2193 de 2004, con corte a diciembre del año 2016 las IPS públicas de Bogotá reportan una cartera por valor de \$967.501 millones de pesos (precios corrientes).

Los límites de los recursos no han permitido lograr una sostenibilidad económica del sistema, “... la presencia de regímenes excepcionales, la evasión, elusión y la no progresividad de las cotizaciones conducen a un menor recaudo de recursos, que afecta la financiación e impacta negativamente la solidaridad del sistema” (Procuraduría General de la Nación, 2008). Se pensaba que los usuarios del régimen contributivo iban a crecer pero al contrario los usuarios del régimen subsidiado superan a los del contributivo (Ver Ilustración 4).

A continuación, se muestra el comportamiento de la cartera de la red pública a nivel nacional y del Distrito Capital:

Ilustración 7. Cartera Red Pública Nivel Nacional



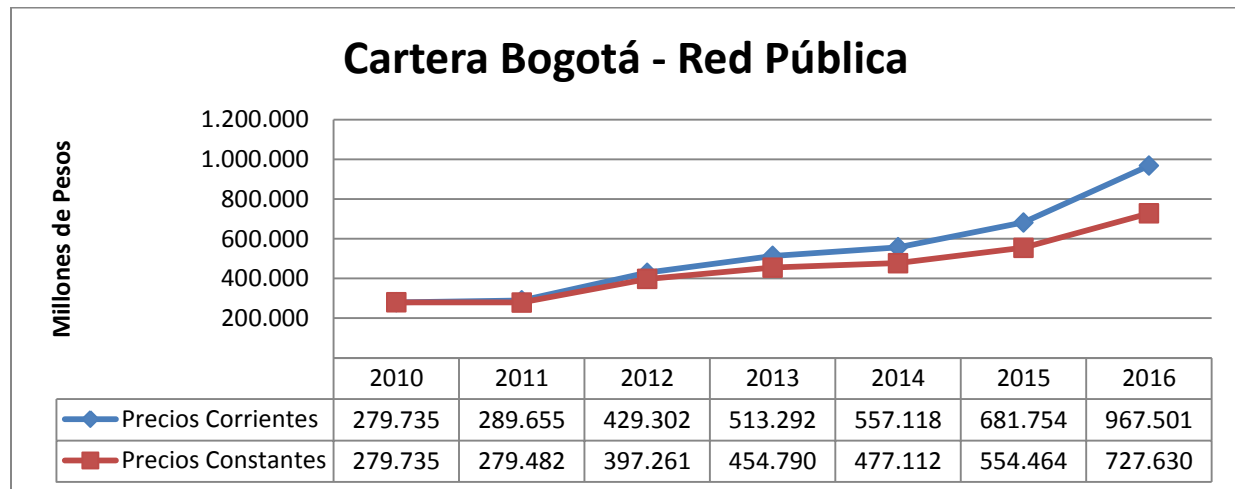
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – SIHO. 2017³⁷

³⁷ Precios Constantes: Deflactados con el IPC de Salud reportado por el DANE. Año base 2010

La ilustración anterior, evidencia que la cartera a nivel nacional de los hospitales públicos por concepto de los servicios prestados a los afiliados al régimen contributivo y subsidiado crece de forma continua. Comparando la cartera (precios constantes) del año 2016 frente al año 2010, esta ha aumentado en un 103%.

El aumento en la cartera más grande se evidencia en el año 2012 frente al año inmediatamente anterior, con un crecimiento del 27%. Se precisa que en el año 2012 se igualaron los planes de beneficio entre el régimen contributivo y subsidiado, pero no el valor de la UPC, lo que puede ser una causal del incumplimiento de pago por parte de las EPS hacia la red.

Ilustración 8. Cartera Red Pública Bogotá



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – SIHO. 2017³⁸

La Ilustración anterior muestra que la cartera de los hospitales públicos de Bogotá también crece constantemente. El mayor crecimiento en la deuda se presentó en el año 2012 respecto al 2011 con un 42%, debido a que como se mencionó en la Ilustración No. 7, en esa vigencia se igualaron los planes de beneficio causando mayor demanda de los servicios por parte de los usuarios del régimen subsidiado pero sin aumentos en la UPC.

En el año 2016 la cartera creció frente al 2015 un 31%, una de las causas pueden atribuirse a que en la vigencia 2016 la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa 013, que especifica que ninguna IPS puede negar servicios a los

³⁸ Precios Constantes: Deflactados con el IPC de Salud reportado por el DANE. Año base 2010

pacientes como mecanismo para exigir pagos a las EPS, generando mayores incumplimientos de pago por parte de las EPS, dado que ya no existe esta forma de presión por parte de los prestadores con las entidades responsables de pago para solicitar sanear la cartera.

Tanto la Ilustración No. 7 como la Ilustración No. 8 evidencian que la cartera de la red pública está creciendo de forma exponencial a pesar que los giros a la red también han aumentado. Es importante señalar que existe una mala práctica por parte de las EPS, como se señalará más adelante, que es autorizar pagos hacia las IPS a través del giro directo sin enviar los soportes para que los prestadores apliquen los pagos a las facturas correspondientes, que aunque se ve reflejado en la disminución de la cartera total, no permite depurar la información con el detalle requerido, lo que genera distorsiones en la información.

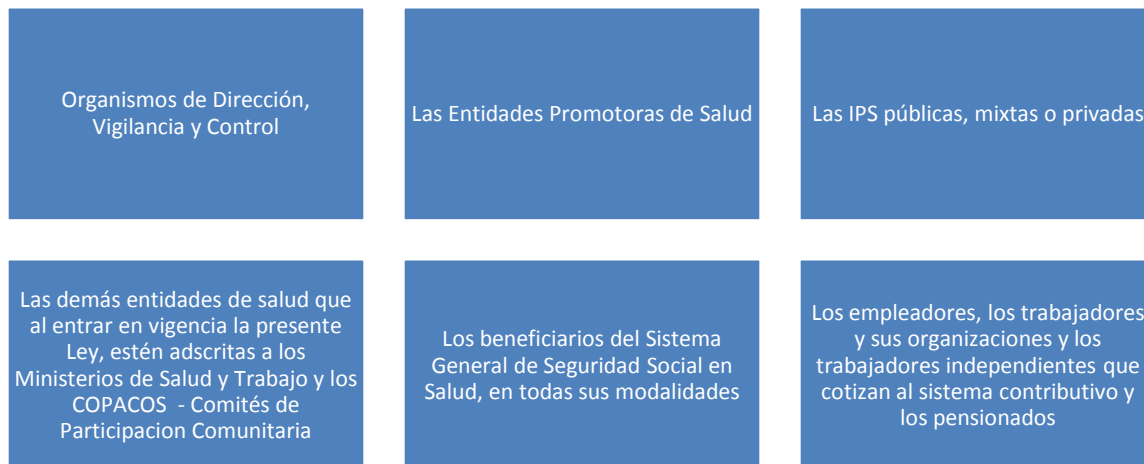
Por su parte, los usuarios manifiestan que no existen garantías para acceder a la prestación de los servicios de salud a los cuales tienen derecho y exponen que encuentran limitantes para acceder al servicio. De acuerdo con la *Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS – 2016* realizada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social el 24% de los afiliados al régimen subsidiado y el 31,2% de los afiliados al régimen contributivo consideran que la experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS es regular o mala.

1.6. Ajustes Normativos para Agilizar el Flujo de los Recursos

La Constitución Política de Colombia en su artículo 365 establece: “*Los servicios públicos [...] podrán ser prestados por el Estado directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, control y la vigilancia de dichos servicios*”.

Para lo cual, la Ley 100 de 1993 en su artículo 155 establece la composición del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Ilustración 9. Composición Sector Salud



El Sistema General de Seguridad Social estableció la solidaridad en el financiamiento del régimen subsidiado con recursos del régimen contributivo e introdujo la competencia en el sector, tanto por parte de las EPS como por parte de los prestadores de servicios de salud y realizó una separación entre el aseguramiento, los hospitales y la salud pública (Fedesarrollo, 2009).

Para financiar el régimen subsidiado la Ley 100 de 1993 estableció un esquema de Pari Passu que consistía en que el gobierno nacional contribuía en un peso por cada peso recaudado mediante el esquema de solidaridad, sin embargo el estado no cumplió con estos recursos. Por lo cual, mediante la expedición de la Ley 715 de 2001 se fijó un porcentaje del Sistema General de Participaciones para financiar el componente de salud (régimen subsidiado, salud pública, No POS y atención a la población pobre no asegurada), el cual quedó en 24.5%.

Toda vez que la contratación del régimen subsidiado quedó a cargo de las entidades locales, se debían tomar las medidas y mecanismos jurídicos tendientes a la optimización del flujo de los recursos del SGSSS que prevengan o impidan su desviación, para lo cual el artículo 107 de la Ley 715 de 2001 le dio un plazo al Gobierno Nacional de seis meses después de entrada en vigencia la precitada Ley, para tomar dichas medidas.

La norma que reglamentó los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación fue el Decreto Ley 1281 de 2002. Allí, se definió la eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos, es decir, la

mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles y el pronto pago de los servicios, el reintegro de los recursos apropiados sin justa causa e intereses moratorios por el incumplimiento de los plazos acordados para el pago.

Las medidas para optimizar el flujo de los recursos planteados en este Decreto Ley fueron retomados por el Decreto 050 de 2003, el cual reguló el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado, desde el origen de cada una de las fuentes que financian y cofinancian este régimen hasta su pago. Asimismo, se establece que los recursos del régimen subsidiado se manejarán en los fondos departamentales, distritales o municipales y no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso de la entidad territorial y tampoco podrán ser objeto de pignoración, titularización ni embargo. Lo anterior, con el fin de proteger los recursos del sistema de salud.

Los excedentes del fondo de solidaridad y garantía – FOSYGA, que resulten de la liquidación de los contratos del régimen subsidiado suscritos entre las entidades territoriales y las EPS, deben ser girados por las entidades territoriales o EPS a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, dentro de los diez días calendario siguientes a la fecha en la cual quede expedida el acta de liquidación del contrato.

Adicionalmente, el Decreto 050 de 2003 definió que los recursos del Sistema General de Participaciones – SGP destinados al régimen subsidiado se girarán a los fondos municipales, distritales o departamentales dentro de los diez primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA asignados para cofinanciar dicho régimen, se girarán dentro de los diez primeros días de cada bimestre y conforme al período contractual y los recursos de ETESA se girarán con la periodicidad establecida en la Ley 643 de 2001. Lo anterior, con la finalidad que la entidad territorial girará estos recursos a las ARS y estas a su vez girarán los recursos a la red prestadora de servicios de salud.

Sin embargo, el Decreto 050 de 2003 precisó que se podía proceder al giro directo a las Administradoras del Régimen Subsidiado – ARS, cuando la entidad territorial incumpla con alguno de los casos previstos en su artículo 24. Pero, el procedimiento establecido para el flujo de los recursos y las medidas de giro directo de este Decreto fueron

operativamente difíciles de controlar. Por lo tanto, se expidió el Decreto 3260 de 2004³⁹ el cual establece dos mecanismos de giro directo:

- Giro Directo de los Recursos del SGP y del FOSYGA a las ARS⁴⁰
- Giro Excepcional de la UPC y Giro Directo a las IPS⁴¹

La siguiente medida que tomó el Gobierno Nacional para proteger los recursos del SGSSS fue mediante el Decreto 4693 de 2005, en el cual reglamenta parcialmente el funcionamiento de los fondos locales de salud para poder efectuar un adecuado control y seguimiento a los recursos del sistema de salud. De conformidad con lo anterior, este decreto fijó que los recursos del FOSYGA y los demás que financian y cofinancian el régimen subsidiado deben manejarse por las entidades territoriales en los fondos locales de salud mediante cuentas maestras⁴², abiertas en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia y las cuales deben ser acreditadas ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social.

La Ley 1122 de 2007 realizó ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS tomando como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios y en su artículo 13 estableció medidas para el flujo y protección de los recursos.

La Sentencia T-760 de 2008 invocando la protección del derecho a la salud garantiza el proceso de unificación de los planes de beneficio, para lo cual se expidió el Acuerdo 032 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud - CRES⁴³, con el que se finaliza este proceso de igualación de los Planes Obligatorios de Salud entre los dos regímenes, lo cual evita discriminación para el acceso a los servicios de salud y promueve la equidad

³⁹ Este decreto derogó varios artículos del Decreto 050 de 2003, incluyendo el artículo 24 que establecía los eventos en los cuales podía operar el Giro Directo del SGP y de los recursos del FOSYGA a las ARS.

⁴⁰ Cuando las entidades territoriales habiendo recibido los recursos del SGP y del FOSYGA no le paguen a las ARS la UPC-S en forma oportuna o cuando por razones de orden público o fuerza mayor y a solicitud del alcalde o del gobernador del departamento que administre los recursos del RS se imposibilite el cumplimiento de alguna de las obligaciones consagradas en el artículo 44.2 de la Ley 715 de 2001

⁴¹ Si la entidad territorial se encuentra al día con sus obligaciones con las ARS, mediante un acto administrativo puede adoptar la medida de girar a las ARS solamente el porcentaje de la UPC destinado al pago de la prestación de servicios de salud o girar el valor directamente a las IPS cuando existan contratos por capitación entre la ARS y la IPS, con cargo a la UPC que el municipio deba pagar a la respectiva ARS.

⁴² Cuenta Maestra: Es la que por manejar exclusivamente recursos de la salud solo acepta como operaciones débito aquellas que se destinen a las cuentas bancarias de los beneficiarios establecidos en las Resoluciones 3042 de 2007 y 1127 de 2013, y será únicamente a través de transferencia electrónica.

⁴³ Mediante el Decreto 2560 de 2012 se eliminó la CRES y sus funciones misionales fueron transferidas al Ministerio de Salud y Protección Social.

en el sistema, pero a pesar que existe un POS que garantiza los servicios, el acceso por parte de los usuarios al sistema no es oportuno ni con calidad.

Con la igualación del POS se incrementó la Unidad de Pago por Capitación – UPC, para sostener el incremento de la demanda de los servicios por parte de los usuarios, sin embargo la UPC reconocida a las EPS del régimen subsidiado y contributivo presentan diferencias (Ver Ilustración No. 1) a pesar que el plan de beneficios⁴⁴ es el mismo para los dos regímenes como se ha mencionado. Adicionalmente, las EPS han manifestado que ésta es insuficiente para cubrir todos los servicios incluidos en el POS como se mostrará en las respuestas dadas en las encuestas de esta investigación.

Con el fin de lograr mayores avances en materia de salud, el Gobierno Nacional tomó la medida mediante la Ley 1444 de 2011, de escindir el Ministerio de la Protección Social, el cual estaba conformado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo, y crear el Ministerio de Salud y Protección Social.

En el marco de lo anterior, se expidió el Decreto 4107 de 2011, el cual establece como *“objetivos del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública y promoción social en salud...”*

Por su parte, el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 estableció que los entes territoriales administrarán el régimen subsidiado mediante el seguimiento y control de aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción. Además, definió que el Ministerio podría girar a nombre de las entidades territoriales la unidad de pago por capitación a las EPS o hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

El Decreto 971 de 2011 modificado por el Decreto 3830 de 2011, dispuso que para el giro directo de la unidad de pago por capitación – UPC a las EPS en nombre de las entidades territoriales se generará la liquidación mensual de afiliados – LMA con fundamento en la base de datos única de afiliados – BDUA del mes inmediatamente anterior, suministrada por las EPS y validada por las entidades territoriales.

⁴⁴ A partir de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 el Plan de Beneficios en Salud es el equivalente al POS con cargo a la UPC.

Con base en la liquidación mensual de afiliados el Ministerio gira a las cuentas maestras de las EPSS en nombre de las entidades territoriales, los recursos del SGP en su componente de subsidios a la demanda y los del Presupuesto General de la Nación, los de las Cajas de Compensación Familiar y parte de los recursos del Esfuerzo Propio Departamental y Municipal.

Dado que la Ley 1438 de 2011 permitió el giro directo a las IPS, se reglamentó este procedimiento a través de la Resolución 2320 de 2011⁴⁵, en la cual se establecen los plazos y condiciones para el reporte de información por parte de las EPSS que permitió el giro directo de los recursos del régimen subsidiado a la red prestadora de servicios de salud.

A partir del mes de abril del año 2011 hasta el mes de julio de 2011 hubo una prueba piloto con la EPS CAPRECOM, quien autorizaba el giro directo a las IPS. A partir del mes de agosto de ese año, todas las EPS del régimen subsidiado comenzaron a reportar mensualmente ante el Ministerio de Salud y Protección Social la información autorizando el valor de giro directo a la red prestadora por concepto de cápita y evento, el cual es actualmente el 100% y mínimo el 50% de la radicación respectivamente.

2. Análisis de los indicadores y Percepción de los Actores

2.1. ¿El Giro Directo ha Contribuido a Mejorar la Sostenibilidad y Calidad de las IPS?

En este capítulo se analizarán algunos indicadores financieros de los Hospitales Públicos de Bogotá a partir de la información remitida por estas entidades al Ministerio de Salud y

⁴⁵ Esta resolución fue modificada por las Resoluciones 4182 de 2011 y la 1587 de 2016.

Protección Social y se estudiarán algunos indicadores de calidad de acuerdo con el reporte realizado a la Superintendencia Nacional de Salud. Lo anterior con el fin de identificar si el giro directo del régimen subsidiado ha impactado el desempeño financiero y de calidad de cada una de estas instituciones, y así contribuir a mejorar la toma de decisiones en el sector salud.

Existe una desventaja al analizar los índices financieros debido a que esta información está sujeta a las manipulaciones que puedan realizar las personas que elaboran los reportes financieros para la entidad y los diferentes entes de control. Sin embargo, es muy poco probable que una entidad mantenga unos estados financieros tan alejados de la realidad y por el contrario con esta información se puede lograr identificar la situación financiera de la entidad.

2.1.1. Indicadores Financieros

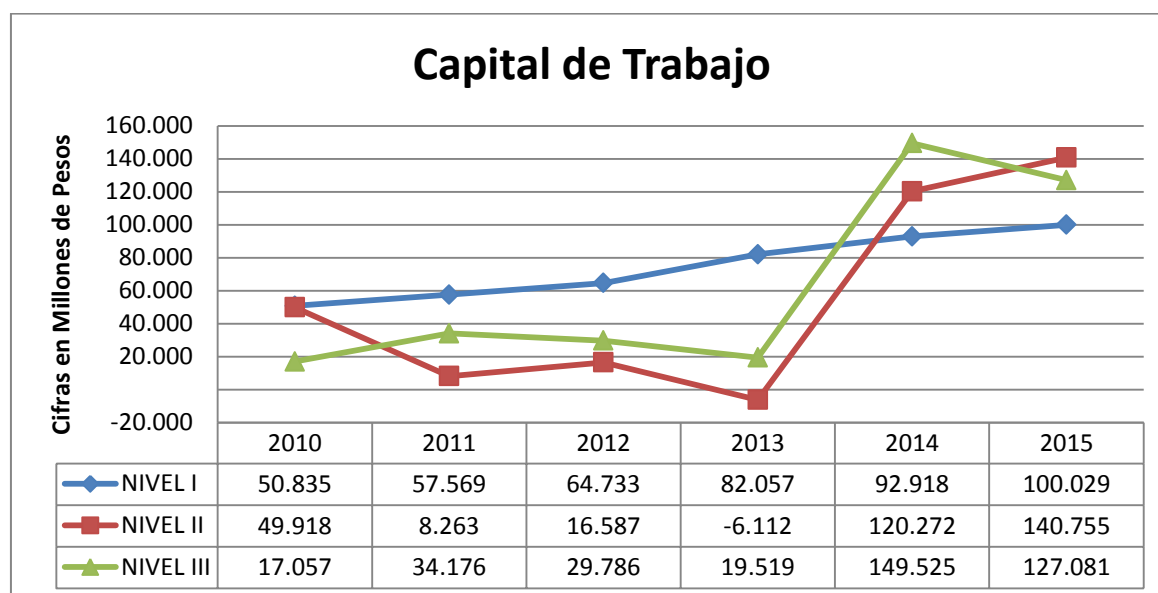
El análisis financiero en los hospitales públicos y/o privados es un método habitualmente aceptado para evaluar el desempeño de las instituciones prestadoras de servicios de salud. *“Health care administrators, governing boards, and public policy groups employ a broad array of financial ratios to assess hospital performance”* (Glandon GL, 1987) (como traducción libre del autor: Los administradores de la salud, los consejos de administración, y los grupos de política pública emplean una amplia gama de indicadores financieros para evaluar el desempeño de los hospitales).

Zeller y Stanko explican que para la industria hospitalaria se pueden describir categorías de indicadores que pueden resumir el uso de índices financieros (Zeller, 1996). En este contexto, para este estudio se tienen en cuenta dos categorías financieras: liquidez y solvencia.

Los indicadores que se estudiaron en esta investigación fueron: Capital de Trabajo, Índice de Liquidez, Porcentaje de Endeudamiento y Rotación de Cartera.

- **Capital de Trabajo:** es un indicador que representa una medida de los activos líquidos del ente. A continuación se muestra el comportamiento de este índice por nivel de atención en la red del Distrito:

Ilustración 10. Capital de Trabajo por Niveles de Atención

Fuente: SIHO. 2017⁴⁶

De acuerdo con la ilustración anterior el Nivel I y el Nivel III han mejorado su indicador de *Capital de Trabajo*, lo que indica que disponen de más recursos para operar. Sin embargo, el Nivel II tiene un comportamiento inestable entre los primeros años analizados, donde se muestra que en el 2013 llegó a (-6.112) millones, principalmente a causa de los Hospitales San Blas, Suba y Meissen, los cuales presentaron un capital de trabajo negativo desmejorando este indicador para toda la red de segundo nivel.

A continuación se detalla este indicador por cada uno de los hospitales objeto de estudio:

Tabla 5. Capital de Trabajo por IPS

CAPITAL DE TRABAJO (Cifras en Millones de Pesos)							
Entidad	Nivel	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	I	2.554	-678	-2.478	-1.571	627	10.354
HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	I	-3.969	-9.355	-5.716	918	5.249	5.981
ESE SAN CRISTOBAL	I	14.365	14.387	15.794	18.520	22.546	20.540

⁴⁶ Precios Constantes: Deflactados con el IPC de Salud reportado por el DANE. Año base 2010.

CAPITAL DE TRABAJO (Cifras en Millones de Pesos)							
Entidad	Nivel	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	I	12.104	11.732	12.514	15.503	24.521	26.702
ESE HOSPITAL CHAPINERO	I	17.667	13.543	12.182	6.548	5.011	5.185
ESE HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL	I	2.382	2.939	2.463	4.738	4.416	4.750
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	I	265	1.251	3.793	3.866	4.084	3.143
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	I	-5.244	7.154	9.127	15.386	5.906	4.213
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	I	10.710	16.596	17.055	18.149	20.559	19.160
HOSPITAL SAN BLAS- II NIVEL ESE	II	5.020	-555	-3.292	-5.395	20.652	22.062
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	II	10.264	7.776	7.684	6.764	6.193	6.511
HOSPITAL DE SUBA ESE II NIVEL	II	-4.238	5.601	-2.803	27.122	12.906	41.614
ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL	II	4.568	-924	5.170	9.230	9.352	6.814
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE	II	24.341	10.606	615	-7.679	34.665	40.014
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	II	-9.903	-18.607	-7.075	189	16.180	7.714
HOSPITAL FONTIBON ESE	II	11.367	-117	11.022	9.511	12.744	8.582
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE	II	8.501	4.484	5.267	8.391	7.579	7.444
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	III	15.764	14.283	16.350	20.972	37.458	35.535
ESE HOSPITAL EL TUNAL	III	12.056	26.293	21.526	23.243	18.214	33.476
ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	III	-	1.616	14.658	23.792	43.343	32.834
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	III	5.217	6.078	6.100	16.380	24.127	30.311
ESE HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	III	-5.386	-14.094	-28.848	64.869	26.383	-5.074

Fuente: SIHO. 2017⁴⁷

Los indicadores de *Capital de Trabajo* que aparecen en negativo para algunos hospitales se debe principalmente a que en la composición del pasivo corriente existe un alto porcentaje de participación de los ítem *Avances y anticipos recibidos*⁴⁸ y *Obligaciones Laborales y de Seguridad Social*.

Lo anterior, deja ver el problema que tienen los hospitales debido a que no tienen la liquidez suficiente para realizar los pagos de seguridad social de sus

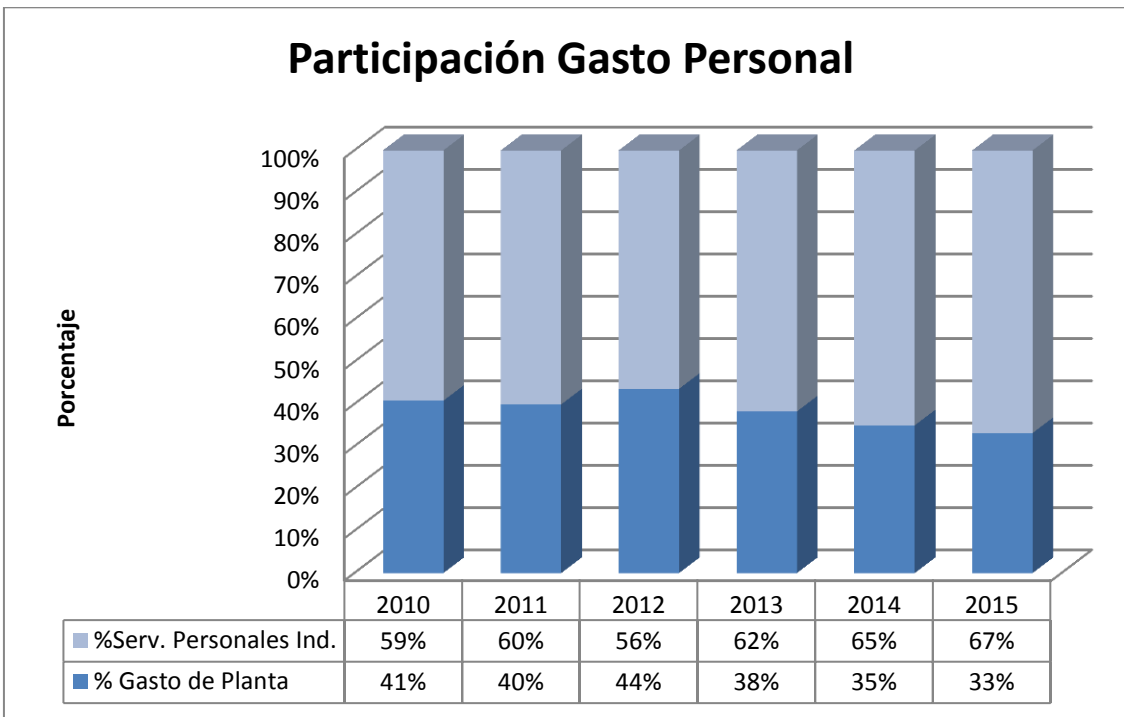
⁴⁷ Precios Constantes: Deflactados con el IPC de Salud reportado por el DANE. Año base 2010.

⁴⁸ Corresponde a la cuenta 2450 que registra los dineros recibidos por parte de la ESE por concepto de fondos para proyectos específicos, convenios, acuerdos y contratos, entre otros.

trabajadores, lo que es demostrado en la alta participación de este componente en los pasivos.

Es preciso señalar que adicionalmente existen problemas de tercerización en los hospitales públicos y de precariedad laboral con contratos de prestación de servicios, lo que puede ser evidenciado al revisar los gastos de personal donde la mayor participación está dada por trabajadores con contratos de servicios personales independientes, tal y como se detalla a continuación:

Ilustración 11. Composición del Gasto de Personal – Red de Bogotá



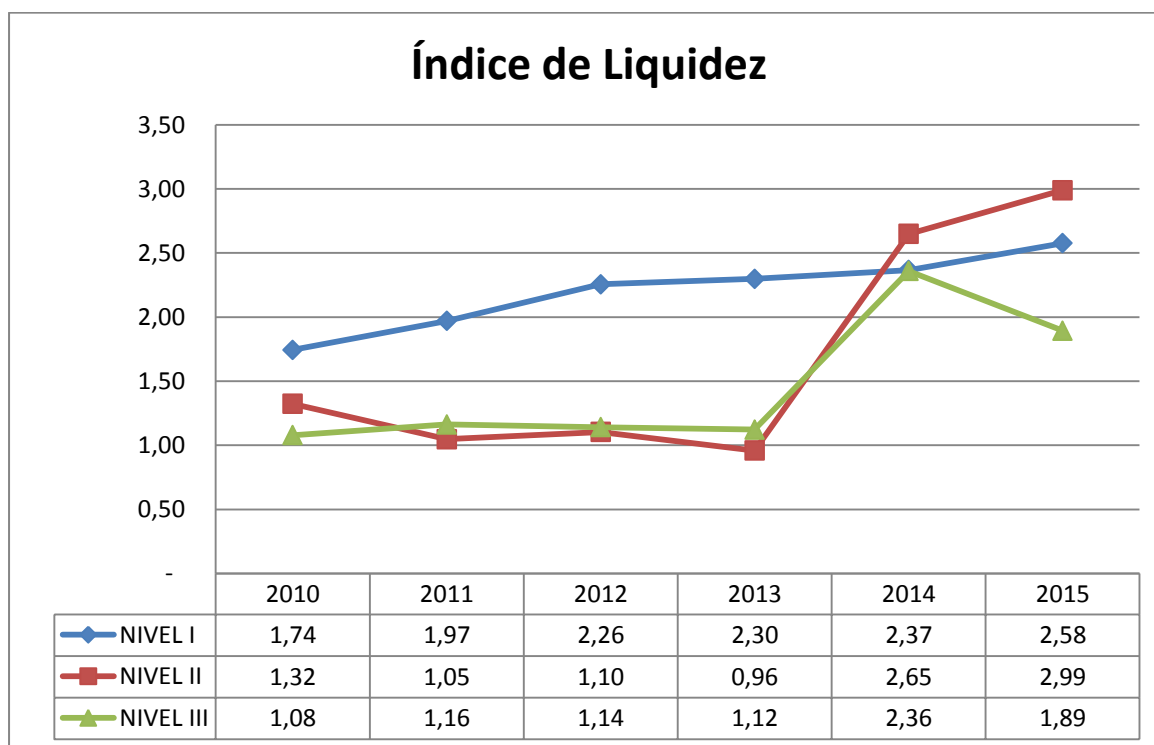
Fuente: SIHO⁴⁹. 2017

- Índice de Liquidez: este indicador muestra la capacidad de la entidad de cumplir con las obligaciones contraídas en el corto plazo. Cuando existe una falta de liquidez total, el hospital no puede cumplir con sus obligaciones corrientes tales como el pago de sus trabajadores e insumos, lo que pone en riesgo su operación

⁴⁹ Precios Constantes: Deflactados con el IPC de Salud reportado por el DANE. Año base 2010.

y funcionamiento y en consecuencia deteriora la calidad de los servicios prestados a los usuarios.

Ilustración 12. Índice de Liquidez por Niveles de Atención



Fuente: SIHO. 2017

Comparando este indicador en el año 2015 respecto al 2010, todos los niveles de atención mejoraron su índice de liquidez, el Nivel I en un 48%, el Nivel II en un 126% y el Nivel III en un 75%.

A continuación se detalla este índice por hospital:

Tabla 6. Índice de Liquidez por IPS

Índice de Liquidez							
Entidad	Nivel	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	I	1,44	0,92	0,70	0,84	1,04	3,97
HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	I	0,77	0,42	0,76	1,04	1,38	1,42
ESE SAN CRISTOBAL	I	5,31	7,62	9,28	10,21	18,72	14,06
ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	I	3,46	3,62	5,51	5,46	7,23	6,94

Índice de Liquidez							
Entidad	Nivel	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ESE HOSPITAL CHAPINERO	I	3,44	3,87	3,75	2,49	2,31	2,24
ESE HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL	I	1,93	2,45	2,60	3,63	3,62	3,86
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	I	1,24	3,07	10,33	8,25	17,21	7,39
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	I	0,76	1,40	3,07	2,10	1,31	1,21
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	I	3,80	6,18	5,14	4,18	3,10	2,40
HOSPITAL SAN BLAS- II NIVEL ESE	II	1,39	0,97	0,82	0,66	3,36	2,83
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	II	2,97	2,63	2,35	2,68	1,35	2,46
HOSPITAL DE SUBA ESE II NIVEL	II	0,91	1,13	0,93	0,46	1,97	3,51
ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL	II	1,49	0,89	1,80	3,58	3,53	2,22
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE	II	1,78	1,20	1,01	0,80	3,70	6,43
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	II	0,67	0,46	0,73	1,01	3,65	1,70
HOSPITAL FONTIBON ESE	II	1,92	0,99	2,09	2,38	2,95	2,03
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE	II	2,58	2,51	2,04	2,89	2,97	2,41
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	III	1,50	1,38	1,45	2,16	4,04	3,98
ESE HOSPITAL EL TUNAL	III	1,25	1,75	1,76	1,81	1,58	1,88
ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	III	0,80	1,03	1,29	1,62	2,17	1,72
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	III	1,27	1,38	1,37	3,81	5,73	6,49
ESE HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	III	0,92	0,81	0,64	0,05	2,09	0,88

Fuente: SIHO. 2017

En el Nivel I este índice presenta un buen comportamiento a lo largo de los años analizados originado en que la red de este nivel en su Activo Corriente presenta un ítem por *Deudores AC de Servicios de Salud* con una participación en promedio superior al 20%, lo que le permite tener a la entidad recursos que pronto serán percibidos para su operación corriente.

Las entidades con el indicador más bajo en los Niveles II y III es debido a que presentan pasivos corrientes muy elevados, compuestos principalmente por los ítem *Obligaciones Laborales y de Seguridad Social y Adquisición de Bienes y Servicios* tal y como se mencionó anteriormente.

Esto muestra que la reestructuración de los hospitales y la formalización laboral de sus trabajadores han implicado esfuerzos financieros por parte de los hospitales que no han sido capaces de solventar con la venta de servicios.

Sin embargo, es pertinente señalar que el Gobierno Nacional a partir del año 2013 ha generado medidas de política para mejorar la liquidez de los hospitales generando nuevas fuentes de recursos adicionales a la medida de giro directo, tales como:

- Compra de Cartera⁵⁰: Los hospitales públicos de Bogotá han recibido a través de este mecanismo recursos por valor de \$28.239 millones de pesos.
 - Créditos Findeter⁵¹: A través de estos créditos las IPS públicas del distrito recibieron \$976 millones de pesos.
 - Bocas⁵² - Bonos opcionalmente convertibles en acciones: Este mecanismo cedió a la red pública de Bogotá \$2.602 millones de pesos.
 - Medidas de Saneamiento Decreto 1080 de 2012 y 058 de 2015⁵³: Estos hospitales recibieron recursos por valor de \$2.548 millones de pesos.
-
- Porcentaje de Endeudamiento: mide la solvencia que tiene la entidad. Cuando un hospital tiene un indicador de endeudamiento muy alto, se deteriora el capital de trabajo, lo que afecta sus indicadores de liquidez.

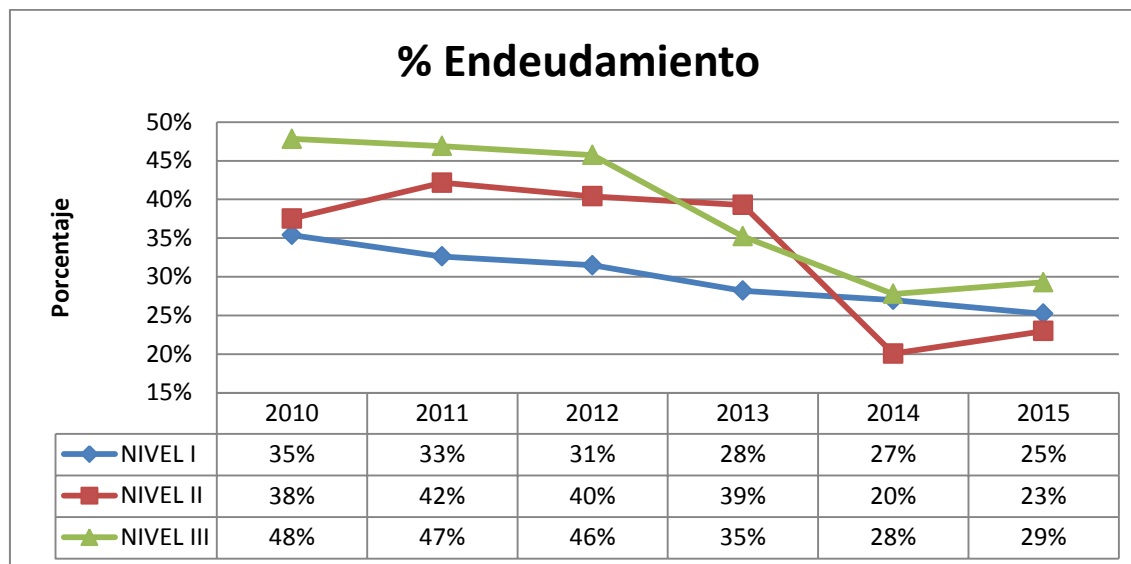
⁵⁰ Es un mecanismo para el saneamiento de pasivos de las EPS, reglamentado por la Resolución 3239 de 2013.

⁵¹ Es una línea de crédito a bajas tasas de interés, la cual tiene por objeto el Saneamiento de Pasivos de las EPS y mejorar el Capital de Trabajo a las IPS, reglamentado por el Decreto 1681 de 2015.

⁵² Títulos de deuda subordinada emitidos por Cafesalud con los cuales el gobierno entregó \$200 mil millones para sanear la cartera de la EPS.

⁵³ Procedimiento establecido para el saneamiento de la deuda reconocida no pagada de las Entidades Territoriales por concepto de contratos de aseguramiento con las EPSS.

Ilustración 13. Porcentaje de Endeudamiento por Niveles de Atención



Fuente: SIHO. 2017

De acuerdo con la Ilustración No. 13 toda la red ha disminuido su nivel de endeudamiento, lo que significa un aspecto positivo para los hospitales. El Nivel I tuvo una disminución de este indicador para el año 2016 con respecto 2010 en un 29% y los Niveles II y III declinó en un 39% para este mismo período.

Tabla 7. Porcentaje de Endeudamiento por IPS

% Endeudamiento							
Entidad	Nivel	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	I	35%	46%	61%	57%	60%	41%
HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	I	61%	75%	61%	51%	36%	38%
ESE SAN CRISTOBAL	I	17%	12%	11%	11%	7%	9%
ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	I	21%	18%	14%	12%	10%	9%
ESE HOSPITAL CHAPINERO	I	28%	21%	18%	19%	17%	19%
ESE HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL	I	35%	30%	17%	17%	16%	11%
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	I	20%	10%	5%	6%	3%	6%
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	I	77%	60%	51%	42%	54%	47%
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	I	16%	15%	17%	20%	25%	29%
HOSPITAL SAN BLAS- II NIVEL ESE	II	34%	44%	55%	46%	31%	32%
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	II	24%	23%	27%	19%	52%	52%

% Endeudamiento							
Entidad	Nive I	201 0	201 1	201 2	201 3	201 4	201 5
HOSPITAL DE SUBA ESE II NIVEL	II	49%	42%	46%	58%	15%	18%
ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL	II	29%	31%	29%	30%	20%	24%
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE	II	28%	42%	38%	43%	13%	14%
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	II	53%	63%	56%	39%	21%	26%
HOSPITAL FONTIBON ESE	II	33%	36%	22%	16%	13%	17%
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE	II	24%	17%	26%	21%	16%	23%
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	III	41%	46%	42%	26%	15%	11%
ESE HOSPITAL EL TUNAL	III	56%	44%	32%	35%	33%	35%
ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	III	48%	45%	48%	31%	33%	36%
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	III	56%	52%	44%	21%	15%	13%
ESE HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	III	44%	49%	55%	47%	31%	38%

Fuente: SIHO. 2017

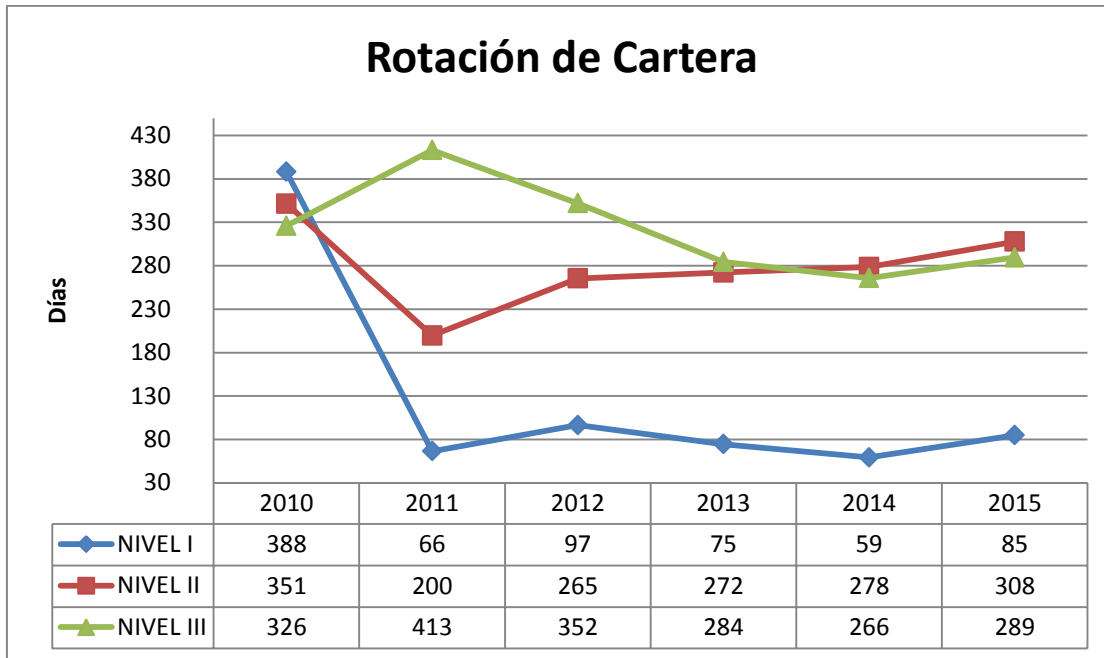
El cuadro anterior, evidencia que el 81% de los hospitales en el año 2015 han reducido este indicador con respecto al año 2010.

El Hospital Pablo VI y el Hospital de Bosa II Nivel, aumentaron el nivel de endeudamiento debido a que sus pasivos aumentaron en la vigencia 2015 frente al 2010 en términos constantes en un 175% y 249% respectivamente. Lo anterior, puede ser explicado porque de los ingresos reconocidos en el 2015 por concepto de régimen subsidiado a estos hospitales solo tuvieron un recaudo efectivo del 85% para la IPS Pablo VI y del 69% para el Hospital de Bosa II nivel.

- Rotación de Cartera: este indicador establece el número de veces que las cuentas por cobrar retornan en promedio en un período determinado, es decir, el tiempo que las cuentas por cobrar toman para convertirse en efectivo.

Por lo tanto, es importante revisar este índice, debido a que de esta rotación depende la frecuencia con la que el hospital recibe el pago por concepto de la venta de servicios de salud que es su principal objeto.

Ilustración 14. Rotación de Cartera por Niveles de Atención

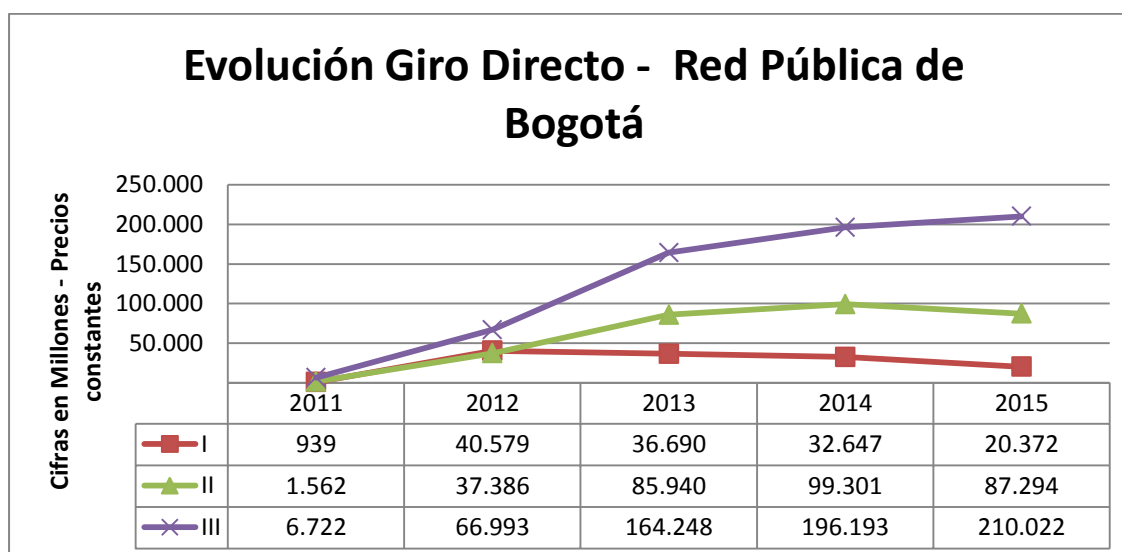


Fuente: SIHO. 2017

De acuerdo con esta ilustración, la *Rotación de cartera* del Nivel I es la más baja desde el año 2011, fecha en la que inició la medida de giro directo del régimen subsidiado. Los Niveles II y III presentaron una reducción en la rotación de cartera para el año 2015 comparado con el año 2010 de un 12% y 11% respectivamente, sin embargo esta rotación es bastante alta.

La siguiente ilustración muestra que el giro directo en la red pública de Bogotá ha evolucionado de forma positiva y los Niveles II y III tienen una mayor participación de estos recursos que el Nivel I. Sin embargo, es importante aclarar que aunque los niveles de alta complejidad reciben más recursos, estos no son suficientes para cubrir la facturación mensual que generan por la venta de servicios del régimen subsidiado. En el año 2016, la cartera superior a los 360 días de la red de Bogotá alcanzó una participación del 47% sobre la cartera total.

Ilustración 15. Evolución Giro Directo del RS Bogotá – Por Niveles de Atención

Fuente: SIHO. 2017⁵⁴

A continuación, se muestra la rotación de cartera por IPS:

Tabla 8. Rotación de Cartera por IPS

Rotación de Cartera							
Entidad	Nivel	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	I	360	40	69	47	38	54
HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	I	399	70	100	74	58	79
ESE SAN CRISTOBAL	I	345	91	151	157	62	43
ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	I	366	57	80	56	60	92
ESE HOSPITAL CHAPINERO	I	654	84	107	91	86	167
ESE HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL	I	344	110	232	67	71	81
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	I	252	95	182	122	152	277
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	I	360	59	67	41	42	61
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	I	342	66	74	74	65	110
HOSPITAL SAN BLAS- II NIVEL ESE	II	420	152	235	271	246	293
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	II	607	185	199	205	242	256

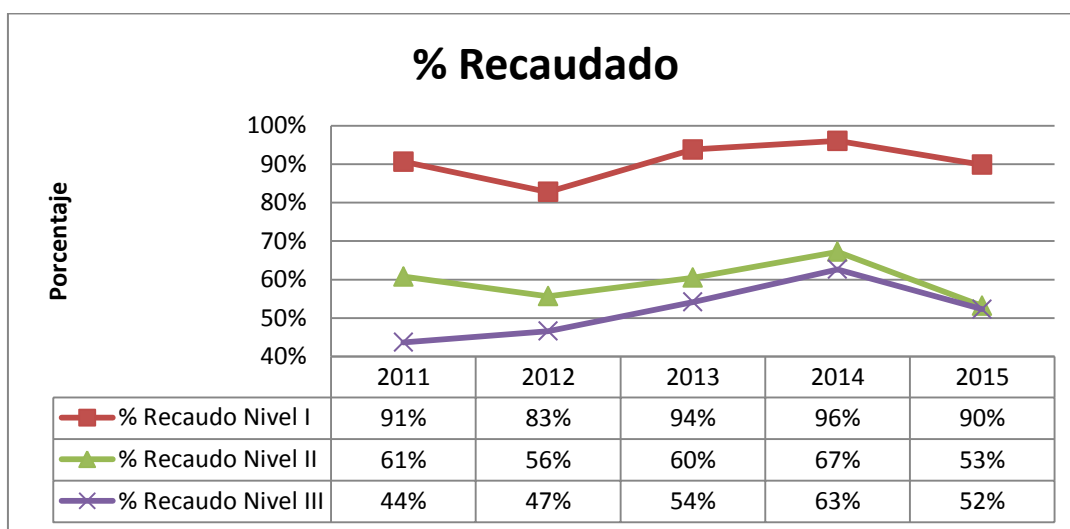
⁵⁴ Precios Constantes: Deflactados con el IPC de Salud reportado por el DANE. Año base 2010

Rotación de Cartera							
Entidad	Nivel	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HOSPITAL DE SUBA ESE II NIVEL	II	348	251	271	331	282	343
ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL	II	301	100	142	143	180	183
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE	II	412	237	282	268	278	358
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	II	191	201	321	360	415	287
HOSPITAL FONTIBON ESE	II	364	126	235	233	258	331
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE	II	477	138	303	191	193	237
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	III	382	299	269	202	173	232
ESE HOSPITAL EL TUNAL	III	367	441	334	243	302	345
ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	III	238	358	329	282	281	333
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	III	366	210	219	184	183	128
ESE HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	III	320	946	675	532	373	337

Fuente: SIHO. 2017

Se precisa que de los valores reconocidos por vigencia en el Nivel I desde el año 2010 hasta el año 2015 tienen en promedio de recaudo del 91%, a diferencia de los Niveles II y III que tienen un recaudo del 52% y 59%.

Ilustración 16. Nivel de Recaudo (Recaudo/Facturación Reconocida)



Fuente: SIHO. 2017

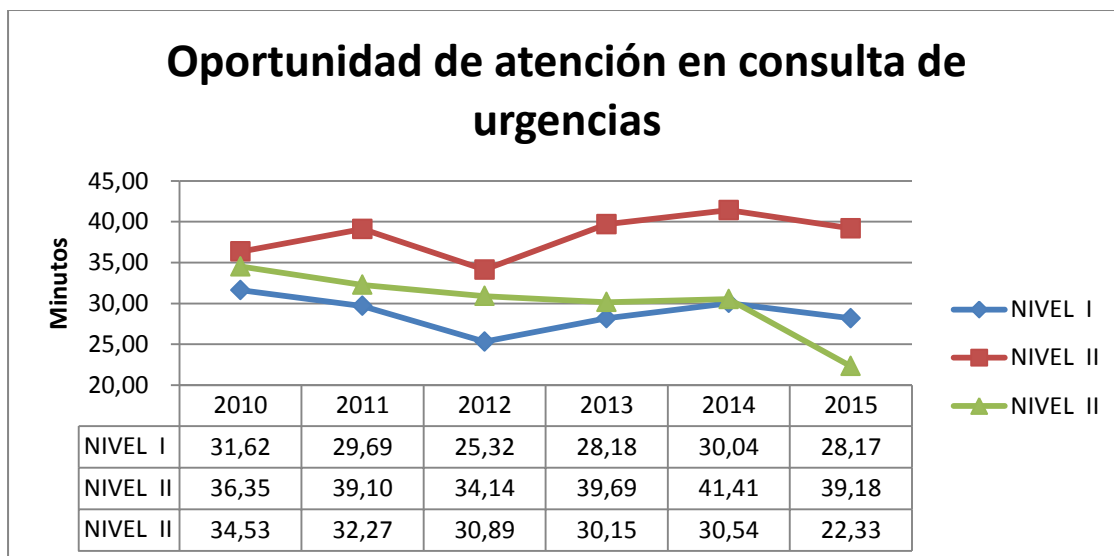
Tal y como se ha mencionado, el giro directo del régimen subsidiado ha beneficiado en mayor proporción a los niveles de baja complejidad, debido a que en la norma se exige que las EPSS realicen giros directos del 100% de la cápita. En cambio para la facturación por concepto de evento, la norma solicita solo mínimo el 50%, lo que implica que a los niveles de mayor complejidad les autorizan una menor proporción de su facturación mensual.

2.1.2. Indicadores de Calidad

Los indicadores que se detallan a continuación fueron seleccionados con base en la Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de en Salud (BNI) del Ministerio de Salud y Protección Social que selecciona índices con base en el consenso de diversos grupos de expertos nacionales en la monitorización de la calidad de la atención en salud.

Estos indicadores fueron realizados con base en la información que los Hospitales Públicos de Bogotá remiten a la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de la Circular Única.

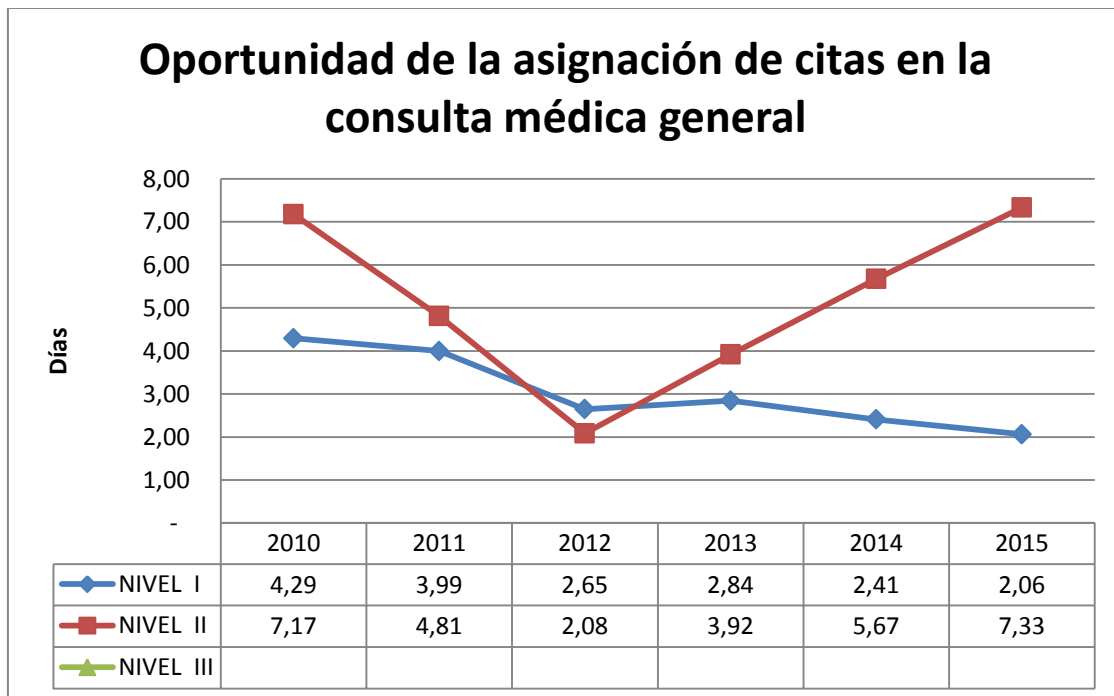
Ilustración 17. Oportunidad de Atención en Consulta de Urgencias por Niveles de Atención



Fuente: Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud. 2017

De acuerdo con la ilustración anterior se puede evidenciar que el Nivel III de atención durante el período analizado ha venido mejorando en la *Oportunidad de atención en consulta de urgencias*, presentando 34,53 minutos al inicio del período hasta llegar al año 2015 a 22,23 minutos; el Nivel II por su parte tuvo mejoras en este indicador, pero a partir del año 2012 incrementa el número de minutos, lo que implica una demora mayor en la atención de consulta de urgencias a los usuarios; Finalmente, el Nivel I es el nivel con el mejor indicador en todos los años vistos, excepto para el año 2015 donde es superado por el Nivel III.

Ilustración 18. Oportunidad de la Asignación de Citas en la Consulta Médica General por Niveles de Atención



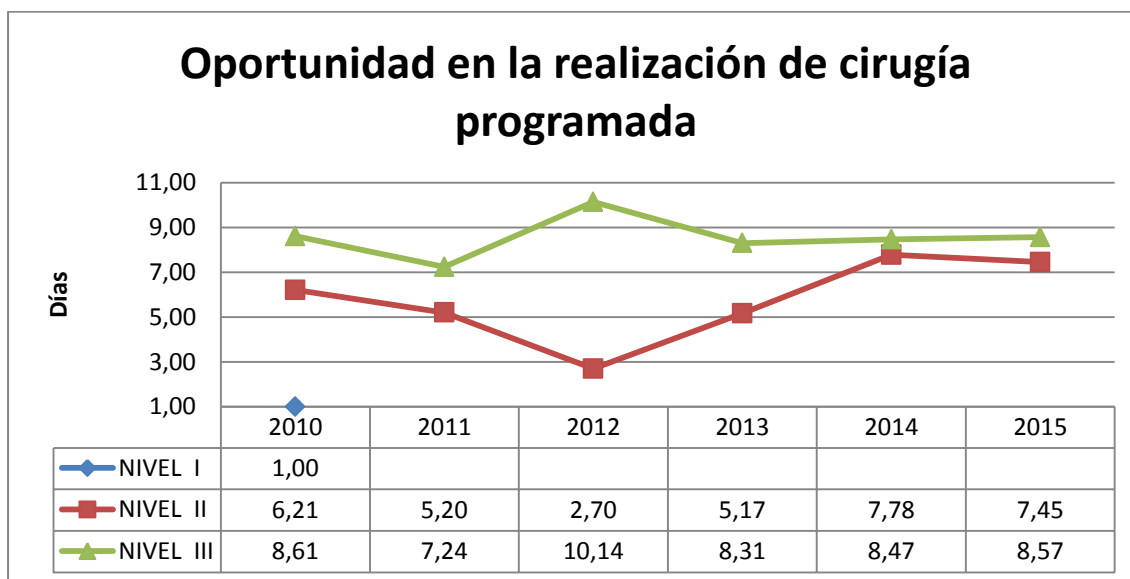
Fuente: Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud. 2017

En esta ilustración se puede evidenciar que el Nivel I presenta un continuo mejoramiento en su indicador, debido a que pasa de tener una *Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general* de 4,29 días en el año 2010 a 2,06 días en el año 2015, es decir, una reducción del 52%. Por otro lado, el Nivel II presenta su indicador más bajo en el año 2012, con una oportunidad de 2,08 días, sin embargo a partir de esa vigencia el indicador presenta un crecimiento lo que evidencia mayor demora en la asignación de citas de este tipo.

Se precisa que en los años 2012 y 2013, el Hospital San Blas II Nivel no reportó este indicador, causando que el promedio para toda la red de II nivel fuera más bajo, puesto que el Hospital a lo largo del período analizado contó con el indicador más alto (52,98 días) sesgando los resultados. El Nivel III no reporta este indicador, dado su nivel de complejidad en los servicios prestados.

En las entidades de recursos humanos para el sector salud se ha señalado que existe poca oferta en la medicina especializada. Esto es realmente preocupante en áreas como pediatría, medicina interna y cirujanos generales, lo que indica que la cantidad de profesionales en el mercado laboral no será suficiente para atender los requerimientos del sistema (F, 2008).

Ilustración 19. Oportunidad en la Realización de Cirugía Programa por Niveles de Atención



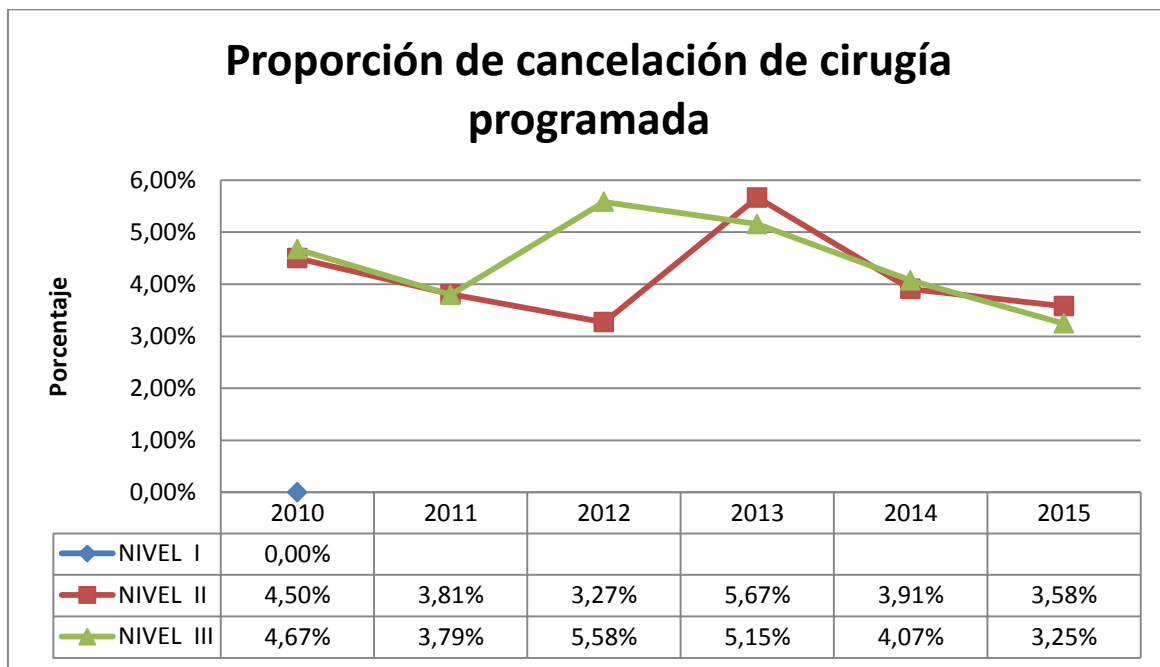
Fuente: Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud. 2017

En el Nivel I, el único prestador que reportó este indicador fue el Hospital de Chapinero, que presenta una *Oportunidad en la realización de cirugía programada* de 1 día para el año 2010, para los siguientes años ningún hospital de I nivel reportan este indicador, toda vez que no es un área de su competencia; el Nivel II entre el período 2010 a 2012 presenta un avance en este indicador pasando de 6,21 días a 2,70 días, pero a partir de ese año se vuelve a incrementar lo que implica un deterioro en la oportunidad de la

realización de la cirugía, finalmente en el año 2015 vuelve a reducirse el número de días llegando a 7,45; el Nivel III por su lado, a partir del año 2012 presenta una disminución en el número de días con un leve crecimiento en el año 2015 con respecto al año inmediatamente anterior, pero con respecto al año inicial este indicador mejoró en un 0.46%.

Se precisa que el indicador *Proporción de cancelación de cirugía programada* no tiene en cuenta los pacientes que no se presentan a la cirugía ni los pacientes con afección respiratoria, lo que se traduce en que las cancelaciones de estas cirugías son responsabilidad del prestador posiblemente a causa de falta de insumos medico quirúrgicos o personal.

Ilustración 20. Proporción de Cancelación de Cirugía Programada por Niveles de Atención



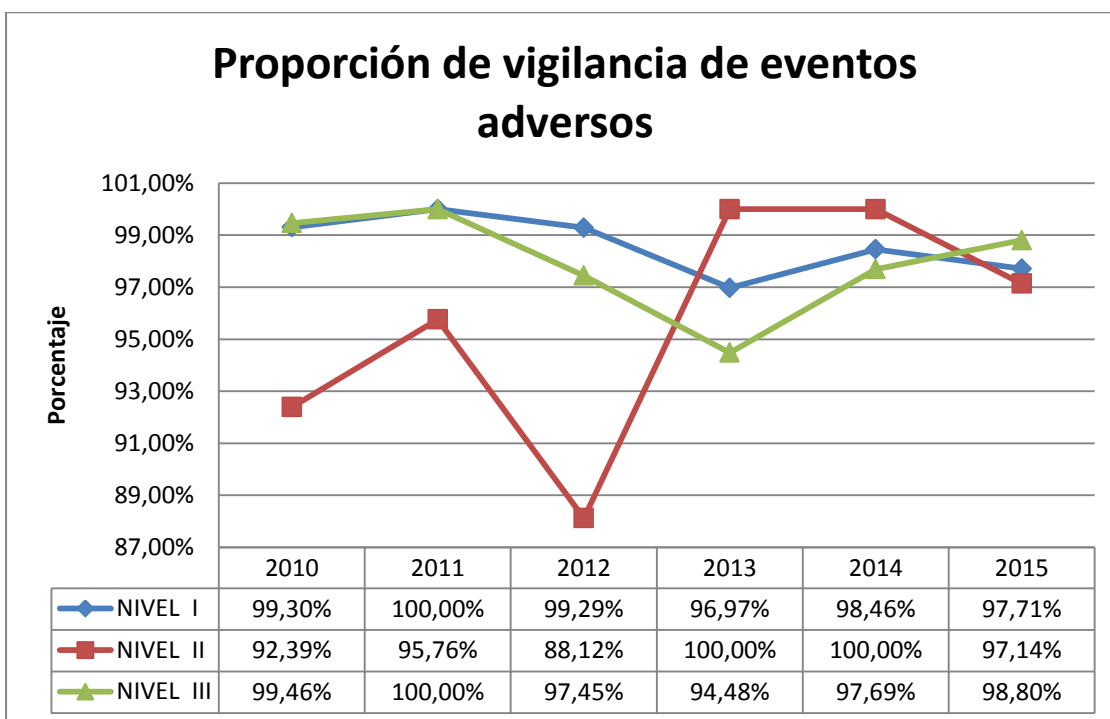
Fuente: Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud. 2017

En el Nivel I se presentó el mejor indicador para el año 2010 con 0% de *Cancelación de cirugía programada*, este indicador solo fue reportado por el Hospital de Chapinero en esa vigencia, sin embargo, se precisa este indicador no aplica para la red de baja complejidad dado que no es de su competencia realizar cirugías; El Nivel II presenta un progreso en este indicador, excepto para el año 2013 donde el porcentaje tuvo un valor del 5,67%; y el Nivel III muestra una reducción en el porcentaje de cancelación de

cirugías programadas, excepto en el año 2012, lo que equivale a un avance en este indicador. Para el año 2015 el porcentaje de cancelación de las cirugías se redujo en un 31% con respecto al año 2010.

Los Eventos Adversos de acuerdo con la definición dada por el Ministerio de Salud y Protección Social son “*lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles*”.

Ilustración 21. Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos por Niveles de Atención



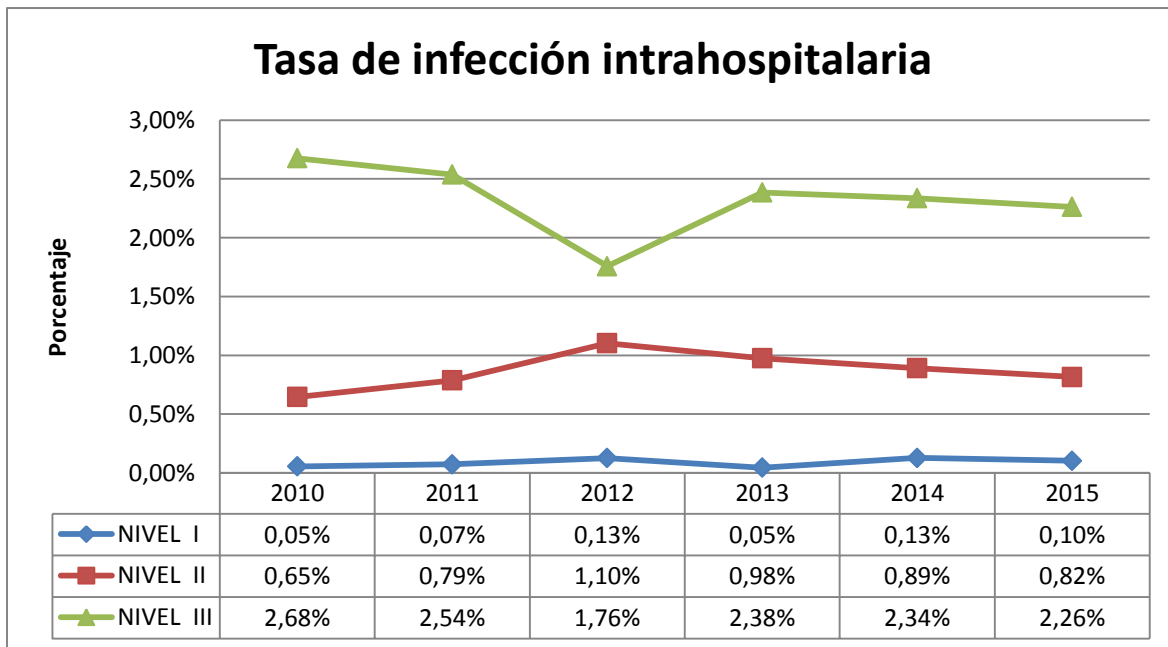
Fuente: Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud. 2017

De acuerdo con esta ilustración, todos los niveles de complejidad muestran un alto porcentaje de *Vigilancia de eventos adversos*. En el Nivel II el porcentaje más bajo se evidenció en el año 2012, vigencia en la cual estuvo por debajo del 90%, sin embargo para los demás años este nivel muestra, altos índices de vigilancia. Para los Niveles I y III

este índice está por encima del 95% en todo el período analizado, excepto en el año 2013 donde el Nivel III presentó un 94,48% de vigilancia.

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico Distrital del 2007 “*las infecciones intrahospitalarias (IIH) son complicaciones que por definición no estaban presentes ni en incubación en el momento de la admisión de los pacientes. Su presencia ocasiona el aumento de la morbilidad y la mortalidad e incrementa los costos ocasionados por el diagnóstico*”. Por lo tanto, este indicador⁵⁵ es bastante importante para identificar la eficiencia de los prestadores de servicios de salud en sus procesos de control de las infecciones intrahospitalarias, sus políticas de esterilización, desinfección y prevención de enfermedades infecciosas a través de la destrucción de gérmenes.

Ilustración 22. Tasa de Infección Intrahospitalaria por Niveles de Atención



Fuente: Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud. 2017

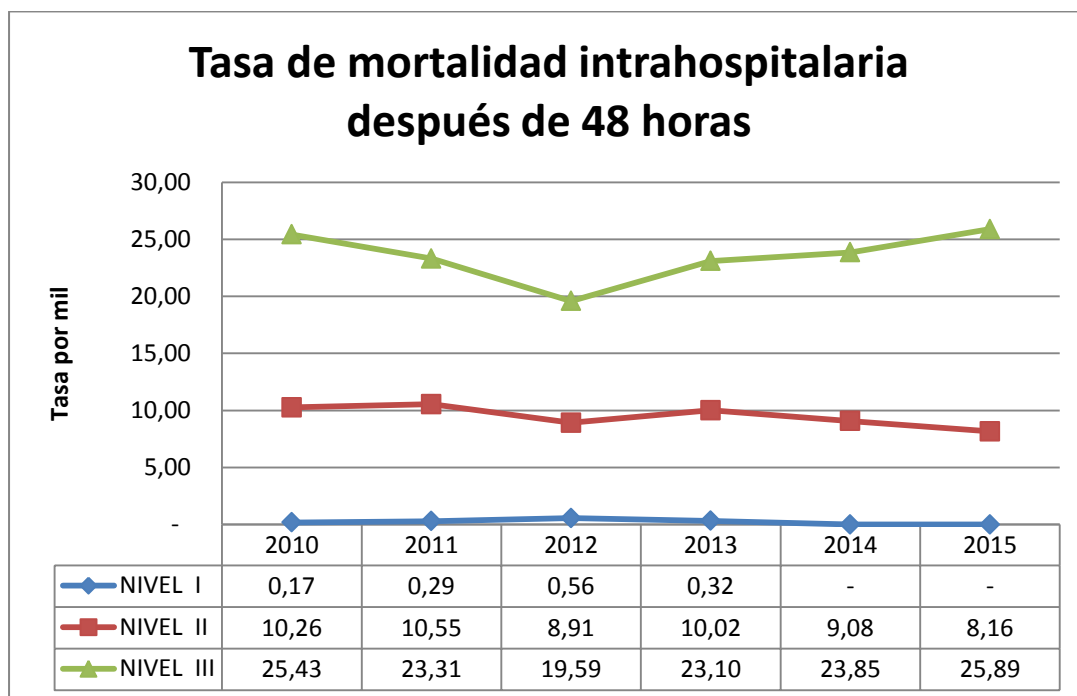
De acuerdo con la ilustración anterior, el Nivel I es el que presenta menor porcentaje, es decir, los hospitales de esta categoría tienen el mejor indicador respecto a los otros

⁵⁵ La tasa de infección intrahospitalaria: se obtiene de la relación porcentual entre el número total de pacientes con infección nosocomial, es decir, aquella que aparece 48 horas después del ingreso, dividido por el número total de pacientes hospitalizados.

niveles de atención; el Nivel II tiene una tendencia decreciente a partir del año 2012, vigencia en la cual presentó el mayor indicador con 1,10%; y el Nivel III entre el período de 2013 a 2015 tiene un comportamiento decreciente, aunque es el Nivel con mayor tasa de infección intrahospitalaria en todo el período analizado.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria es propuesto como un indicador de calidad asistencial y constituye un instrumento para la investigación clínica y epidemiológica para conocer los problemas de salud de la población y evaluar los procesos de calidad asistencial (García C, 1997).

Ilustración 23. Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria Después de 48 Horas por Niveles de Atención



Fuente: Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud. 2017

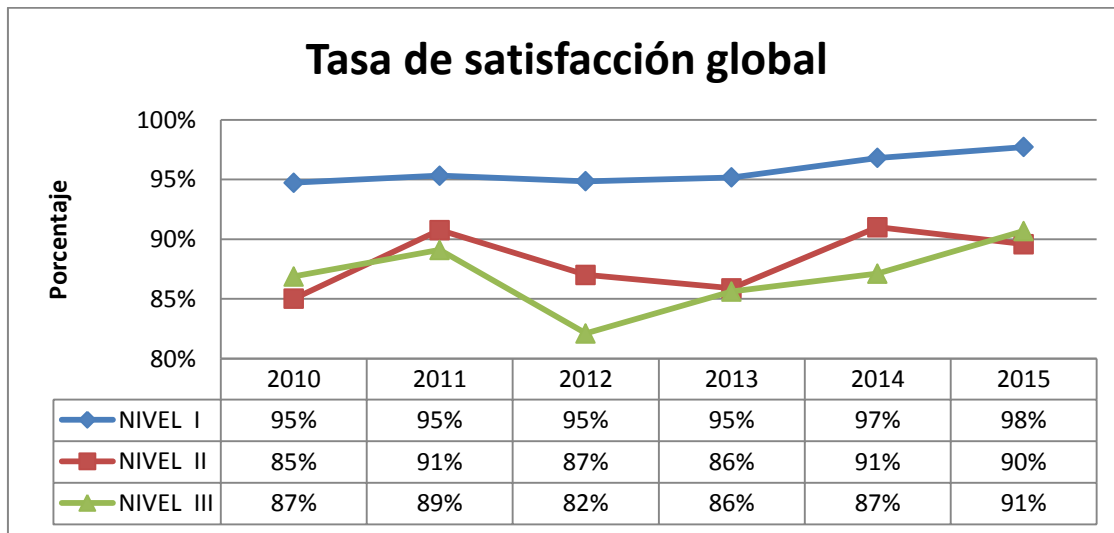
De acuerdo esta Ilustración, el Nivel I tiene el indicador más bajo y pasó de 0,17 pacientes fallecidos por cada mil a cero en el 2015, sin embargo se precisa que la disminución de la mortalidad por sí solo no es un indicativo de peor o mejor calidad, debido a que este indicador está vinculado a la decisión del enfermo o no, la atención a

consultas externas o la posibilidad de desviación a otros centros hospitalarios (García C, 1997).

El Nivel II presenta un comportamiento decreciente durante los años 2013 al 2015, asimismo se precisa que existe una reducción en el año 2015 del 20% con respecto al año 2010. Y el Nivel III, es la red que cuenta con los mayores índices, con un promedio durante el período de análisis de 23,53. Sin embargo, esto puede ser dado debido a que en los hospitales de mayor complejidad es dónde los usuarios con mayor riesgo acuden.

La *tasa de satisfacción global* indica el número de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS sobre el total de los pacientes encuestados. Puede evidenciarse que el Nivel I es la red con el mayor porcentaje de usuarios satisfechos, con un promedio del 96%; el Nivel II y Nivel III tienen un porcentaje de satisfacción un poco menor, pero en el año 2015 presentaron un aumento en la satisfacción del 5% y 4% respectivamente con respecto al año 2010.

Ilustración 24. Tasa de Satisfacción Global por Niveles de Atención



Fuente: Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud. 2017

De acuerdo con la ilustración anterior, se muestra que los usuarios están más satisfechos en el año 2015 que cinco años atrás, debido a que en todos los niveles este indicador tuvo mayores porcentajes para el último año de análisis.

Finalmente, se indica que de acuerdo con las encuestas realizadas a las IPS, tal y como se verá más adelante, se manifiesta que los indicadores de calidad se ven afectados cuando existe total insolvencia por parte de la institución prestadora de servicios de salud.

2.2. Opinión de los Actores

Con el fin de tener la percepción de los diferentes actores involucrados en la medida implementada por el Gobierno Nacional del giro directo del régimen subsidiado, se realizaron 4 tipos de encuesta:

- Para hospitales
- Para EPS
- Para el Ministerio de Salud y Protección Social
- Y Para los Organismos de Control.

Todas las encuestas fueron realizadas a personas que lideran el tema de cartera y giro directo en la entidad.

2.2.1. Encuestas IPS

Las encuestas se realizaron a hospitales de todos los niveles de atención con el fin de conocer la opinión que tiene cada uno de ellos frente a la política implementada del giro directo en el régimen subsidiado. Los hospitales encuestados fueron los siguientes:

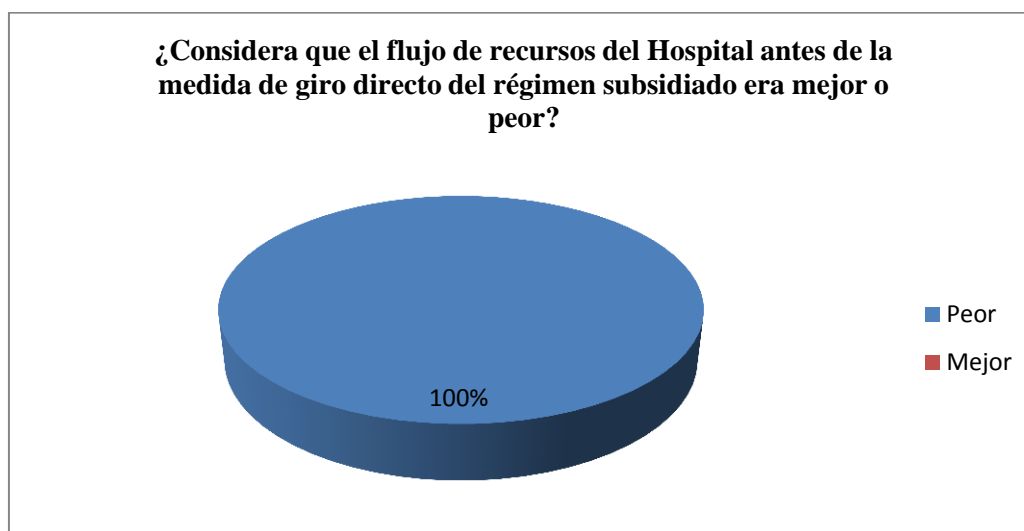
Tabla 9. IPS Encuestadas

ENTIDAD	NIVEL DE ATENCIÓN
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	I
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	II
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	II
HOSPITAL FONTIBON ESE	II
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	III
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	III

A la pregunta *¿Considera que el flujo de recursos del Hospital antes de la medida de giro directo del régimen subsidiado era mejor o peor?* El 100% de los hospitales dijeron que el

modelo de flujo de recursos anterior al del giro directo del régimen subsidiado reglamentado con la Ley 1438 de 2011 era peor.

Ilustración 25. Encuesta IPS - Percepción Modelo Flujo de los Recursos Anterior



Para lo cual la mayoría de los encuestados indican que antes del giro directo el flujo de recursos desde las EPSS hacia los hospitales no era constante, es decir, el recaudo mensual era incierto y demorado, situación que puede ser evidenciada al ver el indicador de rotación de cartera analizado (Ver Ilustración 14).

Respecto a *¿Qué porcentaje de la facturación total representa el régimen subsidiado en su entidad?* Las entidades respondieron:

Tabla 10. Encuesta IPS - Porcentaje de Facturación del RS

ENTIDAD	RESPUESTA
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	90%
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	80%
HOSPITAL FONTIBON ESE	80%
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	72%
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	70%
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	68%

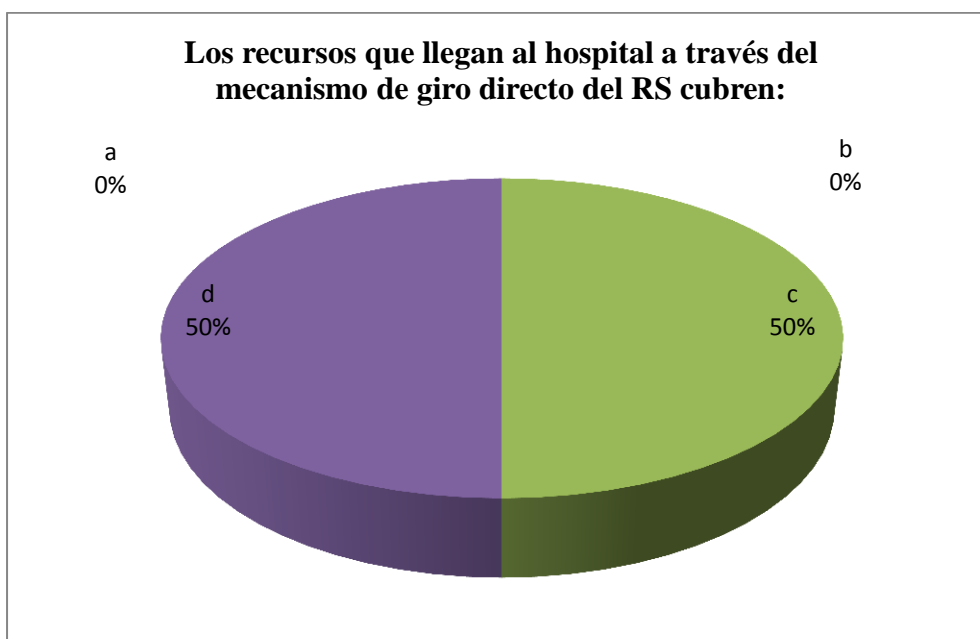
Tal y como se observa en el cuadro anterior, la facturación del régimen subsidiado en la mayoría de las entidades supera el 70%. Lo que implica que la venta de servicios por la

atención a los afiliados a este régimen es fundamental para su operación. Es importante mencionar que la Ley 1122 de 2007 estableció que las EPS del régimen subsidiado deben contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con hospitales públicos.

Cuando se les pregunto a las entidades si “*los recursos que llegan al hospital a través del mecanismo de giro directo del RS cubren:*”

- a) *Entre el 90% y 100% de la facturación del RS*
- b) *Entre el 70% y 89% de la facturación del RS*
- c) *Entre el 50% y 69% de la facturación del RS*
- d) *Menos del 50% de la facturación del RS*

Ilustración 26. Encuesta IPS – Porcentaje de Pago por parte de las EPSS

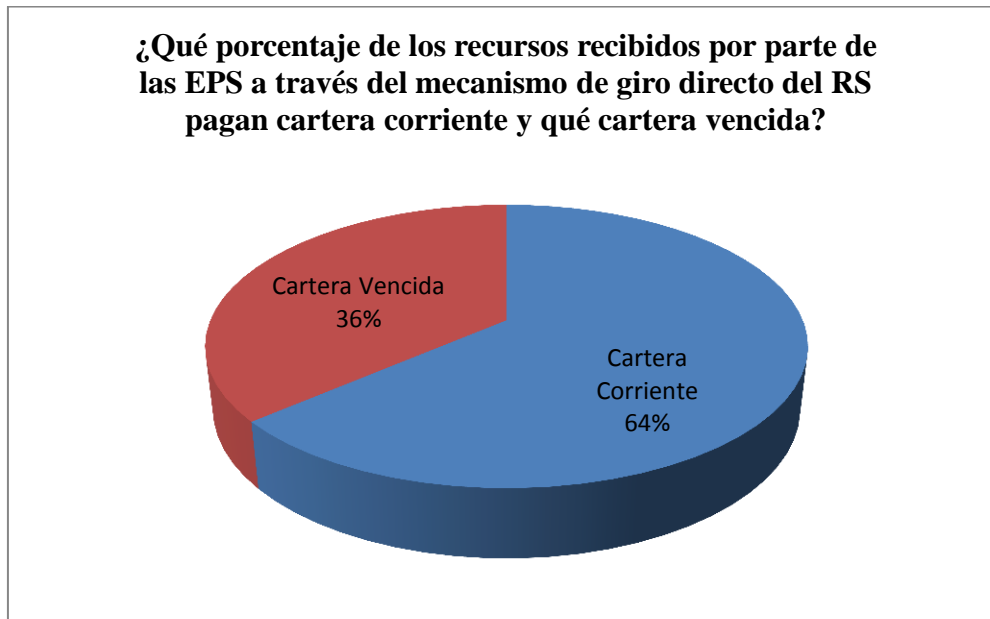


El 50% respondió que el giro cubre menos del 50% de la facturación del RS y el otro 50% informa que entre el 50% y 69%.

Como se mencionó en el análisis de indicadores financieros, la cartera superior a un año de la red pública de Bogotá para la vigencia 2016 tuvo una participación del 47%, lo que coloca en riesgo operacional a las entidades, debido a que esta cartera se vuelve de difícil cobro y genera mayores costos administrativos por parte de las IPS para efectuar el recaudo de la misma.

A las preguntas ¿Qué porcentaje de los recursos recibidos por parte de las EPS a través del mecanismo de giro directo del RS pagan cartera corriente? y ¿Qué porcentaje de los recursos recibidos por parte de las EPS a través del mecanismo de giro directo del RS pagan cartera vencida?:

Ilustración 27. Encuesta IPS – Cartera Corriente Vs. Cartera Vencida



En promedio, los prestadores expresaron que el giro directo percibido es para cubrir 64% de la cartera corriente⁵⁶ y 36% de la cartera vencida⁵⁷.

Lo anterior, va en contravía del objetivo del giro directo que establece que este mecanismo es para pagar cartera corriente. Sin embargo como se mostró en esta investigación, la cartera de la red hospitalaria ha estado creciendo constantemente y envejeciendo.

Además, el 100% de los encuestados manifestaron que el giro directo no es suficiente para cubrir la atención mensual de los afiliados a este régimen e informaron que las EPS que habitualmente pagan cartera vencida son: Capital Salud, Cafesalud, Comfacundi, Ecoopsos y Mutual Ser.

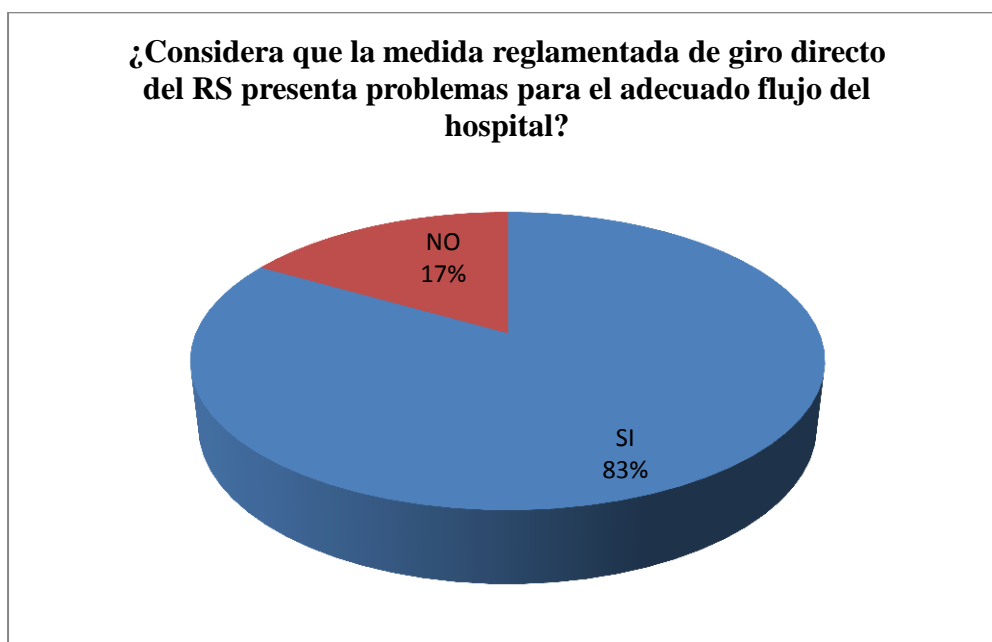
⁵⁶ Cartera Corriente: Inferior a 90 días después de la fecha de radicación.

⁵⁷ Cartera Vencida: Superior a 90 días después de la fecha de radicación.

Al indagar a las entidades si *¿Las EPS realizan pagos al hospital bajo una modalidad diferente a la del giro directo del RS?* El 100% de los encuestados dijeron que si, informando que son recursos de tesorería y recursos cedidos al Distrito. Sin embargo, estos recursos no superan el 10% del total del dinero que llega a los hospitales.

Se les preguntó si *¿Considera que la medida reglamentada de giro directo del RS presenta problemas para el adecuado flujo del hospital?* El 83% de los encuestados respondieron que si.

Ilustración 28. Encuesta IPS – Problemas en el Flujo de Recursos



Las IPS públicas en su mayoría manifestaron que aunque el giro directo ha ayudado al flujo de recursos de los hospitales permitiéndoles contar con una programación fija de giro mensual para el pago de sus proveedores y mano de obra, este no ha sido suficiente debido a que las EPS no cumplen con los porcentajes de pago establecidos en la normatividad vigente⁵⁸, no ordenan los pagos de los valores radicados en meses

⁵⁸ Las EPS deben autorizar mensualmente mínimo el 50% de la facturación radicada por evento y 100% de la cápita

anteriores no sujetos a glosa⁵⁹ aumentando la cartera vencida y a su vez ni el Ministerio de Salud y Protección Social ni los órganos de control realizan el debido seguimiento al cumplimiento de estos pagos.

Esta situación impacta negativamente la sostenibilidad financiera de los hospitales, debido a que si no existe un recaudo consistente con la venta de servicios, existirá un punto de insolvencia, afectando también la calidad de los servicios prestados.

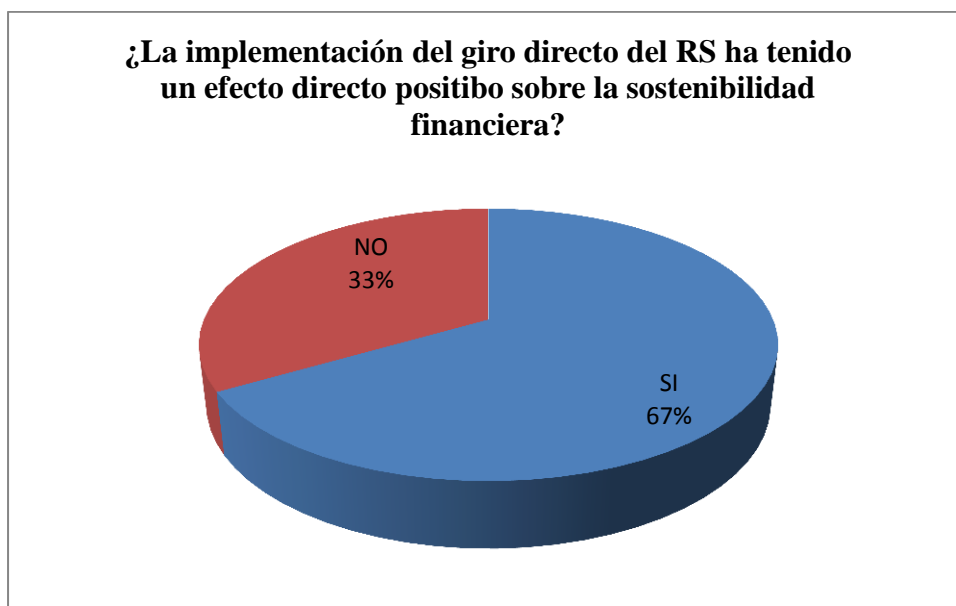
A las IPS se les solicitó *¿Qué recomendación o recomendaciones le haría al Gobierno Nacional para mejorar la medida implementada del giro directo del RS?* A lo cual los Hospitales indicaron lo siguiente:

- El Ministerio de Salud y Protección Social y los órganos de control deberían realizar un mayor seguimiento al giro directo autorizado por parte de las EPSS, controlando que el valor girado sea consistente con la facturación radicada por parte de las IPS.
- Algunos hospitales proponen que no deberían existir intermediarios para los pagos sino que tanto la auditoría como los giros deberían ser más centralizados.

A la pregunta *¿La implementación del giro directo del RS ha tenido un efecto positivo directo sobre la sostenibilidad financiera?* El 67% de los hospitales respondieron que SI y el restante que NO

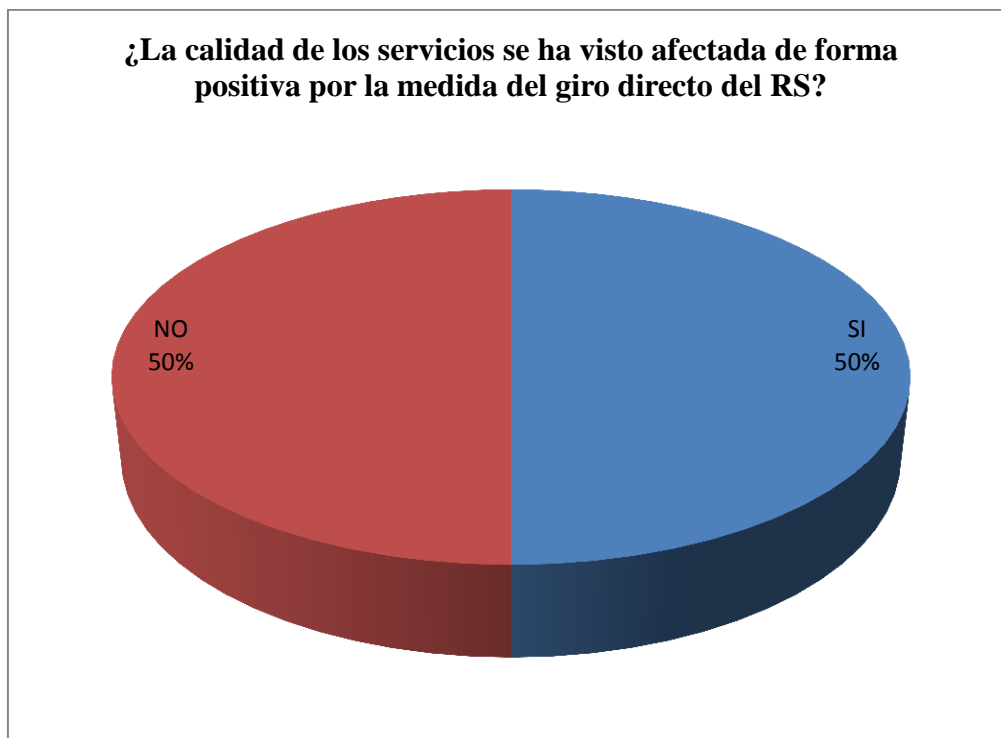
⁵⁹ De acuerdo con la definición dada por el Ministerio de Salud es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Ilustración 29. Encuesta IPS – Efectos del Giro Directo en la Sostenibilidad Financiera



El porcentaje de los encuestados que manifestó que SI indican que con el giro directo se puede tener certeza de los pagos mínimos lo que ayuda a realizar una programación de pagos a proveedores y mano de obra. Sin embargo, lo que respondieron que NO a esta pregunta, informan que el valor girado a las IPS ha sido el mismo antes y después del giro directo, lo que ha cambiado es la oportunidad y constancia con la que se reciben los pagos.

Cuando se les indago sobre si *¿La calidad de los servicios se ha visto afectada por la medida del giro directo del RS?* La mitad de los encuestados respondió que SI y la otra mitad que NO.

Ilustración 30. Encuesta IPS – Efectos del Giro Directo en la Calidad del Servicio

De acuerdo con las respuestas reportadas por las entidades que dijeron que SI a este pregunta, indican que la constancia y estabilidad de los giros permite mantener estables los servicios de salud prestados a la población. Sin embargo, los que respondieron que NO, informan que la calidad de los servicios solo se ve afectada cuando los recursos recibidos no sean suficientes para pagar la operación básica del hospital.

Se les indagó a las IPS sobre *¿Qué malas prácticas ha evidenciado con el giro directo?* A lo que respondieron los prestadores lo siguiente:

- Las EPS no cumplen autorizando pagos a la red con los porcentajes definidos en la norma, es decir, 100% de la contratación por cápita y mínimo el 50% de la contratación por evento.
- Las entidades promotoras de salud no envían los soportes de pago a los prestadores para poder descargar la cartera, lo que impide tener una información actualizada de los estados de deuda.
- Las EPS incluyen pagos de cartera vencida, cuando la norma ha establecido que la medida de giro directo es para pagar cartera corriente.

2.2.2. Encuesta EPS

En esta investigación se encuestó a las personas que lideran el tema de cartera y giro directo en las dos EPS más grandes del régimen subsidiado que operan en la ciudad de Bogotá, que son Capital Salud y Comfacundi, las cuales en la vigencia 2016 tuvieron el 80% y el 9% respectivamente de los afiliados a este régimen en el Distrito.

A la pregunta *¿Considera que el flujo de recursos hacia los Hospitales antes de la medida de giro directo del régimen subsidiado era mejor o peor?* Las EPS respondieron que desde que se implementó esta medida es mejor porque la red ya sabe que va a recibir sus recursos mensualmente de cápita y evento.

Como se pudo ver en la Ilustración 1 existen diferenciales en el valor de la UPC del régimen subsidiado y contributivo a pesar que existe unificación de los planes de beneficios en los dos regímenes.

También se les preguntó si *¿Considera que los recursos asignados por Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado a la EPS son suficientes para cubrir la facturación mensual radicada por los hospitales públicos de Bogotá por concepto de la atención a los afiliados al RS?* Las dos EPS respondieron que la UPC no es suficiente para cubrir los costos a la población afiliada al régimen subsidiado lo que ocasiona pérdidas que se ven reflejadas en los estados financieros.

Se indagó sobre *¿Qué porcentaje de los pagos realizados a los hospitales públicos de Bogotá a través del mecanismo de giro directo del RS pagan cartera corriente?* y *¿Qué porcentaje de los pagos realizados a los hospitales públicos de Bogotá a través del mecanismo de giro directo del RS pagan cartera vencida?* A lo que las EPS respondieron que solo pagan cartera corriente y que el pago de cartera vencida se da solo cuando el nivel de glosa es alto, respuesta contraria a la dada por parte de los prestadores quienes informan que los pagos de cartera corriente son inferiores al 69%.

Se les interrogó si *¿Su EPS realiza pagos a los hospitales públicos de Bogotá bajo una modalidad diferente a la del giro directo del RS?* La respuesta fue positiva para el 100% de las EPS encuestadas, quienes indican que los otros pagos son realizados a través de

tesorería o cesión de crédito con la Secretaría Distrital. Comfacundi informa que estos giros son el 50% del valor de la UPC y Capital Salud responde que es el 15%.

A la pregunta *¿Considera que la medida reglamentada de giro directo del RS presenta problemas para el adecuado flujo de los hospitales?* El 50% de las entidades encuestadas informan que NO existen problemas y el otro 50% responde que SI; Capital Salud manifiesta que los tiempos ante el Ministerio para autorizar la información de giro directo no son consistentes con los tiempos de radicación que tienen los prestadores, quedando facturas sin poder incluir en los pagos.

Se les inquirió sobre *¿Qué recomendación o recomendaciones le haría al Gobierno Nacional para mejorar la medida implementada del giro directo del RS?* Las EPS informan:

- Incluir más entidades, debido a que actualmente no están incluidos todos los prestadores de servicios de salud.
- Mejorar los tiempos de entrega de la información de autorización de giro para cumplir con los porcentajes de pago requeridos por norma.

Sobre la consulta *¿Considera que la implementación del giro directo del RS ha mejorado la relación contractual entre las EPS y los hospitales públicos de Bogotá?* 1 de las EPS encuestadas informa que SI porque los prestadores ya tienen más confianza en la entidad responsable de pago y cumplen con la atención a los usuarios. Y la otra EPS informa que NO, debido a que no pueden cumplir con los porcentajes de giro autorizando el 100% de la cápita y mínimo el 50% del evento porque los tiempos son insuficientes.

A la pregunta *¿La calidad de los servicios prestada por la red de hospitales públicos de Bogotá se ha visto afectada por la medida del giro directo del RS?* Las dos EPS encuestadas responden que NO porque el flujo de los recursos no afecta la calidad de los servicios y adicionalmente porque los prestadores ya tienen certeza del monto girado mensualmente.

Se indagó sobre *¿Qué malas prácticas ha evidenciado con el giro directo?* Las EPS informan que frente a la operación del giro efectuado no evidencian malas prácticas.

2.2.3. Encuesta Ministerio de Salud y Protección Social

Se entrevistó a la persona que lidera el proceso de giro directo en el Ministerio de Salud y Protección Social.

A la pregunta *¿Considera que el flujo de recursos hacia los Hospitales antes de la medida de giro directo del régimen subsidiado era mejor o peor?* La entidad informa que antes era peor porque las EPS no efectuaban giros a la red de forma regular. Adicionalmente, no se realizaba seguimiento a estas entidades sobre el flujo de los recursos.

Referente a si *¿Considera que la medida reglamentada de giro directo del RS presenta problemas para el adecuado flujo de los hospitales?* El Ministerio responde que no.

¿Qué recomendación o recomendaciones haría para mejorar la medida implementada del giro directo del RS? La entidad responde:

- El Ministerio debería retener los recursos a las EPS hasta tanto la programación del giro directo a los prestadores cumpla con los porcentajes establecidos en la norma.
- La Superintendencia debería iniciar procesos de seguimiento y control con las EPS por incumplimiento de la aplicación del giro directo.

A la consulta *¿Considera que la implementación del giro directo del RS ha mejorado la relación contractual entre las EPS y los hospitales públicos de Bogotá?* El Ministerio responde que SI, porque debido al seguimiento realizado del giro directo, se ha mejorado el hábito de pago lo que mejora la relación contractual. De esta forma se realiza una mejor y oportuna prestación del servicio por parte del prestador.

A la solicitud de saber si *¿La calidad de los servicios prestada por la red de hospitales públicos de Bogotá se ha visto afectada por la medida del giro directo del RS?* El ente responde que SI, dado que si la IPS no recibe los recursos esto genera mora con sus proveedores, afectando la calidad y oportunidad en el servicio.

Referente a *¿Qué malas prácticas ha evidenciado con el giro directo?* Esta entidad responde:

- Se evidencia que la mayor contratación es con la red privada a pesar que la norma establece que la mayor contratación debe ser con la red pública⁶⁰.
- Cuando las EPS no tienen buen hábito de pago con un prestador, cancelan los servicios con esta IPS y contratan con otra, pero no cancelan de manera oportuna los recursos pendientes de pago.
- Ni las IPS ni las EPS realizan el descargue de las facturas canceladas, lo que ha generado una sobrevaloración de la cartera.

2.2.4. Encuesta Órganos de Control

La encuesta fue realizada a dos personas que trabajan actualmente en la Superintendencia Nacional de Salud, una de ellas lideró el proceso de giro directo en la Dirección de Administración de Fondos del Ministerio de Salud y Protección Social cuando inició esta medida de política y la otra persona participa en las mesas de saneamiento y conciliaciones de cartera que se realizan a nivel nacional.

A la cuestión *¿Considera que el flujo de recursos hacia los Hospitales antes de la medida de giro directo del régimen subsidiado era mejor o peor?* Los encuestados responden que era peor porque el flujo de recursos tenía varios intermediarios lo que resultaba en pagos más demorados hacia las IPS, generando aumentos en la cartera.

Referente a si *¿Considera que la medida reglamentada de giro directo del RS presenta problemas para el adecuado flujo de los hospitales?* Los encuestados informan que NO.

Frente a *¿Qué recomendación o recomendaciones le haría al Gobierno Nacional para mejorar la medida implementada del giro directo del RS?* Las personas responden:

- Hacer un seguimiento a la afectación de facturas pagadas con el giro directo, debido a que las EPS no informan de forma oportuna las facturas a las cuales se les debe aplicar el giro directo, causando que la red tengan en su contabilidad muchos anticipos, los cuales no pueden ser descargados de la cartera.

⁶⁰ La Ley 1122 de 2007 establece que las EPS del régimen subsidiado deben contratar mínimo el 60% con las Empresas Sociales del Estado – ESE.

- Girar a través de este mecanismo todas las fuentes de financiación del régimen subsidiado a las IPS y así tener un control total de todos los recursos.

Respecto a si *¿Considera que la implementación del giro directo del RS ha mejorado la relación contractual entre las EPS y los hospitales públicos de Bogotá?* Los encuestados responden que SI, debido a que el objetivo es mejorar el flujo de recursos hacia los prestadores, con esto las IPS tiene un amparo legal para hacer cumplir el giro de recursos, lo que implica que también debe mejorar la relación contractual.

Frente a la duda de si *¿La calidad de los servicios prestada por la red de hospitales públicos de Bogotá se ha visto afectada por la medida del giro directo del RS?* La entidad responde que se ve afectada positivamente, debido a que a partir de un mejor flujo de recursos hacia las IPS han garantizado más integralidad y amplitud en los servicios que ofrecen.

Finalmente, al interrogante sobre *¿Qué malas prácticas ha evidenciado con el giro directo?* Manifiestan:

- Las EPS no informan a la red sobre la afectación de las facturas que debe hacerse con los pagos efectuados a través del giro directo.
- Algunas EPS demoran los procesos de radicación, generando que los giros a través de esta medida sean para pagar cartera no corriente.
- Algunas EPS manifiestan que el incumplimiento de los porcentajes de giro directo se deben a que existen pagos adicionales a través de tesorería o cesiones de crédito.

3. Conclusiones y Recomendaciones

3.1. Conclusiones

Uno de los problemas que tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS es la crisis hospitalaria. Por lo tanto, en esta investigación se buscó establecer los efectos del giro directo del régimen subsidiado en los hospitales públicos de Bogotá para superar los problemas financieros de estas instituciones. Es preciso señalar que mediante este modelo de flujo de recursos se han distribuido en promedio desde el año 2012 al 2016 el 67,07% del valor total de la UPC a todas las IPS del país, es decir, que este es el principal mecanismo por el cual la red prestadora de servicios de salud recibe pagos por los servicios prestados por concepto de atenciones a los afiliados al régimen subsidiado.

En el desarrollo de esta tesis se realizó un análisis del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia con el fin de evidenciar el diseño del flujo de los recursos en los dos regímenes, los problemas del sector salud y las reformas y políticas implementadas desde el Gobierno Nacional para solucionar los problemas financieros de las IPS.

En esta medida se examinaron los indicadores financieros y de calidad de cada una de las 22 IPS de Bogotá con el fin de establecer los efectos que ha tenido la medida de giro directo en el régimen subsidiado sobre la red pública del Distrito.

Con el objetivo de conocer la percepción que tienen estas entidades frente al giro directo del régimen subsidiado establecido para agilizar el flujo de recursos hacia los hospitales, se encuestaron a varios actores del sector salud, tanto hospitales como EPSS, profesionales del Ministerio de Salud y de los entes de control.

Entre los principales resultados de este trabajo está que:

- El giro directo del régimen subsidiado si ha contribuido a agilizar el flujo de los recursos hacia la red prestadora de servicios de salud, teniendo en cuenta que el

modelo actual transfiere desde el nivel central el mayor porcentaje de los recursos que financian el régimen hacia las IPS mensualmente.

De manera adicional, contribuyó a romper el ciclo que existía con el modelo de flujo de recursos anterior, el cual estimulaba a las EPS a retener los recursos financieros el mayor tiempo posible para poder apropiarse de los rendimientos financieros que se generaban.

- Aunque los indicadores financieros analizados de liquidez y de solvencia de los hospitales públicos de Bogotá han mejorado su comportamiento en el año 2015 con respecto al año 2010 (antes de implementada la medida de giro directo del RS), existen hospitales especialmente del segundo y tercer nivel que no han visto efectos positivos en sus índices sino que por el contrario han desmejorado.

Esto puede ser explicado porque desde implementada la norma del giro directo se estableció que las EPSS deben autorizar el 100% de la cápita, lo que corresponde principalmente a contratos con la red de baja complejidad, y mínimo el 50% de la facturación de evento, servicios prestados en su mayoría por los niveles de alta y mediana complejidad. En consecuencia, el otro 50% de facturación radicada por evento no tiene una fecha cierta de pago.

- No obstante que los indicadores de calidad analizados en su mayoría han mejorado durante el período analizado, lo que en parte puede ser explicado por un mayor recaudo y oportunidad en el flujo de los recursos, existen indicadores tales como *Oportunidad en la Asignación de Citas de Medicina General y de Cirugías Programadas* las cuales han desmejorado. Lo que da cuenta de la falta de especialistas en el sector y de la precariedad laboral que sufre el personal de los prestadores de servicios de salud.

3.2. Recomendaciones

Entre las recomendaciones que se pueden hacer se encuentran:

- Hacer un seguimiento más efectivo de los recursos girados a las IPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y los demás entes de control, con el fin que el valor de la venta de los servicios prestados sean consistentes con el recaudo efectivo.
- Así mismo, sería pertinente exigir porcentajes de pago más altos a través de este mecanismo de giro directo, lo que le permitiría al prestador contar con los recursos suficientes para su operación mensual.
- Actualmente las EPSS envían ante el Ministerio de Salud y Protección Social la relación de las IPS a las cuales se les debe realizar el giro directo junto con el detalle de la facturación a tener en cuenta para la aplicación de estos pagos. Esta información es publicada en la página web del Ministerio.

Sin embargo, en las encuestas realizadas a los prestadores informaron que existen entidades promotoras de salud que solicitan a la red no tener en cuenta el detalle de esas facturas, lo que genera traumatismos y demoras para el descargue contable de esa información.

Por lo tanto, se recomienda al Ministerio de Salud y Protección Social y a los entes de control exigir a las EPSS no distorsionar la información de los pagos aplicados mediante el giro directo porque esto genera dificultades para que la red tenga una cartera actualizada y depurada.

Bibliografía

Ardón, N. (2010). Voces críticas desde la academia sobre la emergencia social en salud. *Cuadernos del Doctorado No. 13*, 232.

Banco Mundial. (1993). *World Development Report*. Oxford University.

Bárcena, A. y Prado, A. (2015). Neoestructuralismo y corrientes heterodoxas en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. Libros de la CEPAL, N° 132 (LC/G.2633-P/Rev.1). Santiago de Chile.

Barrientos, A. y Santibañez, C. (2009). *New Forms of Social Assistance and the Evolution of Social Protection in Latin America*. Cambridge University.

Batifoulier, P. y Domin, P. (2015). *Economie Politique de la Sante: Un exemple exemplaire*.

Castaño, R. y Zambrano, A. (2005). ¿Hay selección sesgada al interior del Régimen Contributivo?. *Vía Salud*.31.

Conway, T., Norton, A. & Haan (2000). *Social Protection: New Directions of Donor Agencies*.

Dávila, C. y Rueda, A. (2013). Tesis de Maestría: La Competencia en el Modelo de Aseguramiento en Salud en Colombia. *Universidad Externado de Colombia*.

Defensoría del Pueblo. (2015). *La Tutela y los Derechos a la Salud y a la Seguridad Social 2014*.

Franco, C. (2015). Tesis de Maestría: Recobros: Quién se beneficia y quién no?. *Universidad Nacional de Colombia*.

García, C., Alemanara, B. y García, J. (1997). Tasas Específicas de Mortalidad en el Hospital de Algeciras durante el período 1995-1996. *Revista Española Salud Pública*.

Glandon, G., Counte, M., Holloman, K., y Kowalczyk, J. (1987). An analytical review of hospital financial performance measures. *Hospital & Health Services Administration*, 32 (4).

Hernández, A., & Rico de Sotelo, C. (2010). Protección social en salud en América Latina y el Caribe. *Pontificia Universidad Javeriana*, 408.

Jack, W. (1999). Health Insurance Reform in Four Latin American Countries: Theory and Practice. Georgetown University.

Musgrove, P. (2010). Colombia: Approaching Universal Coverage. *Health Affairs* 29, No. 4.

Mushkin S. (1999). Hacia una definición de la economía de la salud. *Lecturas de Economía*; (51): 89-109. Traducción del inglés a cargo de Juan Miguel Gallego y Jairo Humberto Restrepo.

León, J. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. Superintendencia Nacional de Salud

Londoño, J. y Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. *BID*, 353.

Mushkin, S. (1999). Hacia una definición de la economía de la salud. *Lecturas de Economía* (51): 89-109. Traducción del inglés a cargo de Juan Miguel Gallego y Jairo Humberto Restrepo.

Núñez, J., & Zapata, J. (2012). La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. *Fedesarrollo*, 218.

Pauly, M. (1968). The economics of moral hazard: Comment. *The American Review*, Vol 58.

Peñaloza, R. (2017). Tesis de Doctorado: Economía Política del SGSSS. *Universidad Externado de Colombia*.

Procuraduría General de la Nación. (2008). El Derecho a la Salud en Perspectiva de Derechos Humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en Materia de Quejas en Salud.

Restrepo, D. (2010). Inequidad social en salud. El caso de Bogotá. *Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID*, 280.

Rodríguez, O. (2002). Los avatares del servicio de salud para pobres. *Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID*.

Ruiz, F. (2008). Recursos Humanos de la Salud en Colombia - Balance, Competencias y Prospectiva. *Cendex*

Santamaría, M. (2008). El Sector Salud en Colombia: Riesgo Moral y Selección Adversa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). *Fedesarrollo*.

Santamaría, M. (2009). El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de la reforma. *Fedesarrollo*.

Vásquez, M., Cortés, M. y Buenaventura, F. (2011). Efectos de las Marcas Comerciales en Medicamentos. *Ifarma*.

Ley 100 de 1993. Congreso de la República de Colombia

Ley 715 de 2001. Congreso de la República de Colombia

Ley 1122 de 2007. Congreso de la República de Colombia

Ley 1438 de 2011. Congreso de la República de Colombia

Ley 1608 de 2013. Congreso de la República de Colombia

Ley 1751 de 2015. Congreso de la República de Colombia

Ley 1797 de 2016. Congreso de la República de Colombia

Resolución 2320 de 2011. Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 1587 de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

Anexos

A. Anexo: Encuestas IPS.

1. ¿Considera que el flujo de recursos del Hospital antes de la medida de giro directo del régimen subsidiado era mejor o peor? ¿Por qué? Enuncie máximo 3 consideraciones
2. ¿Qué porcentaje de la facturación total representa el régimen subsidiado en su entidad?
3. Los recursos que llegan al hospital a través del mecanismo de giro directo del RS cubren:
 - e) Entre el 90% y 100% de la facturación del RS
 - f) Entre el 70% y 89% de la facturación del RS
 - g) Entre el 50% y 69% de la facturación del RS
 - h) Menos del 50% de la facturación del RS
4. ¿Qué porcentaje de los recursos recibidos por parte de las EPS a través del mecanismo de giro directo del RS pagan cartera corriente?
5. ¿Qué porcentaje de los recursos recibidos por parte de las EPS a través del mecanismo de giro directo del RS pagan cartera vencida?
6. ¿Nombre las dos principales EPS que realizan giro directo del RS al hospital pagando solo cartera vencida?
7. ¿Considera que el giro directo del RS efectuado por las EPS es suficiente para cubrir la facturación mensual por la atención a los afiliados al RS del hospital?
 - a) SI
 - b) NO

Por qué?
8. ¿Las EPS realizan pagos al hospital bajo una modalidad diferente a la del giro directo del RS?
 - a) SI
 - b) NO

Cuál?

-
9. Si su respuesta anterior fue positiva, sobre el total de pagos realizados al hospital por concepto de la atención a afiliados al RS ¿qué porcentaje de pago es realizado bajo la modalidad diferente al giro directo del RS?
10. ¿Considera que la medida reglamentada de giro directo del RS presenta problemas para el adecuado flujo del hospital?
- a) SI
 - b) NO

Si su respuesta fue positiva indique cuál o cuáles? Enuncie máximo 3

11. ¿Qué recomendación o recomendaciones le haría al Gobierno Nacional para mejorar la medida implementada del giro directo del RS?. Enuncie máximo 3
12. La implementación del giro directo del RS ha tenido un efecto directo sobre la sostenibilidad financiera?
- a) SI
 - b) NO

Si su respuesta es positiva enuncie cuál o cuáles efectos? Enuncie máximo 3

13. ¿La calidad de los servicios se ha visto afectada por la medida del giro directo del RS? Enuncie máximo 3 razones
14. ¿Qué malas prácticas ha evidenciado con el giro directo? Enuncie máximo 3
15. ¿Considera que la cartera vencida ha disminuido desde que se implementó la medida de giro directo del RS?
- a) SI
 - b) NO

Por qué? Enuncie máximo 3 consideraciones

B. Anexo: Encuestas EPS

1. ¿Considera que el flujo de recursos hacia los Hospitales antes de la medida de giro directo del régimen subsidiado era mejor o peor? ¿Por qué? Enuncie máximo 3 consideraciones

¿Considera que los recursos asignados por Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado a la EPS son suficientes para cubrir la facturación mensual radicada por los hospitales públicos de Bogotá por concepto de la atención a los afiliados al RS? Por qué? Enuncie máximo 3 razones.

c) SI

d) NO

2. ¿Qué porcentaje de los pagos realizados a los hospitales públicos de Bogotá a través del mecanismo de giro directo del RS pagan cartera corriente?
3. ¿Qué porcentaje de los pagos realizados a los hospitales públicos de Bogotá a través del mecanismo de giro directo del RS pagan cartera vencida?
4. ¿Su EPS realiza pagos a los hospitales públicos de Bogotá bajo una modalidad diferente a la del giro directo del RS?

c) SI

d) NO

Cuál?

5. Si su respuesta anterior fue positiva, sobre el total de pagos realizados a los hospitales públicos de Bogotá por concepto de la atención a afiliados al RS ¿qué porcentaje de pago es realizado bajo la modalidad diferente al giro directo del RS?
6. ¿Considera que la medida reglamentada de giro directo del RS presenta problemas para el adecuado flujo de los hospitales?

c) SI

d) NO

Si su respuesta fue positiva indique cuál o cuáles? Enuncie máximo 3

7. ¿Qué recomendación o recomendaciones le haría al Gobierno Nacional para mejorar la medida implementada del giro directo del RS?. Enuncie máximo 3
8. Considera que la implementación del giro directo del RS ha mejorado la relación contractual entre las EPS y los hospitales públicos de Bogotá?
- c) SI
 - d) NO
 - e) Se mantiene igual

Si su respuesta es a) o b) diga por qué? Enuncie máximo 3

9. ¿La calidad de los servicios prestada por la red de hospitales públicos de Bogotá se ha visto afectada por la medida del giro directo del RS?
- a) SI
 - b) NO
 - c) Se mantiene igual

Si su respuesta es a) o b) diga por qué? Enuncie máximo 3

10. ¿Qué malas prácticas ha evidenciado con el giro directo? Enuncie máximo 3

C. Anexo: Encuesta Ministerio de Salud.

1. ¿Considera que el flujo de recursos hacia los Hospitales antes de la medida de giro directo del régimen subsidiado era mejor o peor? ¿Por qué? Enuncie máximo 3 consideraciones
2. ¿Considera que la medida reglamentada de giro directo del RS presenta problemas para el adecuado flujo de los hospitales?
 - e) SI
 - f) NO

Si su respuesta fue positiva indique cuál o cuáles? Enuncie máximo 3

3. ¿Qué recomendación o recomendaciones haría para mejorar la medida implementada del giro directo del RS?. Enuncie máximo 3
4. Considera que la implementación del giro directo del RS ha mejorado la relación contractual entre las EPS y los hospitales públicos de Bogotá?
 - f) SI
 - g) NO
 - h) Se mantiene igual

Si su respuesta es a) o b) diga por qué? Enuncie máximo 3

5. ¿La calidad de los servicios prestada por la red de hospitales públicos de Bogotá se ha visto afectada por la medida del giro directo del RS?
 - d) SI
 - e) NO
 - f) Se mantiene igual

Si su respuesta es a) o b) diga por qué? Enuncie máximo 3

6. ¿Qué malas prácticas ha evidenciado con el giro directo? Enuncie máximo 3

D. Anexo: Encuesta Órganos de Control.

1. ¿Considera que el flujo de recursos hacia los Hospitales antes de la medida de giro directo del régimen subsidiado era mejor o peor? ¿Por qué? Enuncie máximo 3 consideraciones

2. ¿Considera que la medida reglamentada de giro directo del RS presenta problemas para el adecuado flujo de los hospitales?

g) SI

h) NO

Si su respuesta fue positiva indique cuál o cuáles? Enuncie máximo 3

3. ¿Qué recomendación o recomendaciones le haría al Gobierno Nacional para mejorar la medida implementada del giro directo del RS?. Enuncie máximo 3

4. Considera que la implementación del giro directo del RS ha mejorado la relación contractual entre las EPS y los hospitales públicos de Bogotá?

i) SI

j) NO

k) Se mantiene igual

Si su respuesta es a) o b) diga por qué? Enuncie máximo 3

5. ¿La calidad de los servicios prestada por la red de hospitales públicos de Bogotá se ha visto afectada por la medida del giro directo del RS?

g) SI

h) NO

i) Se mantiene igual

Si su respuesta es a) o b) diga por qué? Enuncie máximo 3

6. ¿Qué malas prácticas ha evidenciado con el giro directo? Enuncie máximo 3

E. Anexo: Ficha de Indicadores de Calidad.

FICHA DE INDICADORES DE CALIDAD			
INDICADOR CALIDAD IPS	MEDIDA	NUMERADOR	DENOMINADOR
Oportunidad de atención en consulta de urgencias	Minutos	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Días	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Días	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía	Número de cirugías programadas realizadas en el período
Proporción de cancelación de cirugía programada	Porcentaje	Número total de cirugías canceladas en el período Se excluyen: - Paciente que no se presenta a la cirugía - Paciente con afección respiratoria	Número de cirugías programadas en el período
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Porcentaje	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	Número total de eventos adversos detectados
Tasa de infección intrahospitalaria	Porcentaje	Número de pacientes con infección nosocomial (Se considera como infección nosocomial aquella que aparece 48 horas después del ingreso)	Número total de pacientes hospitalizados
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Tasa por mil	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso	Número total de pacientes hospitalizados
Tasa de satisfacción global	Porcentaje	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS	Número total de pacientes encuestados por la IPS

